



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA, SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Percepciones de sistemas de salud en Migrantes: Medicina Tradicional y
Medicina Occidental en un Contexto de Avance Tecnológico - Una
Perspectiva Antropológica de multiculturalidad en Canadá, Estados
Unidos y Alemania**

Autora: Lidia Samantha Sánchez Tagal

Tutor Académico:

Dra. Cristina Jenaro Rio

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Junio 2024

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo *«Percepciones de sistemas de salud en Migrantes: Medicina Tradicional y Medicina Occidental en un Contexto de Avance Tecnológico - Una Perspectiva Antropológica de multiculturalidad en Canadá, Estados Unidos y Alemania»* para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2023-2024 - de forma autónoma, con el apoyo de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y habiendo identificado todas las partes extraídas de estas fuentes, ya sea de manera textual o adaptadas según su sentido.

Declaró también que las fotografías incluidas en este trabajo son de mi autoría o cuentan, cuando corresponde, con el permiso de los autores o protagonistas para su uso.



Salamanca, junio 2024

Lidia Samantha Sánchez Tagal

Cristina Jenaro Río, catedrática del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Salamanca

INFORMA

Que el Trabajo Fin de Máster titulado «Percepciones de sistemas de salud en Migrantes: Medicina Tradicional y Medicina Occidental en un Contexto de Avance Tecnológico - Una Perspectiva Antropológica de multiculturalidad en Canadá, Estados Unidos y Alemania» y realizado bajo su dirección por la alumna: *Lidia Samantha Sánchez Tagal*, para la obtención del Título de «*Máster Universitario en Antropología Aplicada: Salud y Desarrollo Comunitario*», reúne los requisitos necesarios para ser presentado.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Salamanca, a 25 de julio de 2024.



Fdo. Dra. Cristina Jenaro Río

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

CAM: medicina complementaria y alternativa

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CNMCT: Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Tradicional

DAES: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas

MCA: Medicina Complementaria o Alternativa

MNT: Medicina Natural y Tradicional

MT: Medicina tradicional

MTCI: Medicina Tradicional, Complementarias e Integradoras

MUAA: Máster Universitario en Antropología Aplicada, Salud y Desarrollo Comunitario

OIM: Organización Internacional para las migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

PIC(S): Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud

RAE: Real Academia de la Lengua Española

TFM: Trabajo Fin de Máster

TIC: Tecnologías de la información y comunicación

WEF: World Economic Forum, siglas en inglés del Foro Económico mundial

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	19
1.1 Clasificación y tipo de medicina tradicional.....	19
1.2 Presente y futuro de las medicinas tradicionales no occidentales.....	22
1.2.1 Medicinas tradicionales en América Latina.....	24
1.2.2 Medicina tradicional China.....	26
1.2.3 Regularización en medicina tradicional.....	27
1.2.4 Desarrollo de la medicina moderna y tecnológica.....	28
1.2.5 Cambio climático y su impacto en la medicina tradicional.....	31
1.2.6 Brecha generacional, creencias religiosas y uso de la MT.....	32
1.2.7 Empleo de la medicina natural y tradicional en los cinco continentes.....	33
1.2.8 Futuro de la medicina tradicional.....	34
1.3 Globalización en el proceso migratorio.....	36
1.3.1 Los procesos migratorios internacionales.....	38
2 PERCEPCIONES DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA OCCIDENTAL EN MIGRANTES EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y ALEMANIA.....	42
2.1 Objetivos.....	42
2.2 Metodología.....	42
2.2.1 Técnicas e instrumentos de investigación.....	42
2.3 Contexto de estudio: El campo.....	45
2.3.1 Canadá.....	46
2.3.2 Alemania.....	48
2.3.3 Estados Unidos de Norteamérica.....	50
2.4 Informantes.....	52
2.5 Procedimiento y Cautelas éticas.....	57
2.6 Resultados.....	58
2.6.1 Acceso al campo: Hallazgos de la Observación participante.....	58
2.6.1.1 Canadá.....	58
2.6.1.2 Estados Unidos.....	71
2.6.2 Hallazgos de las encuestas.....	75
3 DISCUSIÓN.....	95
4 CONCLUSIONES.....	99
5 APLICABILIDAD.....	100
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104

7 ANEXOS.....	113
7.1 Anexo 1. Carta formal motivos de la estancia.....	113
7.2 Anexo 2: Carta consentimiento informado.....	114
7.3 Anexo 3. Cuestionario. Familiaridad (Conocimiento), uso y experiencias sobre las 3 medicinas.....	115
7.4 Anexo 4. Questionnaire. Familiarity (Knowledge), use and experiences about the 3 medicines.....	117
7.5 Anexo 5. Entrevista semiestructurada.....	118
7.6 Anexo 6. Análisis de la entrevista semiestructurada.....	119
7.7 Anexo 7. Análisis, codificación respuestas cuestionario.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia	28
Tabla 2. Tipos de medicinas tradicionales	33
Tabla 3. Los 10 países principales con el mayor número de residentes nacidos en el extranjero (inmigrantes).	40
Tabla 4. Distribución de informantes por región	54
Tabla 5. Distribución género/ origen	55
Tabla 7. Conocimiento de principios y beneficios en medicina tradicional	79
Tabla 8. Análisis de familiaridad MT	80
Tabla 9. Confianza en la MT	82
Tabla 10. Experiencia en servicios biomédicos	83
Tabla 11. Conductas cuando se enferma	85
Tabla 12. Confianza en la medicina occidental para resolver malestares mínimos y graves	86
Tabla 13. Conocimiento vs confianza en aplicaciones móviles	88
Tabla 14. Porcentaje de informantes con aplicaciones en salud / Utilidad	88
Tabla 15. Usos de aplicaciones móviles	89
Tabla 16. Uso de telemedicina	89
Tabla 17. Necesidad de mejoras de servicios biomédicos	91
Tabla 18. Cultura y tradiciones asociadas a MT en los inmigrantes	94
Tabla 19. Creencia de medicina occidental resuelve el problema de raíz de la enfermedad	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Países con más inmigrantes	40
Figura 2. Los 20 principales lugares de destino (izquierda) y de origen (derecha) de los migrantes internacionales	42
Figura 3. Portada del cuestionario en español.	45
Figura 4. Portada del cuestionario en inglés.	45
Figura 5. Geografía de Canadá.	47
Figura 6. Geografía de Victoria. Canadá.	47
Figura 7. El bosque boreal de Canadá con los nombres de los aborígenes por región.	48
Figura 8. Geografía de Alemania	49
Figura 9. Mapa de Múnich.	50
Figura 10. Geografía de Estados Unidos de Norteamérica	51
Figura 11. Reston, Virginia	52
Figura 12. Principales actividades económicas	53
Figura 13. Nacionalidad de los informantes por región	54
Figura 14. Rangos de edad	55
Figura 15. Distribución de nacionalidad de informantes	56
Figura 16. Distribución de edad.	57
Figura 17. Distribución por género	57
Figura 18. Casas flotantes en Fisherman's Wharf	60
Figura 19. Reunión “Círculo de salsa”	60
Figura 20. Barrio Chino, Victoria.	61
Figura 21. Actividades de caminatas. Victoria.	61
Figura 22. Preparación de arepas colombianas	62
Figura 23. Autora con un grupo social de origen latinoamericano	63
Figura 24. Autora con un grupo social de origen asiático.	63
Figura 25. Parlamento. Victoria.	64
Figura 26. Comida tradicional canadiense. pescado frito y papas fritas. Victoria	65
Figura 27. Tienda de consumibles y especias para latinoamericanos.	66

Figura 28. Tótem en Victoria.	67
Figura 29. Beer Garden en Múnich.	68
Figura 30. Familia W.	69
Figura 31. Comida típica alemana.	70
Figura 32. Feria en Múnich.	70
Figura 33. Centro de Múnich.	72
Figura 34. Lago de Reston	73
Figura 35. Comida típica americana.	73
Figura 36. Calamar en bolsa para venta.	75
Figura 37. Medicina tradicional del país natal	79
Figura 38. Proceso para el uso de sistemas de salud	84
Figura 39. Uso, satisfacción y eficacia medicina tradicional y biomedicina	90
Figura 40. Mejoras en medicina biomédica.	92
Figura 41. Variables para determinar perfiles epidemiológicos basados en la cultura	98

AGRADECIMIENTOS

Con amor y gratitud a todos y cada uno de los seres con quienes he tenido la fortuna de compartir mi vida, quienes me han enseñado tanto, tanto de forma intencional como no intencional, y que me han brindado su apoyo incondicional durante toda la vida, incluyendo este período particularmente de descubrimiento.

Agradezco profundamente a mis padres y a mis hermanas, por la paciencia y sabiduría que reservaron en mí todo este tiempo, en quien siempre voy a encontrar palabras de aliento, sobre todo por enseñarme a vivir el mundo sin miedo.

Estoy profundamente agradecida con todos y cada uno de los profesores del Máster en Antropología Aplicada, Salud y Desarrollo Comunitario. En especial, quiero agradecer a mi tutora, Cristina Jenaro, por su experiencia, paciencia, dedicación y su invaluable guía en esta etapa de mi vida académica

Gracias también a mis queridos compañeros del máster, a mi compañero de vida, y a todos mis amigos alrededor del mundo, por sus enseñanzas y su amistad incondicional, desde México, España, Alemania y Canadá.

Agradezco a la familia W y a la familia G, por sus aportaciones invaluable en esas nuevas formas de ver la vida y la seguridad que me brindaron en el viaje.

Agradezco a todos y cada uno de esas personas que ahora me habitan.

Por último, gracias a Dios y a esa fuerza que me lleva a nunca rendirme.

RESUMEN

Objetivo: Realizar una etnografía de personas migrantes que residen en lugares diferentes a su lugar de origen. Más concretamente, explorar su toma de decisiones en cuestiones de salud, y sus percepciones en el proceso de salud – enfermedad- atención, en cuanto a su visión de la medicina tradicional y la medicina occidental (biomedicina) en esta época de avance tecnológico.

Métodos: Estudio de base antropológica, de tipo mixto cuantitativo y cualitativo con diseño micro etnográfico, desarrollado a partir de informantes de diversas nacionalidades con los que se ha contactado durante un viaje de 11 semanas en Canadá, Alemania y Estados Unido, entre febrero de 2024 y mayo de 2024. El trabajo de campo implicó la recogida de datos mediante entrevistas semi estructuradas, observación participante y cuestionarios. Los datos se organizaron, sistematizaron e interpretaron mediante la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Se pudo constatar que, en los lugares objeto de estudio, persiste el uso de prácticas de medicina tradicional por parte de las personas migrantes. Se percibe un descontento general hacia los sistemas de atención de medicina occidental (biomedicina) y un bajo porcentaje de uso de aplicaciones tecnológicas. Los datos constatan el uso de la medicina tradicional como práctica complementaria a la medicina biomedicina.

Conclusiones: El entendimiento del proceso de salud – enfermedad – atención está profundamente influenciado por la cultura y la cosmovisión del lugar de origen, pero ha experimentado transformaciones debido al contacto y a las adaptaciones del lugar donde se encuentran. La manera de vivir la salud y la enfermedad en el individuo, reúne nociones históricas, económicas y socioculturales, en forma de creencias presentes en la conciencia colectiva, por lo que individuo permanece conectado a las experiencias previas de su cultura, a la medicina tradicional de su región y a las adaptaciones que surjan mientras encuentra en su ser el proceso de sanación.

Palabras clave: Medicina tradicional, biomedicina, tradiciones, experiencias, narrativas, creencias, usos y costumbres.

ABSTRACT

Objective: To conduct an ethnography of migrants living in locations different from their birthplace, with a specific focus on exploring their decision-making processes regarding health issues. This study aims to understand their perceptions of the health-disease-care continuum, particularly in relation to their views on traditional medicine and Western medicine (biomedicine) in the context of contemporary technological advancements.

Methods: This anthropological study employs a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative data within a micro-ethnographic framework. It was conducted over an 11-week period, from February 2024 to May 2024, involving informants of various nationalities encountered during travels through Canada, Germany, and the United States. Fieldwork included data collection through semi-structured interviews, participant observation, and questionnaires. The gathered data were organized, systematized, and interpreted using content analysis techniques.

Results: The study found that, in the regions examined, migrants of Asian origin continue to use traditional medicine practices. There is a general dissatisfaction with Western medical care systems (biomedicine) and a low percentage of technological application usage. The data indicate that traditional medicine is often used as a complementary practice alongside biomedicine.

Conclusions: The understanding of the health-disease-care continuum is profoundly influenced by the culture and worldview of one's place of origin, but it undergoes transformations due to the contact and adaptations in the new location. An individual's experience of health and illness integrates historical, economic, and socio-cultural notions embedded in the collective consciousness, maintaining a connection to their cultural heritage, traditional medicine practices, and adaptations encountered during their healing process.

Keywords: Traditional medicine, biomedicine, traditions, experiences, narratives, uses and customs.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

¿Por qué enfermamos? ¿Podemos evitar envejecer? Estos y otros hitos han sido cuestionados desde que el ser humano ha dado sus primeros pasos en la tierra. En el contexto actual, la población sigue creciendo y con ello la demanda de servicios de salud, ya que todos, al ser seres vivos no estamos exentos a enfermar. En ese momento, estando enfermos y solo en ese momento, es cuando nos preguntamos, ¿y ahora qué hago? Cierto.

Llegados a este punto, metafóricamente al pensar en el proceso de enfermedad y búsqueda de sanación, damos por hecho que tenemos una dolencia y auto declaramos que nos sentimos mal, ya sea que nos duele la garganta, la cabeza, quizá el estómago o percibimos que apareció un bulto en nuestro cuerpo. Ello nos hace desear, como seres humanos, quitarnos ese malestar y tarde o temprano en las zonas urbanas acudimos al médico. Sin embargo, existen tradiciones que se transfieren de generación en generación, si nuestra abuela nos enseñó a tomar un té con manzanilla para aliviar el dolor de estómago o a tomar limón con miel para el dolor de garganta es probable que sigamos haciéndolo independiente de la visita del médico.

Si se visualiza el proceso de salud – enfermedad - atención en cada región, se pueden observar las diferencias entre los procesos que se vive en la Sierra Lacandona de México, en la Región de la Araucanía en Chile, o en la región de las amazonas en Brasil, el cual es un sistema de salud diferente para zonas rurales, en tanto a zonas urbanas delimitadas geográficamente.

Las poblaciones han desarrollado sus propios sistemas de sanación, inmersos en las creencias y tradiciones locales, de la misma manera que en las realidades de los seres humanos nos desarrollamos en una sociedad, primero en la familia y luego en un grupo social de cierta región. Justo en medio de todas esas concepciones, del lugar geográfico donde crecemos y el lugar geográfico donde nos desarrollamos, es donde se considera o se desecha una opción. Las perspectivas que se adquieren en el desarrollo social indican incluso qué tipo de medicina se debe usar, el acceso que tenemos a la misma o el

conocimiento nulo o pleno sobre ellas, lo que a su vez constituye una de las barreras de adopción en su uso.

Por otro lado, como viajera, personalmente como médico, jamás me percaté de cómo las personas viven sus procesos de enfermedad y atención. Me refiero al proceso que vive el individuo para llegar a la “sanación”. Como médico practicante de la medicina occidental, me he centrado en el concepto de la salud-enfermedad, atención y medicalización del individuo. Si bien existe la salud pública como disciplina bien desarrollada para la promoción y protección de la salud y el bienestar de la población, no advierto que esta rama se desarrolle en torno al contexto cultural de cada población, ya sea minoritaria o migrante. Todo ello me hizo preguntarme ¿Se ha analizado el perfil epidemiológico cultural de las poblaciones? ¿Estos perfiles están realmente cubiertos por un sistema de salud oficial? Al momento siguen existiendo creencias, costumbres y valores particulares de regiones y etnias.

Sin dejar la parte histórica de lado, la época actual ha experimentado cambios profundos en la forma de cuidarse y sanar, por lo que la esperanza de vida se ha alargado. En estos momentos, con el uso de celulares y las aplicaciones para monitorizar la salud, se avanza a pasos agigantados en el cuidado de la salud. Sin embargo, no he encontrado suficientes estudios publicados desde el ámbito de las ciencias médicas que clarifiquen la situación de la medicina tradicional en una población caracterizada por la multiculturalidad.

Por ello, el objetivo del presente estudio es realizar una etnografía de los viajeros que, al igual que yo, al lugar a donde se vaya pueden enfermar y habrán de tomar decisiones con respecto a su salud desde su propia cosmovisión, y probablemente usen la medicina con la que estén familiarizados. En el presente estudio esperamos encontrar patrones de usos y costumbres en salud arraigados en la persona como ser individual. También esperamos contribuir a la reflexión sobre la implementación de las prácticas de medicina tradicional en un sistema hegemónico de medicina occidental y, dado el contexto actual, su integración en la era del cambio tecnológico.

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos siglos, el uso de productos naturales de origen vegetal, animal y mineral con propiedades terapéuticas, representó la principal forma de cuidados disponibles para la prevención y tratamiento de diversas enfermedades, en diferentes culturas. A este conjunto de costumbres se le conoce como Medicina Tradicional (MT) (Silva et al., 2022), según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), medicina tradicional es el conjunto de prácticas, métodos, conocimientos y creencias en materia de salud que implican el uso con fines médicos de plantas, partes de animales o minerales, terapias espirituales, técnicas y ejercicios manuales aplicados para tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades o preservar la salud (Valtueña, 2003).

Así, la medicina tradicional se convirtió en una herramienta para la salud. Definiéndose salud por la OMS en 1946: “no sólo como la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social”. No obstante, han surgido otros conceptos, que caracterizan el fenómeno de la salud como un estado de armonía razonable entre el sujeto y su propia realidad, dadas las influencias culturales en cada individuo, de modo que esta comprensión involucra las experiencias sociales (Mandulao et al., 2022)

Para adentrarnos en esta esfera social, la antropología de la salud, reconoce la realidad variada de las concepciones, imágenes y representaciones de los males (según las culturas y las individualidades) así como los distintos sistemas terapéuticos surgidos a lo largo y ancho del mundo a través del tiempo y hace referencia a los sistemas terapéuticos más antiguos del mundo, la medicina tradicional. Las medicinas tradicionales y los sistemas naturales del cuidado de la salud aportan las ayudas para que la persona encuentre su equilibrio, adaptándose a los cambios permanentes del ambiente, de la enfermedad y de la relación del enfermo con su mal y con su entorno (Aparicio, 2007). En este sentido, el medio ambiente juega un papel importante dado que ahí se producen extraordinarios cambios y alteraciones, que predisponen a estados de estrés percibidos en los seres

humanos como amenazas al equilibrio dinámico (Rodríguez et al., 2015). Álvarez Carimoney (2021) refiere los inicios de la antropología médica con las siguientes palabras:

Comienza alrededor de la segunda mitad del S. XX, a partir del desarrollo de la antropología cultural norteamericana, en sus primeras etapas y en su vertiente latinoamericana (...) con especial dedicación a la medicina tradicional. Los enfoques tuvieron una inclinación hacia la dimensión aplicada en la solución de problemas socio culturales, así, la antropología médica aplicada a la salud, experimentó un notable desarrollo a partir de la Segunda Guerra Mundial con la creación y aplicación de programas de desarrollo en salud pública (Álvarez Carimoney, 2021, p.98).

Durante este período, la antropología médica empieza a desempeñar un papel práctico, su objetivo es aumentar la eficacia de los programas biomédicos, inicialmente en comunidades indígenas; Didier Fassin (2004) menciona que la antropología de la salud, es entendida como una propuesta más amplia e inclusiva en la que se problematizan aspectos que trascienden el estudio de la construcción y significado de la enfermedad y las formas organizadas de atención en salud, incluyendo los aspectos económicos, políticos y socioculturales que se ensamblan en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención (Carimoney 2021). En palabras de Fassin (2004), la antropología de la salud, pretende unir la mirada minuciosa y atenta del trabajo etnográfico con la perspectiva más amplia del comparativismo, implícito o explícito.

Así la antropología aplicada a la salud, por principio, es capaz de variar y readaptar constantemente sus visiones y propuestas. Sitúa la atención de formas de sufrimientos social, que circunscriben fenómenos de normalidad, anormalidad, desviación, diferencia, y el Illness de los sistemas de atención (Aparicio, 2007),

Dentro de estos sistemas de atención, según Seljemoen, (2023), está la medicina tradicional – también conocida como medicina popular, no convencional, no occidental o, más

recientemente, medicina alternativa –. Medicina ligada a la cultura y describe a las prácticas médicas históricas que existían antes de la introducción de la medicina moderna.

Por su parte, la medicina moderna – también conocida como medicina occidental (Incaugarat 2022), convencional, moderna, biomedicina, alopática (Viviano Tello et al., 2022) o sistema de salud oficial – es una práctica institucionalizada en la que participan médicos, redes científicas, educadores, políticos y organizaciones profesionales. Con sus nuevos métodos científicos y formas de diagnóstico y tratamiento (Seljemoen, 2023). Dada sus múltiples nominaciones para futuras referencias, se nombrará a esta como medicina occidental y biomedicina en el presente trabajo.

Según el informe de la OMS, (Shuaib et al., 2023) el 60% de las poblaciones del mundo dependen de hierbas y medicinas tradicionales, y el 85% de los países en desarrollo, utilizan la medicina tradicional en el cuidado de las enfermedades. La medicina tradicional entonces, se utiliza en la población por la necesidad de las personas de tener herramientas propias y fácilmente asequibles para acompañar el proceso de salud y enfermedad, lo cual se contrapone a la visión biologicista (medicina biomédica), que prioriza la efectividad de una práctica por sobre otras cuestiones. Los métodos utilizados en la MT son muy diversos, así como las situaciones para las que se utiliza (Palmieri et al., 2022).

Por su parte la biomedicina, en su rol normativo y moralizador en la producción de la enfermedad y las prácticas sociales, delimita en bloques estados de salud, enfermedad, atención, prevención y cuidados. En el momento actual la biomedicina ha tenido áreas de contacto con la tecnología y en áreas de investigación y desarrollo, ya que algunas enfermedades han pedido más formas de detección y diagnóstico.

Es en este contexto donde las tecnologías de la salud han emergido como apoyo a la creciente sociedad, y con ello la variabilidad en la presentación y forma de estados de salud enfermedad y recursos terapéuticos para los cuidados, prevención, y atención en la salud, estudiar las distintas medicinas implica mucho más que el examen de una práctica experta porque permite enfocar la diversidad, la diferencia y la desigualdad (Papalini, 2023).

Esto podría implicar comprender las preocupaciones locales y personales sobre la seguridad de los tratamientos, los roles de los líderes comunitarios en la promoción de la salud y las barreras logísticas para acceder a ello. Así, la antropología de la salud puede examinar cómo las personas de diferentes culturas y comunidades interactúan con la medicina tradicional y las tecnologías en salud, qué significados atribuyen a estas, y cómo estas percepciones influyen en su uso y aceptación.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

El presente trabajo pretende indagar en la familiaridad y el conocimiento de la medicina tradicional, la medicina occidental y la tecnología en cuanto a percepciones y creencias individuales. Así mismo, pretende profundizar en el uso y la satisfacción con respecto a ambas aproximaciones.

Como objetivos específicos se encuentran:

1. Indagar sobre la familiaridad y posibles barreras de conocimiento acerca de estas medicinas.
2. Contribuir a identificar posibles perfiles epidemiológicos, tratamientos y atención médica basados en la cultura, los rituales, las tradiciones y las costumbres.

1 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1 Clasificación y tipo de medicina tradicional

Las plantas medicinales se han utilizado en los sistemas tradicionales de atención de salud desde tiempos prehistóricos, a lo largo de milenios, mediante un proceso de prueba y error, los pueblos indígenas han desarrollado un vasto conocimiento sobre las plantas medicinales. Este saber ha sido transmitido de generación en generación a través de tradiciones orales. Ulteriormente estos sistemas de atención de salud hoy en día siguen siendo importantes para una gran mayoría de la población en todo el mundo. Se estima que entre el 70% y el 80% de las personas en todo el mundo dependen de las medicinas tradicionales a base de hierbas para satisfacer sus necesidades de atención primaria en salud (Upreti, 2012).

Según Aparicio (2007), para la medicina tradicional estar bien o estar mal dependen de la relación/interacción de la persona (integralmente) con el medio: físico-natural, social y cultural, así, los problemas van íntimamente unidos a la experiencia de la enfermedad. Por lo que, las respuestas terapéuticas a los problemas de salud se adaptan a las especificidades culturales de los pueblos. Las MT se clasifican de la siguiente manera:

- a) Medicinas tradicionales no occidentales: en culturas tradicionales no europeas, Por ejemplo: medicina china, medicina mapuche, medicina mexicana, ayurveda; y más.
- b) Sistemas tradicionales y naturales occidentales: Nacieron en Europa siguiendo esquemas tradicionales y/o filosóficos, y se diferencian del sistema convencional-biomédico. Entre ellas tenemos la naturopatía, sistemas de atención manual o la homeopatía.

Para algunos autores como Papalini (2023) en las medicinas tradicionales no occidentales se engloban las “medicinas tradicionales americanas” para referirse a las existentes a lo largo de todo el continente antes de las invasiones europeas.

Otra clasificación para diferenciar las MT según Kleiman (Palmieri, 2022), incluye 3 sectores superpuestos:

- Profesional: tradiciones organizadas, consideradas el paradigma dominante.
- Popular: auto tratamiento, cuidado familiar y redes de contención comunitaria y social.
- Folclórico: curanderos y sanadores no profesionales cuyos conocimientos están por fuera del paradigma dominante o hegemónico.

En muchos aspectos, y a pesar de que haya diferencia de tiempo en el surgimiento de unas y otras (etnomedicinas en general), respecto a la concepción de salud, enfermedad y modos de curar, hay parecido entre ellas (Aparicio, 2007).

En los países desarrollados, donde la biomedicina se presenta como predominante, la Medicina Tradicional también es conocida como Medicina Complementaria o Alternativa (CAM o MCA). Sin embargo, para algunos países de desarrollo, la Medicina Tradicional tiene gran adherencia y credibilidad como práctica de atención primaria de salud, haciendo que los términos opciones complementarias/alternativas sean inadecuadas (Silva et al., 2022).

Por otra parte, otros autores (Palmieri et al., 2022) diferencian la MT de la alternativa o complementaria, que consiste en prácticas que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema de salud principal.

Según Henríquez et al. (2022), los estudios sobre el uso de CAM en América Latina son escasos y los conceptos utilizados en la práctica, además de ser variables, han sido modificados según la opinión del sociológico, científico, ideológico o económico que las estudie.

Las CAM, Medicina Complementaria o Alternativa comprenden (Wickert, 2023):

- PICS: Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud

- MTCI: Modalidad de Complementarios y Prácticas Integrativas

Así mismo, las CAM se han definido como tratamientos no convencionales y prácticas de salud, no incluidas en el plan de estudios de las facultades de medicina, y generalmente no se utilizan en hospitales, donde predomina la biomedicina.

Al día de hoy se preservan ciertos conocimientos en cuanto al uso de las PICS, ya que son intervenciones no farmacológicas comprobadas científicamente en la seguridad y eficacia, utilizadas para mantener la salud, prevenir y tratar enfermedades, en particular las enfermedades crónicas, ya que tienen una perspectiva integral, dado esto, por el enfoque central, basado en las respuestas humanas, y no en las enfermedades. Las PICS abarcan la homeopatía, la fitoterapia, la inmunoterapia, el toque terapéutico, el Reiki, el desbloqueo/alineación de chakras, la terapia artística, la eurritmia curativa, la relajación, la visualización, el intercambio de convivencia en grupo, la meditación y el trabajo biográfico antroposófico (Wickert, 2023).

Las medicinas tradicionales originarias de América son, en general, holísticas. El equilibrio es uno de los fundamentos de la salud y, a la inversa, la enfermedad se vincula a los desequilibrios, que pueden acontecer de múltiples maneras. Algunos, como los grandes eventos naturales y plagas, trascienden a los sujetos; otros se vinculan con acciones colectivas o personales; guerras y pleitos, accidentes, ingestas tóxicas. Los desórdenes cósmico, comunitario y personal establecen correspondencias; por ello, su restauración involucra los diferentes planos y las ceremonias acompañan la utilización de hierbas medicinales o prácticas terapéuticas (Papalini, 2023).

En las medicinas tradicionales americanas, la salud se apoya eficazmente en fito, zoo y geo terapias naturales, en un marco de creencias del que participa tanto la comunidad, como el mediador o la mediadora; una relación implícita con un orden sagrado del que la naturaleza forma parte de manera central. Esta cosmovisión también se plasma en otras dimensiones de la vida social: emergen cuestiones tan relevantes como el significado de la enfermedad y la organización de los cuidados. (Papalini, 2023).

Así, las plantas adquieren diversos fines, como medicinas, alimentos, refugio y ropa, etc., por lo que debe investigarse farmacológica y fito químicamente para demostrar su seguridad y eficacia. La documentación de los conocimientos medicinales es importante para preservar este precioso y antiguo conocimiento antes de que se pierda para siempre, debido a los cambios tecnológicos y ambientales en el mundo (Shuaib et al., 2023).

1.2 Presente y futuro de las medicinas tradicionales no occidentales

Para Papalini, (2023) un análisis en la persistencia y desarrollo en el uso de las MT puede desplegarse en varios planos – antropológico, sociológico, epistemológico, sanitario, de género, legal y político – puesto que se habla de las formas de legitimación que emplean las medicinas tradicionales para continuar a través del tiempo, por lo que comprender qué significa la práctica de la medicina tradicional en el presente, abarca diversas áreas.

A la hora de explicar el proceso terapéutico asociado a la medicina tradicional Lilián González Chévez (2017) afirma que existen:

eventos vitales para las personas, especialmente sus relaciones, sus dilemas morales y las contradicciones no resueltas que confrontan en la vida diaria, es lo que sedimenta en su memoria como causal de enfermedad y de ansiedad, y son estas condicionantes las que, como códigos restringidos, obtienen preeminencia interpretativa en este contexto sociocultural con respecto al origen de los padecimientos insidiosos o de las enfermedades crónico-degenerativas no resolutivas y a las formas de dar respuesta a la enfermedad a partir de ese otro universo simbólico proporcionado por su cultura (Finkler (1994, p. 14, citado en González Chévez, 2017).

Sólo nosotros, entre todos los animales, “sabemos que nacemos y que moriremos”. Sólo nosotros tenemos la intuición “de lo que es una vida entera”, porque percibimos nuestra “vida” como una trayectoria dotada de “sentido”, es decir, de dirección. En otras palabras, “sólo nosotros percibimos nuestra existencia como una narrativa”. Es, por tanto, la narrativa la que “da a nuestras vidas una dimensión de significado que otros animales

ignoran”. Inventamos el tiempo, lo humanizamos porque necesitamos organizar los acontecimientos de nuestra vida, y de toda la realidad exterior, en busca de sentido. La narrativa es una forma humana de conocerse a uno mismo y al mundo (Santos et al., 2022).

Si bien la MT integral todas las concepciones que envuelven a los seres humanos en su totalidad, la narrativa es la que da sentido a esas percepciones, por lo que la forma de continuar la MT es través de la medicina narrativa, dado que esta viene a rescatar a una humanidad privada de la postura médica tecnicista, arraigada en el modelo biomédico y cumpliendo protocolos con el fin de detectar la enfermedad y vencerla. Permitirse comprender, hablar, reposicionarse y, a veces, corregir percepciones médicas erróneas y parciales ofrece un retorno a la dignidad humana, muchas veces arrebatada o pérdida por la enfermedad. Esta postura puede traer innumerables beneficios ya sean pacientes, familiares, médicos, equipos multidisciplinarios y/o la sociedad (Santos et al., 2022)

Dado que la MT está opacada por la biomedicina, se necesita la validación de conocimientos tradicionales, por ello la legitimación interna y externa es la ruta a seguir, en el primer caso, se basa en su reconocimiento en medios académicos; en el segundo, en los servicios de salud oficiales. Al presente, el perfil epidemiológico-cultural de poblaciones indígenas, no está cubierto por un sistema de salud oficial, agregándose factores como es vivir en condiciones socioeconómicas desfavorables: pobreza, exclusión, marginación política y falta de acceso a los servicios de salud pública. (Papalini, 2023). Por lo que el uso de la MT en estas comunidades se vuelve primordial.

Es oportuno pensar en cuánto la medicina narrativa, en su propuesta de mirar el tema desde una perspectiva integral en cuanto a la biomedicina y la MT, resuena con el compromiso asumido por la salud colectiva en su perspectiva histórica y como campo teórico-práctico, es decir: esforzarse por responder a las necesidades y demandas sanitarias emergentes en la sociedad (Santos et al., 2022)

Por su parte, la OMS ha alentado a todas las naciones a investigar y promover las prácticas médicas tradicionales regionales dentro de sus territorios, así como a favorecer el diálogo

entre estas prácticas y los sistemas sanitarios oficiales (Bocutto et al., 2022). Contrariamente califica los conocimientos locales como “saberes” o “creencias”, lo que introduce un sesgo etnocéntrico deslegitimador (Papalini, 2023). Por lo que no se ha logrado homogeneizar un concepto universal de la MT desde la óptica macro social.

1.2.1 Medicinas tradicionales en América Latina

El concepto terapéutico de propiedades frío-calor es parte fundamental de la medicina tradicional en Mesoamérica, esta concepción se basa en la relación planta-enfermedad, implica seleccionar una planta medicinal, equilibrar la salud cuerpo humano entre un estado de frío y calor, y aplicando remedios con propiedad opuesta a la enfermedad, por ello un desequilibrio en la relación planta-enfermedad da como resultado una enfermedad. (Camacho Hernández 2023)

Las MT tienen su origen prehispánico, hispánico y afro entre los siglos XV y XVIII (Menéndez, 2022). En la historia de medicina tradicional en América Latina, el curandero fue una figura muy común durante el siglo XVIII y las tres primeras décadas del siglo XIX, donde elementos como la magia, las hierbas y la fe sin duda han formado parte de la MT (Seljemoen, 2023). Sin embargo, durante la colonia fueron articulándose elementos que derivaban de la imposición evangelizadora de los misioneros españoles, actualmente siguen permeadas por formas sincréticas de ese catolicismo popular (González Chévez, 2017). Además de tener una influencia europea.

Los padecimientos mayormente tratados por la medicina tradicional son gastrointestinales, dermatológicos, filiación cultural, respiratorios, músculo-esquelético, sistema urinario, cardiovascular, aparato reproductor femenino, emocional, analgésicos, sistema nervioso y de uso diverso (Casanova et al., 2022).

México alberga casi 23,314 especies de plantas y al menos 2,140 de ellas se han utilizado con fines medicinales. Por tanto, existe una extensa recopilación de conocimientos tradicionales sobre el uso de esta flora medicinal, a nivel etno-florísticas, etnobotánica

cuantitativa y etnofarmacológico (Camacho Hernández, 2023). De tal manera, las plantas son un recurso fundamental de su sistema de salud tradicional (Casanova, 2022).

La MT mexicana es por medio de hierbas, oración, rituales, baño de temazcal, jarabes, limpias o infusiones, realizado en manos de un curandero, se atiende el Espanto (presencia de miedo inmenso causado por algún hecho sobrenatural) haciéndose una limpia (cura supersticiosa que consiste en frotar a una persona con ciertas hierbas/huevo y oraciones para liberarla de la mala suerte o malas energías) (Viviano Tello, 2022). El uso de propóleos tiene una amplia aplicación como antioxidante, antimicrobiana, antiviral, antiparasitaria, antitumoral, inmunomoduladora, antiinflamatoria y hepatoprotectora (Rojas Silva et al., 2022)

En Colombia, los especialistas de la medicina tradicional protegen una memoria de 10 prácticas médicas tradicionales que han sido heredadas generacionalmente, aprendidas y revitalizadas, permitiendo conservar una diversidad de 101 especies de plantas medicinales que tratan 243 enfermedades físicas y culturales diferentes (Polindara Moncayo et al., 2023). De esta manera, en Colombia, la medicina tradicional empleada por los embera katio se divide en tres tipos de sanación: corporal, espiritual y cultural. Sus narrativas expresan la fusión de lo cultural (uso de plantas y Jaibaná), espiritual (cantos y rituales) y lo corporal (prácticas curativas) (Puello Alcocer et al., 2022).

En Brasil, de igual manera un país multirracial con prácticas de salud influenciadas por creencias y costumbres indígenas de África, existe el uso de medicamentos más naturales y menos costosos en algunas regiones, a menudo con el uso de plantas y hierbas naturales. En reconocimiento a las MT en 2006, la CAM fue incorporada al SUS (sistema de salud público brasileño), que comenzó con medicina tradicional china, acupuntura, homeopatía, hierbas y prácticas herbarias. a disposición de la población, en la modalidad de Complementarios y Prácticas Integrativas de Brasil (PIC) (Henríquez et al., 2023)

Además, la MT, está retratada en las casas de Candomblé y quilombos donde se observa la convergencia de prácticas religiosas con agencias terapéuticas. Estas formas de expresión

religiosa ofrecen narrativas compartidas por el sanador, el paciente y la comunidad, y que ayudan a organizar la experiencia caótica de sufrir una dolencia. Identificar, comprender y reflexionar sobre la práctica de la medicina indígena y afro brasileña son factores importantes en la promoción de la salud en Brasil, en línea con el principio holístico (Bocutto et al., 2022). Dentro de estos sistemas de salud, la casa mental y los reinos espirituales están intrínsecamente conectados. Espiritualmente, se cura la cabeza (el Orixá), ya que para lograr una buena salud física y calidad de vida, cada persona debe fomentar una buena dinámica mental-emocional. De lo contrario, sin una buena salud mental, el Orixá no podría interactuar y trabajar en favor de la vida del miembro de la casa (Bocutto et al., 2022).

Los conocimientos de la medicina tradicional son reconocidos por la población que recibe sus servicios de atención en la salud, dado que son personas con capacidades únicas (lectura de la orina y toma de pulso) en el diagnóstico de varias enfermedades, se incluyen sobadores, hierbateros, parteras, chamanes, y medicina tradicional (Polindara, 2023)

1.2.2 Medicina tradicional China

China tiene y ha desarrollado un sistema de medicina muy particular, que se ha consolidado como una medicina tradicional aceptada y reconocida a nivel global. En la medicina tradicional china, los males se entienden como desarmonías y alteraciones, enfermedad-desarmonía y la cura-reequilibrio (Aparicio 2007).

La autora Incauragarat (2022) revisó los encuentros con la llamada “medicina occidental” y evidenció la interacción con esta, la cual terminó por fortalecer el saber nativo y por crear una “nueva geografía” a la medicina tradicional china, en su estudio explora las diversas formas de cómo los ciudadanos chinos se apropian de ambos sistemas médicos por igual.

La MT china tiene una expansión global, por medio de su comoditización o como recurso potencial de *soft power*. Esto se debió a que históricamente en la antigua China se desarrollaron cuatro áreas de conocimiento a la par: la astronomía, la aritmética, la agronomía y la medicina (con sus propios sistemas de conocimiento y técnicas). A su vez,

el campo de la medicina tradicional surgió en su forma institucional en 1949, sólo después de la fundación de la República Popular China. Más aún, las organizaciones contemporáneas que utilizan esta medicina ubican sus inicios como entidades totalmente legítimas con la proclamación de Mao Zedong en 1955 donde refiere “la medicina de nuestra patria es un gran tesoro”.

Entre mediados y finales de la década de 1950, se fundaron las primeras universidades de medicina tradicional, y las asociaciones profesionales anteriores a la Liberación se revitalizaron y ampliaron con apoyo público. La Oficina de Medicina China fue trasladada del Ministerio de Comercio al Ministerio de Salud, y de la misma forma los profesionales diversos y dispersos de la medicina tradicional, con sus pequeñas academias y clínicas familiares, se organizaron en una jerarquía nacional de instituciones clínicas y académicas en rápido crecimiento.

Con la llegada de Deng Xiaoping y su proceso de Reforma y Apertura, la medicina tradicional recibió un nuevo impulso, unido a la política de las cuatro modernizaciones: industria, agricultura, ciencia y tecnología, y milicia. Con lo cual, se crearon tres categorías distintas de médicos que se mantienen hasta la actualidad: chinos tradicionales, occidentales e integrados.

Para algunos autores, la MT china puede desempeñar un papel crucial en reducir los efectos secundarios de la medicina occidental, especialmente en la recuperación de la función en el cuerpo, por mencionar alguna, la función pulmonar. (Rojas Silva et al., 2022)

1.2.3 Regularización en medicina tradicional

En la Tabla 1 se presenta el estado de la práctica de la medicina tradicional en países de América latina y el Caribe. Se puede apreciar cómo la mayoría de los países cuentan con medicina tradicional propia por región. Como señalan Nigenda et al., (2001), la regulación de la práctica terapéutica tradicional tiene una gran importancia por las implicaciones que acarrea para el desarrollo y uso de dicha práctica.

Tabla 1. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia

Categoría	Países	Descripción	Tipo de permiso y porcentaje
a) Países que cuentan con algún desarrollo en materia de legislación y regulación	Bolivia	Resolución Suprema No. 198771, fechada en La Paz, en 1984	El permiso es otorgado por el gobierno a través del Ministerio de Desarrollo Humano (10%)
	Chile	No existe una legislación, iniciativa o norma diseñada específica	Existencia de permisos para ejercer como terapeuta tradicional
b) Países donde se está trabajando en el proceso de legislación	Ecuador	Existe una iniciativa de ley, formulada por los pueblos indígenas	No cuenta con permiso oficial para la práctica de la medicina tradicional
	Guatemala	Existe una iniciativa de ley que se encuentra en los Acuerdos de Paz	Los permisos son expedidos por el Ministerio de Salud Pública/ Centro de Salud Local (10%)
	México	Se han elaborado iniciativas estatales, como en Morelos y Chiapas	El Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social otorgan permisos
	Perú	El Proyecto de Ley de Medicina Tradicional es una iniciativa que actualmente se trabaja	No existe un permiso oficial, pero el Ministerio de Salud ocasionalmente otorga permisos
c) Países donde no hay legislación y el proceso de regulación es incipiente	Costa Rica	Existe un reglamento para las normas de seguridad en la elaboración de productos medicinales tradicionales	En Costa Rica se carece de un permiso oficial
	Nicaragua	Existe una ley conocida como Ley general de Medicamentos y Farmacia, enfocada al uso de plantas (fitoterapias)	No existe un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales
	República Dominicana	No se sabe de la existencia de una iniciativa	No existe un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales

Fuente: Tomada de Nigenda et al. (2001)

1.2.4 Desarrollo de la medicina moderna y tecnológica

La ciencia surge en Europa. El matemático y prehistoriador franco-chino Antony Tao (2003) señala que fueron los griegos quienes afirmaron que el universo y la naturaleza se encontraban regidos por leyes que el pensamiento era capaz de descifrar y entender, los que sentaron las bases de la ciencia. El judaísmo y el cristianismo contribuyeron sustituyendo la creencia en un dios inmanente por la creencia en un dios transcendente, descartando así

toda animación de la naturaleza. Los progresos del Renacimiento y de la Ilustración hicieron el resto (Aparicio, 2007).

La medicina moderna revolucionó la atención sanitaria del siglo XIX en toda América Latina (Seljemoen, 2023), utilizando de manera prácticamente exclusiva la metodología cuantitativa (Carimoney et al., 2021) y con ello su método científico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la biomedicina está sustentada por el conocimiento científico, diferenciado y priorizado frente a otros tipos de saberes. La biomedicina destaca su creciente prevalencia como la forma de atención médica más utilizada después de la auto-atención (automedicación) (Menéndez et al., 2023). Hoy día, el tratamiento con medicina occidental se basa fundamentalmente en el tratamiento de los principales síntomas, la prevención de complicaciones y el tratamiento de enfermedades subyacentes (Rojas- Silva et al., 2022).

La globalización ha tenido sus efectos en términos de la cantidad de información y terapias disponibles y de la difusión sobre ellos. La estratificación de la sociedad ha provocado que estos cambios no sean iguales en todos los sectores sociales lo que se expresa en los significados que se le atribuyen a las terapias y a las elecciones mismas para la atención y autocuidado cotidiano (Bertran, 2010). Las medicinas y prácticas de cuidado milenarios han ido perdiendo espacio con el avance de la medicina moderna, lo que ha impulsado la industria farmacéutica y el uso de medicamentos (Wickert, 2023). Además, la población adopta cada vez más un lenguaje biomédico y reconoce la eficacia de los fármacos, lo que refuerza la hegemonía de la biomedicina en la percepción de la salud (Menéndez et al., 2023).

Los procesos macro sociales afectan las decisiones cotidianas de la gente, los fenómenos sociales relacionados en los que se ven inmersos los individuos dan cuenta de la complejidad en la sociedad, y tienen que ver con el desarrollo del capitalismo y la sociedad de consumo, que afecta la toma de decisiones, hace una promoción al consumo, y el acceso inmediato a él, secundariamente con cambios en los patrones de la alimentación, la

medicalización de la vida cotidiana, los cambios en usos de medicinas tradicionales, las ideas sobre el control corporal, y la imagen como un elemento asociado al estatus (Menéndez et al., 2023). Este tema es especialmente interesante para la disciplina que nos ocupa. La antropología de la salud estudia dimensiones de poder, desde una visión histórica social; por una parte, en el proceso de desarrollo, distribución y forma de la enfermedad y por otro el cultural y sociopolítico de la práctica sanitaria, en todos los procesos de medicalización y farmacologización, y desmedicalización. (Álvarez, et al, 2021)

En conjunto, los sistemas de salud son entendidos como un entramado de ideas y nociones acerca de las causas de las enfermedades y de su tratamiento, así como de los aspectos culturales que subyacen a la respuesta social ante las necesidades de salud, en términos de las relaciones, roles e instituciones que operan dentro del sistema. (Nigenda et al., 2001). Los pacientes cada día exigen más comunicación con los médicos, información sobre sus enfermedades, tiempo en la consulta, calidad de atención, que escuchen sus opiniones y mejoren las condiciones de las instalaciones (Viviano Tello, 2022).

En lo que respecta a la actualidad, la comunicación por teléfonos móviles o celulares parece dominar la interacción entre individuos, incluidos pacientes y médicos. Además, la presencia de códigos QR por doquier hacen crujir cualquier imagen del pasado con la actualidad. (Incauragarat, 2022). En lo que puede observarse como adopciones paulatinas de tecnologías.

Por su parte la *health-tech* (medicina basada en tecnología) en todas sus variantes es un ámbito nuevo, que abre muchas posibilidades de tipo profesional y económico con lo que se conoce como startups (Chakraborty, 2021). Además, a medida que crece debe ser evaluado y delimitado por normas y políticas públicas, para preservar los derechos de las personas y garantizar la igualdad de oportunidades. Actualmente sus avances incluyen la recogida de grandes grupos de datos, *big data* (almacenamiento de datos) *data analysis* (análisis de datos), y uso de *software* para utilizar aplicaciones, que pueden incluir información especialmente sensible, como los registros médicos, por lo que es preciso garantizar su seguridad y confidencialidad.

1.2.5 Cambio climático y su impacto en la medicina tradicional

Abordamos brevemente en este apartado un tema que pareciera lejano al objeto de investigación y que, sin embargo, tiene unas claras conexiones. En tiempos de cambio climático, se estima que el 30 % de la diversidad de la flora mundial se encuentra ecológicamente amenazada, debido a varios factores, tales como, la deforestación, la falta de información científica de las plantas, la expansión de las fronteras agrícolas y sobreexplotación forestal que son prácticas insostenibles para la agricultura y la silvicultura. (Polindara, 2023).

Por ello, se han formulado políticas internacionales que propenden por la sustentabilidad desde los saberes y prácticas de los pueblos, según se plantea en la Estrategia Global para la Conservación de las Especies Vegetales para América Latina y el protocolo de Nagoya en sus artículos 8, 9, 12 y 16, plantea la importancia de regular el aprovechamiento, desarrollo y uso sostenible de recursos filogenéticos, asociados a los conocimientos tradicionales de uso y manejo para la conservación de la diversidad (Polindara, 2023). Las plantas juegan un papel vital en la vida de los humanos. La vida humana es imposible sin plantas. Las plantas son necesarias para el equilibrio de los ecosistemas, ya que atrapan la luz del sol y crean energía, para luego transferirla a animales y humanos. Toda la forma de vida en la Tierra depende de la energía vegetal.

La medicina tradicional en especial la herbolaria, tiene efectos económicos, comerciales, usos farmacéuticos, medicinales y etnobotánicos (Shuaib et al., 2023). Además, al cambio climático, que ha provocado modificaciones en la temperatura y las precipitaciones, alterando la fenología y la misma supervivencia de las especies en ecosistemas y agroecosistemas (Casanova Pérez 2022). Se puede apreciar, así como todo el sistema está relacionado. El cambio climático está afectando a las especies animales y vegetales. Ello supone un doble impacto en el ser humano dado que, por un lado, los cambios le afectan directamente y, por otro, las plantas con propiedades medicinales capaces de contribuir a la mejora de la salud, también se están extinguiendo.

1.2.6 Brecha generacional, creencias religiosas y uso de la MT

En un estudio realizado en Indonesia 2023, sobre la utilización de la MT, los conocimientos previos de la misma, los factores socioculturales y sanitarios asociados, la autora Indriyani observó que las personas casadas tienden a utilizar la medicina tradicional en comparación con las personas solteras o divorciadas, además de que la sociedad urbana se ha vuelto más informada sobre su salud y se beneficia de los medios impresos, la televisión e Internet para obtener información en la que basar sus decisiones de salud.

En el estudio previamente mencionado (Indriyani et al., 2023) también se encontró que los factores generacionales estaban asociados con el uso de la medicina tradicional. Identificándose como *millennial* individuos nacidos entre 1980 y 2000, y generación X personas nacida entre 1960 y 1980. Concretamente, en 1970, cuando la generación X aún era joven, prefería utilizar MT, lo cual podría atribuirse al surgimiento del movimiento de salud holística. Por otro lado, los *millennials* prefieren acudir al tratamiento convencional; además, están aumentando significativamente los sistemas de salud electrónicos lo que hace que los *millennials* puedan acceder a sus medicamentos a través de su teléfono inteligente.

En el estudio mencionado, se plantea que es posible que las personas con una fuerte religiosidad tengan creencias congruentes con el uso de la medicina tradicional y complementaria, además de mujeres, personas de religión islámica, personas casadas y personas de zonas urbanas y con problemas de salud, las cuales se sientan más atraídas por el uso de esas formas de medicina y hacen un mayor uso.

También y como hemos señalado, se encuentra que condiciones de salud desfavorables aumentan la probabilidad de utilizar la medicina tradicional (Indriyani, 2023). Estos resultados coinciden con los encontrados en otras regiones. Por ejemplo, en un estudio realizado en zonas de mayor poder adquisitivo en Brasil se ha hallado que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA o CAM) como es la acupuntura, la medicina tradicional china, la medicina ayurvédica, la homeopatía, la fitoterapia, la aromaterapia y la

reflexología es empleado para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el sector de salud privado (Henriques et al., 2022).

1.2.7 Empleo de la medicina natural y tradicional en los cinco continentes

Este capítulo se basa en un artículo de Sánchez Valdeolla (2020), donde hace mención de lo siguiente:

En Asia, la medicina tradicional está bien arraigada dentro de los sistemas de salud pública, privada y de uso general por sus pobladores en países como China, Japón, la India, Tailandia, Corea del Sur y Corea del Norte. También están las medicinas tradicionales practicadas en Latinoamérica, tales como el empleo de las plantas medicinales, la miel, los propóleos, la alimentación y el saber convivir con los recursos de la naturaleza. En el caso del continente europeo, Australia y en Estados Unidos y Canadá, las experiencias conocidas están relacionadas con la transculturación de las medicinas tradicionales antes descritas (véase *Tabla 2*).

Tabla 2. Tipos de medicinas tradicionales

Continentes	Tipos de medicinas tradicionales
Asia	Medicina tradicional asiática
África	Medicina tradicional africana
Europa	Medicina tradicional de Asia, América y África
América	Medicina tradicional latinoamericana, asiática y africana
Australia	Medicina tradicional australiana y medicina tradicional china

Fuente: Sánchez Valdeolla (2020)

Dentro de los países que más se destacan y reconocen el uso y generalización de la MT está China (40 %) y la India con el (65 %), aunque en el resto de las naciones que conforman el continente también se emplea.

En el caso de Europa cabe destacar que todos los países miembros (28), aplican alguna de las modalidades de la MT, específicamente la fitoterapia, la alimentación, la acupuntura, la hipnosis y un estilo de vida saludable, incluso, todos los países forman parte de dos megaproyectos de investigación para contribuir internacionalmente al desarrollo de la MT (proyectos Cambrella y Horizonte 2020). Los países que más se destacan son España,

Inglaterra, Países Bajos, Italia, Alemania y Bélgica. En Estados Unidos y Canadá, por su parte, se han logrado aplicar diversas modalidades de la MT, comportando su empleo en un 70 % en Canadá y un 42 % en Estados Unidos.

1.2.8 Futuro de la medicina tradicional

Casanova et al. (2022), defienden que estos saberes deben ser revalorados e innovados a través de metodologías científicas estrictas, encontrando nuevas formas de preparación y usos de las plantas medicinales. Este respaldo mutuo debe ser derivado de un fortalecimiento de la salud en contextos locales y en descubrimientos por parte de las ciencias farmacológicas y biotecnológicas. Asimismo, debido a un vacío de literatura sobre las propiedades fotoquímicas de gran número de plantas medicinales, se requiere investigaciones que permitan contrastar el conocimiento empírico con el científico y su papel potencial en procesos científicos comprobados y posteriormente estandarizados

La OMS para el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) a nivel internacional establece cuatro objetivos principales, acordes con su estrategia farmacéutica (Valdeolla, 2020):

- Integrar los aspectos pertinentes de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de atención de salud formulando políticas nacionales sobre la misma y programas de aplicación
- Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la práctica de la medicina tradicional facilitando orientación sobre los patrones de reglamentación y de garantía de calidad
- Incrementar el acceso y la asequibilidad de la medicina tradicional
- Promover el uso racional de la medicina tradicional.

Ulteriormente, las ventas anuales de medicamentos a base de hierbas oscilan entre 7.500 y 108.000 millones de dólares en todo el mundo, y la última cifra coincide además con las ventas de medicamentos procesados (Uprety, 2012). Por ello no es de extrañar que las industrias farmacéuticas continúen comercializando las MT mundialmente aceptadas.

Para que haya cambios profundos en las formas de cuidar y atender la salud de las poblaciones, se necesitan estrategias desarrolladas entre instituciones y construidas por el estado, además de la relación por los diferentes servicios sanitarios, las variabilidades de atención y demanda, incluidos aquí los diferentes “curadores” y todas las formas de sus representaciones, desarrollando así, la noción de sistema cultural de salud, al permitir el diálogo entre sistemas culturales de salud, apoyando la creación de políticas efectivas (Boccuto et al., 2022).

Por otra parte, los sectores que habitan en zonas rurales y/o que migran a las periferias urbanas, es decir, en conjuntos sociales subalternos, de baja escolaridad, que han sido marginados en mayor o menor medida de la modernidad y del proceso de occidentalización y globalización del mundo, los saberes de la MT son parte de una estrategia de supervivencia para afrontar la inequidad subyacente. (González Cheves, 2007).

Como ejemplo tomaremos a Pakistán, (Shuaib et al, 2023), el cual cubre sus necesidades en salud, en gran mayoría con MT, donde existen 39.800 médicos tradicionales en medicina y 130.000 homeópatas registrados en la región, alrededor de 501 dispensarios y clínicas de medicina tradicional y 300 empresas farmacéuticas trabajando para hacer preparaciones de hierbas medicinales. En este caso, la regulación y la legislación con otros actores económicos como industrias y empresas privadas hacen posible la permanencia del uso y conservación de la medicina tradicional de una región. Otro ejemplo es África donde existen órganos nacionales de administración y coordinación de las actividades de la medicina tradicional en 17 estados. (OMS, 2003)

Es importante destacar que muchas personas utilizan la MT como auto-tratamiento con la creencia de que natural significa inocuo, ignorando o subestimando los posibles efectos secundarios. En la mayoría de los países, o bien no existen sistemas de vigilancia de la seguridad, o el sistema de vigilancia no abarca la MT (Palmieri et al., 2022), además de que su uso se fomenta por recomendación de familiares, accesibilidad por bajo costos, sensación de bienestar, la creencia de que es inofensiva y por la falta de satisfacción de las necesidades espirituales a través de la medicina occidental (Viviano Tello, 2022).

Las medicinas complementarias y alternativas (CAM o MCA) más utilizadas comprenden la acupuntura, la medicina tradicional china, medicina ayurvédica, homeopatía y medicina herbaria, la fitoterapia, las terapias manuales (masaje, osteopatía y reflexología), así como prácticas más modernas, incluidas la aromaterapia y la reflexología, no obstante, las CAM más utilizadas mundialmente son los probióticos y los tés caseros (Hernández et al., 2022).

Una vez expuestos los principales conceptos asociados con la MT, su evolución, situación actual y factores asociados, pasamos a comentar brevemente el contexto de los procesos migratorios, por ser otro de los elementos clave de este trabajo.

1.3 Globalización en el proceso migratorio

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define a la globalización como el proceso por el que los mercados y las empresas extienden su actividad más allá del ámbito nacional para alcanzar una dimensión mundial. Según la OIM (2008) en un mundo globalizado, los movimientos migratorios son cada vez más circulares, cuando los migrantes viven en una nueva sociedad, surgen nuevos retos en términos de integración, y existen zonas de entrecruzamiento cultural y zonas de fricción.

Los países de acogida intentando delimitar y caracterizar estos espacios de entrecruzamiento y de fricción, están tendiendo a procesos de hibridación en las culturas apoyados en el modelo médico biologicista, esta vía de alimentación supone un equilibrio a las tensiones complejas a nivel sanitario, lo que a nivel social, supone un “pluralismo” asistencial o médico, una especie de estratificación postindustrial de la atención sanitaria que oculta condiciones socio-económicas de acceso a la salud, así como la escenificación de las luchas e intentos de la biomedicina por no perder las riendas del sistema. Los procesos socioculturales en la globalización están asistiendo a procesos en los que el ascenso y la exclusión social se esté entremezclando, de forma compleja, con la etnificación y la re-etnificación de elites sociales, en este caso, mientras las clases altas tienen acceso a terapias alternativas/complementarias en sectores privados, por re-conceptualizarlos como estilos de vida integrales, las clases populares deben optar entre

la atención precaria que les ofertan los sistemas públicos de salud o por formas de medicina popular estigmatizadas (Palacios et al., 2011).

Según la OIM (2020) A nivel mundial, muchos migrantes siguen desplazándose con sus familias de manera permanente y unidireccional, aunque hay una creciente proporción de movimientos migratorios que son de carácter temporario. Por su parte Muñoz (2002), en su artículo *Efectos de la globalización en las migraciones internacionales*, refiere tres esferas a considerar las cuales abarcan:

1. La sociocultural. Vinculada a la generalización internacional de ciertos valores y pautas culturales, marcadas por innovaciones productivas y un consumo abundante. (...)
2. La política, lo que abre las puertas a una mayor vinculación e interdependencia de las diferentes economías. (...)
3. La económica a través de la supresión de trabas a la circulación internacional de mercancías y de los factores productivos (capital y personas), con el consiguiente aumento de dichos flujos.

Las nuevas tendencias en globalización se centran en la economía del conocimiento sustentada fundamentalmente en el uso de las ideas, más que en las habilidades físicas; en la aplicación de la tecnología, más que en la transformación de materias primas, o la explotación de mano de obra barata. Es una economía donde el conocimiento es creado, adquirido, transmitido y usado más eficientemente por individuos, empresas, organizaciones y comunidades, con el fin de promover el desarrollo económico y social. En este contexto la globalización, empieza a emplearse de manera permanente en los ámbitos académicos y políticos desde de la década de los ochenta del siglo XX. A partir de entonces, la globalización ha estado enfocada desde diferentes posiciones, dependiendo del campo de acción del conocimiento y de los intereses en juego, infiere directamente en la migración cuando las personas encuentran sus nuevos lugares de trabajo (García y Pulgar, 2010).

Así, la globalización influye directamente en la migración internacional, individuos movidos y motivados por el trabajo, se trasladan a regiones receptoras considerando a Estados Unidos y Europa como las regiones que han recibido un mayor número de migrantes (Muñoz Jumilla, 2002).

Por ello Alemania (página oficial www.deutschland.de) por su parte busca trabajadores altamente cualificados con facilidad en visas de residencia, mientras otros grandes receptores de inmigración como Canadá, y Estados Unidos, busca trabajadores altamente cualificados y menos cualificados, para mantenerse como países industrializados (mano de obra obrera), de base tecnológica (individuos cualificados) y un número razonable en la tasa de natalidad, lo cual hizo a la inmigración una necesidad (Muñoz Jumilla, 2002). Este proceso de globalización ha sido dinamizado por las nuevas tecnologías, en especial las tecnologías de la información y comunicación (TIC) (García y Pulgar, 2010).

Los países de origen esperan que los migrantes mantengan vínculos financieros (remesas), culturales e incluso políticos con su país de origen, lo que puede ser difícil de conciliar con la expectativa de integración que tiene el país de acogida. A su vez los migrantes ponen a prueba las capacidades de las comunidades de acogida para proveerles viviendas, servicios de sanidad, educación y atención de salud (OIM, 2008).

Por último, en un mundo globalizado la utilización de medicinas tradicionales en el extranjero ha aumentado significativamente en los últimos años. La mayoría de los países desarrollados utilizan varias formas de medicina tradicional con regularidad (Australia 48%, Estados Unidos 42%, Francia 49%, Canadá 70%, China 40%), mientras en países en desarrollo (Chile 71% y Nación africana 80%). Esto asociado a la concepción de que la medicina herbaria, tiene un efecto terapéutico no sólo para curar el malestar común sino también para mejorar el sistema inmunológico (Indriyani, 2023).

1.3.1 Los procesos migratorios internacionales

La migración y la movilidad humana son fenómenos que han existido durante milenios, impactando a casi todas las sociedades globalmente. Sin embargo, estos fenómenos han

experimentado cambios significativos con el tiempo. Los migrantes suelen sentirse atraídos por los países desarrollados por diversas razones, que abarcan aspectos económicos, sociales, políticos y personales, (CEPAL, 2019). Siendo esas migraciones el resultado en mayor o menor medida al efecto de la globalización, adquiriendo así un carácter pluridimensional (García y Pulgar 2010).

“La migración internacional es un fenómeno primordialmente social y las cadenas y redes migratorias constituyen microestructuras que sostienen los movimientos de población en el tiempo y el espacio. Las formas, la articulación y el funcionamiento que adquieren estas redes con el tiempo, influyen en las trayectorias espaciales y en las estrategias migratorias de los trabajadores” (Pedone, 2001, citado por Muñoz Juramilla, 2002, párr.48).

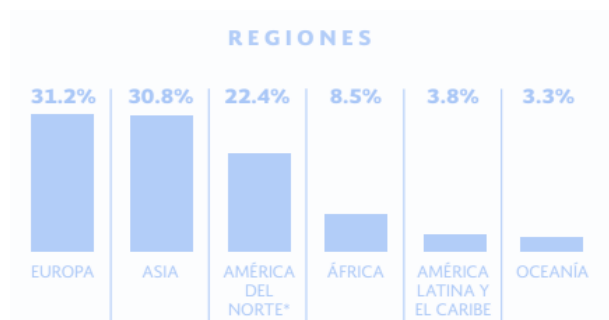
De acuerdo al Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) se define “migrante internacional” a “toda persona que cambia de país de residencia habitual” (DAES, 1999). Así mismo la Organización Internacional para las migraciones (OIM 2022) divide a los migrantes internacionales como:

- a) Migrantes por breve plazo: se trasladan por tres meses, pero inferiores a un año.
- b) Migrantes por largo plazo: se trasladan por períodos de al menos un año.

Según un informe del gobierno de México, (Segon 2020) el panorama migratorio en 2020, refirió que casi 3 de cada 5 migrantes internacionales (57.6%) se encuentran en algún país que forma parte de las regiones desarrolladas del mundo (véase Se puede observar a Europa (31.2%) y Asia (30.8%) como los principales continentes receptores de la migración internacional, seguidos por la región de América del Norte (22.4%).

Figura 1). Se puede observar a Europa (31.2%) y Asia (30.8%) como los principales continentes receptores de la migración internacional, seguidos por la región de América del Norte (22.4%).

Figura 1. Países con más inmigrantes



Fuente: Segob (2018)

En contraparte, África (8.5%), América Latina y el Caribe (3.8%), a su vez Oceanía (3.3%) son las regiones con menor recepción de migración internacional.

Según el Foro Económico Mundial en 2020 (véase Tabla 3), los países receptores (con mayor número de residentes nacidos en el extranjero) son Los Estados Unidos de Norteamérica, seguido de Alemania y Arabia Saudita. España por su parte se encuentra en décimo lugar a nivel mundial.

Tabla 3. Los 10 países principales con el mayor número de residentes nacidos en el extranjero (inmigrantes).

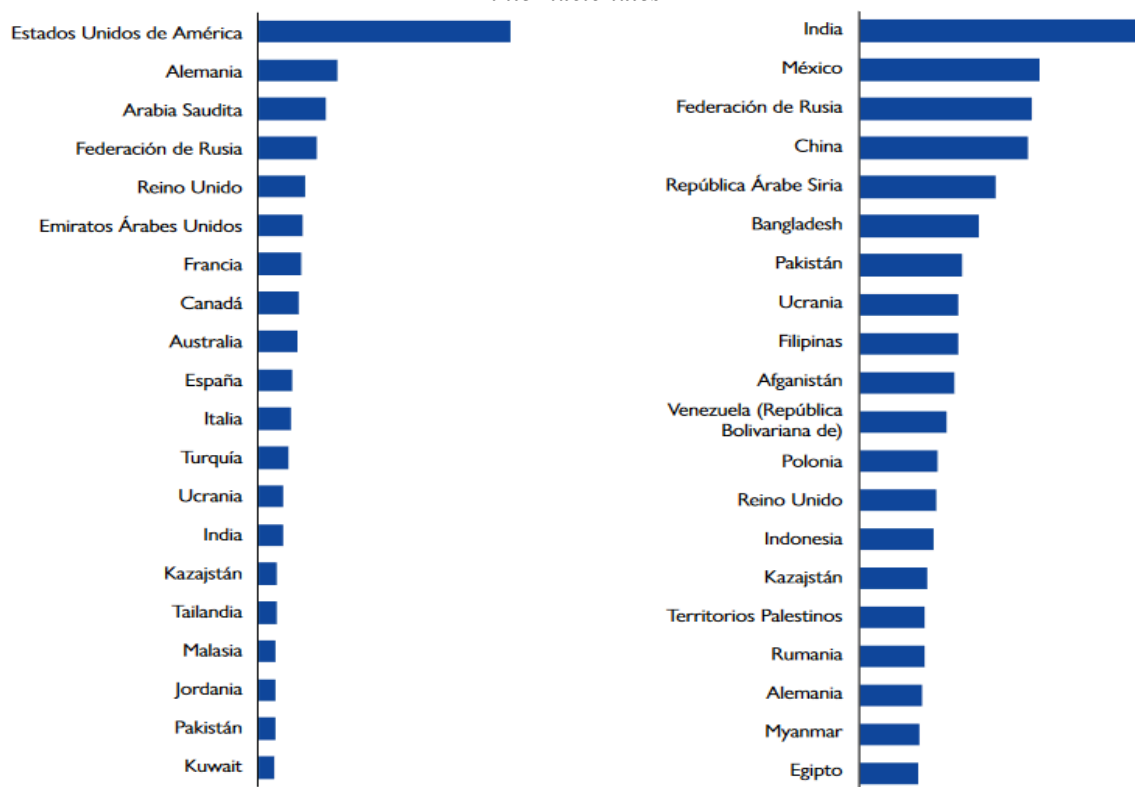
Número	País	#Inmigrantes
1	Estados Unidos	50.6 M
2	Alemania	15.8 M
3	Arabia Saudita	13.5 M
4	Rusia	11.6 M
5	Reino Unido	9.4 M
6	Emiratos Árabes Unidos	8.7 M
7	Francia	8.5 M
8	Canadá	8.0 M
9	Australia	7.7 M
10	España	6.8 M

Fuente: Foro Económico Mundial (2020)

En cuanto a países emisores de mayor número de migrantes (véase véase Figura 2 se encuentra la India, seguido de México, Rusia, China y Siria.

Entre las causas que propician esto, se encuentran los procesos macro sociales como la globalización y sus manifestaciones en la disponibilidad y acceso a los alimentos, la difusión de conocimientos, la migración, o bien el aumento en la monetarización de la economía en todos los sectores sociales de manera acelerada en países con economías emergentes como es el caso de México. Por otro lado, la migración rural a grandes núcleos urbanos, propia del crecimiento de la urbanización. (Beltran, 2010)

Figura 2. Los 20 principales lugares de destino (izquierda) y de origen (derecha) de los migrantes internacionales



Fuente: DAES de las Naciones Unidas, 2021

Una vez expuestos los principales aspectos que sustentan el presente estudio, procedemos a comentar el estudio realizado, así como los aspectos metodológicos y principales resultados.

2 PERCEPCIONES DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA OCCIDENTAL EN MIGRANTES EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y ALEMANIA

2.1 Objetivos

1. Indagar sobre la familiaridad y conocimientos de la medicina tradicional por parte de informantes residentes en diferentes países y de diferentes procedencias.
2. Indagar sobre las percepciones y creencias acerca de la medicina occidental y la tecnología
3. Profundizar en el uso y la satisfacción con respecto a ambas aproximaciones.
4. Identificar posibles perfiles epidemiológicos, tratamientos y atención médica basados en la cultura, los rituales, las tradiciones y las costumbres.

2.2 Metodología

2.2.1 Técnicas e instrumentos de investigación

En este estudio empleamos métodos mixtos con una estrategia explicativa, donde los datos cualitativos se recopilaron y analizaron primero. La fase cualitativa se cruzó con los resultados cuantitativos y se analizó de manera combinada mediante conexión de datos. Se utilizaron métodos mixtos para profundizar en la comprensión del problema de investigación, acerca de los conocimientos, usos y percepciones en la medicina tradicional, la biomedicina y aplicaciones en salud, con una etapa cuantitativa de diseño transversal y una etapa cualitativa basada en la etnografía.

Empleamos la observación participante y la entrevista semiestructurada, junto con un cuestionario que nos permite recoger información complementaria. La observación participante implica la compenetración del investigador en una variedad de actividades durante un periodo de tiempo que le permita observar a los miembros culturales en sus vidas diarias y participar en sus actividades para facilitar una mejor comprensión de esos comportamientos y actividades. Estos métodos son útiles a los investigadores en diferentes

aspectos: proporcionan a los investigadores métodos para revisar expresiones no verbales de sentimientos, determinan quién interactúa con quién, permiten comprender cómo los participantes se comunican entre ellos, y verifican cuánto tiempo se está gastando en determinadas actividades, permite, además, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir (Kawulich, 2005).

El trabajo de campo que, debido a su duración, no puede ser considerado como una etnografía clásica, incluyó una estancia de recopilación de datos por un periodo de once semanas en tres diferentes países, para lograr este propósito, la autora viajó y residió en Canadá durante 7 semanas, en Alemania durante 2 semana, y en Estados Unidos durante 2 semanas, en casa de familias brasileñas en Alemania y Estados Unidos, el lenguaje en estos tres países fue en inglés y español, todas las actividades realizadas durante ese período tuvieron como únicas limitaciones relevantes el idioma portugués que se usaba a nivel familiar, debido a que la autora maneja un nivel básico en ese idioma.

Para proteger la identidad de la familia, en este documento se referirá a ella como familia W a la familia en Alemania, y como Familia G a la familia en Estados Unidos. De igual forma, para salvaguardar la identidad de todos los informantes encontrados durante el viaje, se utilizará el género, edad y nacionalidad.

Concretamente, hemos llevado a cabo observación participante en Victoria, Canadá durante siete semanas, Múnich Alemania durante dos semanas, y en Reston, Estados Unidos durante dos semanas. Hemos realizado entrevistas semiestructuradas personales con diversos informantes acerca de su experiencia con la medicina occidental y la medicina tradicional.

Adicionalmente, hemos desarrollado un cuestionario con *Google Forms* en inglés y español (Véase Anexos 3 y 4), disponibles en: <https://forms.gle/6guewAAmhziqJ7Y7> para el formulario en español y <https://forms.gle/oQKKtAT7oJSP2LdQ6> para el formulario en inglés. Con este instrumento fueron recogidos los datos cuantitativos de manera virtual con

preguntas específicas para identificar la familiaridad y posibles barreras de conocimiento de la medicina occidental, tradicional y la tecnología en salud.

El cuestionario contenía 20 preguntas y abordaba 3 secciones, la primera acerca del conocimiento, usos y experiencias en la medicina tradicional, la segunda acerca del conocimiento, usos y experiencias de la biomedicina, y el tercero sobre el conocimiento, uso y experiencia sobre las aplicaciones en salud de sus móviles y uso de telemedicina.

Los cuestionarios disponibles en *Google Form*, presentaron en la portada la intención de la investigación (véase Figura 3 y Figura 4).

Figura 3. Portada del cuestionario en español.

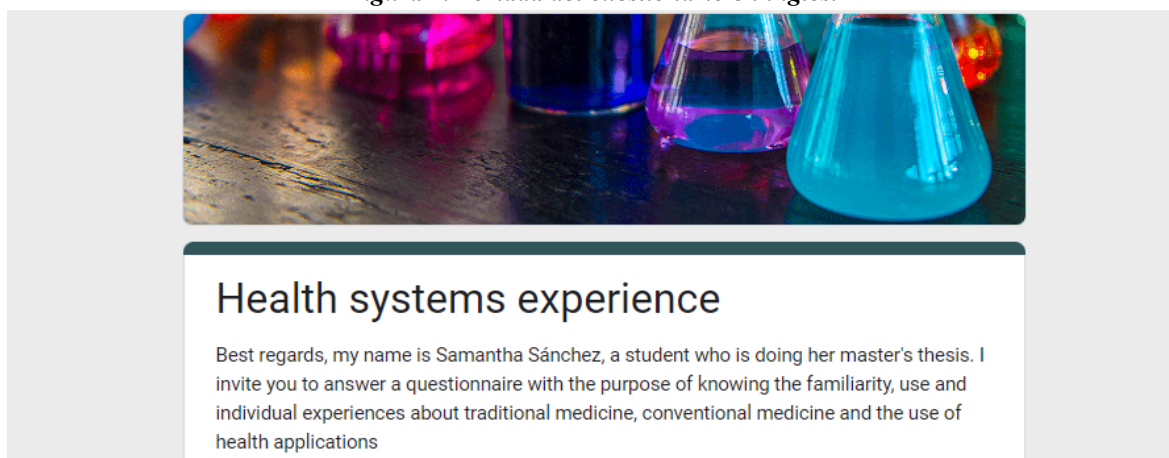


Experiencias sobre atención medica

Reciba un cordial salud, mi nombre es Samantha Sánchez, una estudiante que esta realizando su trabajo de fin de master. Te invito a responder un cuestionario con el propósito de conocer la familiaridad, el uso y experiencias individuales acerca de la medicina tradicional, la medicina occidental y el uso de aplicaciones en salud.

Fuente: Elaboración propia. (2024).

Figura 4. Portada del cuestionario en inglés.



Health systems experience

Best regards, my name is Samantha Sánchez, a student who is doing her master's thesis. I invite you to answer a questionnaire with the purpose of knowing the familiarity, use and individual experiences about traditional medicine, conventional medicine and the use of health applications

Fuente: Elaboración propia. (2024).

En cuanto a las entrevistas (véase Anexos 5 y 6), se registraron y se transcribieron manualmente utilizando el programa *Microsoft Word*. Se identificaron a los participantes conforme se fue dando el transcurso del viaje de la autora, se registran acompañados de su edad, género, y nacionalidad para proteger la identidad de los entrevistados.

Se usó esta metodología ya que la entrevista es una de las técnicas imprescindibles que vertebra la metodología antropológica. Surgida y alimentada desde distintas ciencias sociales (Marín, 2020). En el presente trabajo se llevó a cabo la entrevista etnográfica como una conversación informal en la cual van surgiendo preguntas de forma natural, adaptada a los sujetos y las condiciones del contexto, una importante característica de esta forma de realizar una entrevista radica en su flexibilidad (Garrido, 2006).

La entrevista fue examinada utilizando el análisis de contenido manifiesto, donde el investigador se mantiene fiel al texto recopilado y se enfoca en describir lo que es evidente, refiriéndose a las palabras de los informantes (Burnard, 1991). Este tipo de análisis implica que el investigador evalúe los datos recogidos con una mente abierta, con el objetivo de identificar temas significativos que respondan a la pregunta de investigación (Bengtsson, 2016). En el Anexo 6 se ofrecen los datos codificados de la entrevista.

2.3 Contexto de estudio: El campo

Como parte de una investigación de base multicultural, se seleccionaron tres campos con diferentes índices de migración de manera aleatoria, se inició en Canadá, continuó en Alemania y terminó en Estados Unidos de Norteamérica.

A continuación, se ofrece un breve contexto acerca de las experiencias de los individuos en el uso de los servicios de salud, desde la perspectiva personal del país donde nacieron y se criaron, con la adaptación al nuevo entorno y al sistema de salud en el que viven actualmente.

2.3.1 Canadá

Canadá es el segundo país más grande del mundo. En su geografía se distinguen el Gran Norte y la zona Sur (véase Figura 5), se divide en provincias, y contiene el bosque boreal, sus idiomas son el inglés y francés, y en la provincia de Nunavut es el inuktitut, su moneda es el dólar canadiense. (Ministerio de asuntos exteriores España). Canadá es además el octavo país con mayor número de inmigrantes, 8 millones (WEF, 2020).

Figura 5. Geografía de Canadá.



Fuente: <https://www.exteriores.gob.es> (julio 2024)

Victoria es la capital de la provincia de Columbia Británica, con una población de 400 mil habitantes (statcam.com, 2021). Es conocida por tener el invierno más suave en Canadá, la forma de llegar al lugar es a través de Ferry.

Figura 6. Geografía de Victoria. Canadá.



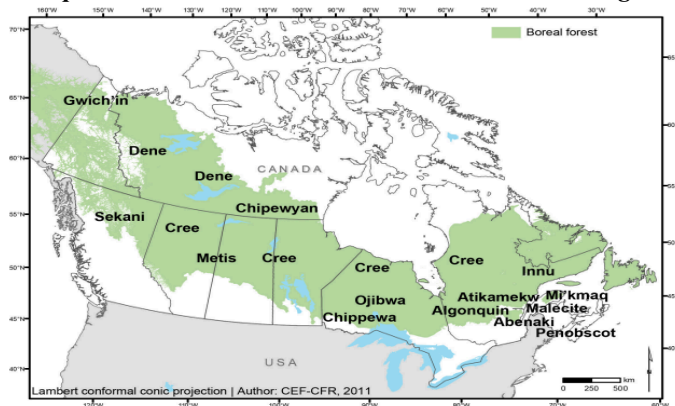
Fuente <https://continuingstudies.uvic.ca/>. (junio 2024)

La economía de Victoria se centra en sectores como el gobierno, la administración, la defensa, el turismo y los servicios relacionados con el turismo, así como el sector de jubilación, que atrae a jubilados de las zonas más frías del país. Además, la agricultura, la silvicultura, la pesca y las industrias relacionadas, como la construcción y reparación naval, el aserradero, el procesamiento de alimentos y varias industrias manufactureras.

Según su página oficial statcan.ca. En 2021, más de 14,6 millones de canadienses (45,1%) padece: artritis, presión arterial alta, diabetes, cáncer (alguna vez diagnosticado), enfermedad cardíaca (alguna vez diagnosticada), accidente cerebrovascular, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, de estas patologías, las más comunes son el sobrepeso, la obesidad, la artritis y la presión arterial alta. El seguro de salud es gratuito y cubrió 85.5% del total de la población, así como la educación es gratuita hasta el grado universitario.

Canadá cuenta con el bosque boreal (véase Figura 7) donde viven aborígenes que utilizan plantas medicinales en los sistemas tradicionales de atención de salud, y ha sido así, desde tiempos prehistóricos. Este conocimiento, transmitido por la tradición oral de generación en generación, se ha ido erosionando en las últimas décadas debido al rápido cambio cultural, Por otro lado, las ventas anuales de plantas medicinales en el mercado alcanzaron los 400 millones de dólares estadounidenses en 2001 y están creciendo a un ritmo del 15% anual (Uprety, 2012). Se han identificado 546 especies de plantas medicinales utilizadas en los sistemas tradicionales de atención de salud de los pueblos aborígenes.

Figura 7. El bosque boreal de Canadá con los nombres de los aborígenes por región.



Fuente: Uprety (2012)

2.3.2 Alemania

Alemania está situada en el Centro de Europa. (véase Figura 8). El país tiene fronteras con Francia, Suiza y Austria por el sur; Bélgica, Holanda y Luxemburgo por el oeste; Dinamarca por el Norte y Polonia y la República Checa por el este, su moneda es el euro y su lenguaje oficial es el alemán (Ministerio de asuntos exteriores de España). Según el foro mundial económico (WEF) Alemania es el segundo país con mayor número de inmigrantes en 2020, con 15.8 millones.



Fuente: <https://www.exteriores.gob.es> (julio 2024)

Múnich es la capital del estado federado de Baviera (véase Figura 9). Según sus páginas oficiales "Statistisches Bundesamt" (Oficina Federal de Estadísticas de Alemania) conocida como Destatis y stadt.muenchen, hay 1,562,096 habitantes en Múnich, de los cuales el 28,3 por ciento de los residentes son extranjeros. Múnich cuenta con una baja tasa de desempleo 4:1.

Los servicios, como la banca, la tecnología de la información (TIC) y la atención sanitaria, representan alrededor del 76% del PIB de Múnich, mientras que la manufactura representa

el 24% restante. Múnich se encuentra en el corazón de un centro multimodal con acceso a una gran red ferroviaria y de carreteras. La logística es, por tanto, un importante motor de crecimiento económico en Baviera y el comercio electrónico y el consumo son importantes motores de crecimiento para la logística y los almacenes en el área metropolitana de Múnich. (Statistisches Bundesamt, 2009)

Figura 9. Mapa de Múnich.



Fuente: Maps.com (2024)

La homeopatía, es un método de tratamiento alternativo desarrollado a partir de las ideas del médico alemán Samuel Hahnemann, publicadas desde 1796. Su principio fundamental es el de similitud, formulado por Hahnemann: "Lo similar debe curarse con lo similar" y se debe considerar tanto la mente como el carácter del paciente, la curación se obtendrá, dándole al enfermo aquella sustancia capaz de provocar los mismos síntomas en un individuo sano. (Herrera, 2005). Al realizar el diagnóstico, se tienen en cuenta los síntomas físicos y psicológicos, esto se conoce como repertorización (Góngora, 2020). El homeópata clásico observa el comportamiento natural y el estado de ánimo del paciente (Ullman, 2017). Estas prácticas varían en diferentes países, como se puede ver en un estudio realizado en Alemania donde predominaba la homeopatía (55%) (Henriques et al., 2022). El Ministerio de Salud de Alemania realiza financiación pública de los medicamentos

homeopáticos, reforzando así su compromiso con esta práctica. (Asamblea Nacional de Homeopatía, www.homeopatiasuma.com, 2019)

2.3.3 Estados Unidos de Norteamérica

Estados Unidos de Norteamérica se ubica en el centro de América del Norte donde se encuentran sus 48 estados contiguos y Washington D.C (Véase Figura 10). Su lenguaje es el inglés, su moneda es el dólar americano, y cuenta con un país asociado, Puerto Rico. Estados Unidos es el primer país con mayor número de inmigrantes en 2020, con 15.8 millones (WEF, 2020).

Figura 10. Geografía de Estados Unidos de Norteamérica



Fuente: datausa.io (2024)

Reston es una localidad en el condado de Fairfax, Virginia. (Véase Figura 11). Según su página oficial (datausa.io) en 2022, la población fue de 62,3 mil personas con una edad promedio de 40,1 años. El 90,4% de los residentes en Reston son ciudadanos estadounidenses, el resto es población inmigrante.

Los cinco grupos étnicos más grandes son blancos (no hispanos) (58,9%), asiáticos (no hispanos) (11,5%), afroamericanos (no hispanos) (9,51%), latinos (14.1 %).

Figura 11. Reston, Virginia

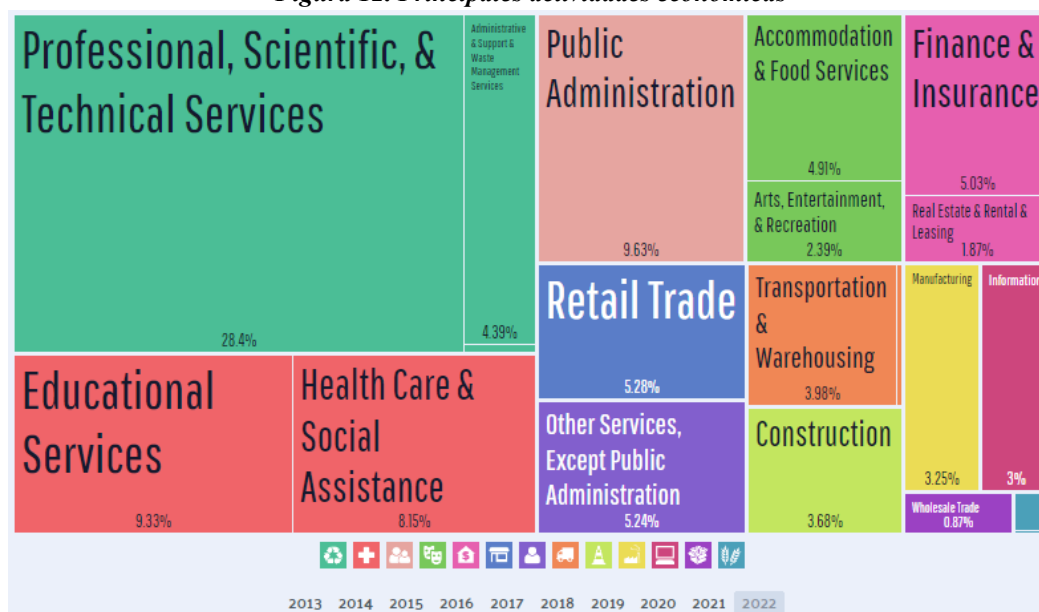


Fuente: <https://www.bestplaces.net/city/virginia/reston> (2024)

La economía de Reston, emplea a 36,4 mil personas. Las industrias más grandes son servicios profesionales, científicos y técnicos, administración pública y servicios educativos, las industrias que más pagan son Gestión de Empresas, Administración Pública y Servicios Públicos (véase Figura 12) Los grupos laborales más comunes, son ocupaciones gerenciales y gestoría (6,583 personas), ocupaciones informáticas y matemáticas (5,434 personas) y ocupaciones de operaciones comerciales y financieras (4,257 personas).

Los Estados Unidos se formaron a partir de grandes migraciones, comenzaron como un grupo de 13 colonias inglesas que posteriormente se independizaron, por lo que no se encuentra una medicina tradicional propia reconocida oficialmente. Sin embargo, en 1992 se creó el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Tradicional (CNMCT) que estima que el 40% de la población utiliza las CAM con una derrama económica de 27 mil millones de dólares americanos anuales (Pérez, 2001). Según un estudio de Indriyani et al., (2023). Los informes del Natural Marketing Institute de 2013 mostraron que, en Estados Unidos, aproximadamente el 11 por ciento de los millennials consumían medicamentos homeopáticos. En comparación, sólo el 6 por ciento de los *baby boomers* y el 7 por ciento de los de la Generación X.

Figura 12. Principales actividades económicas



Fuente: www.datausa.io (2024)

2.4 Informantes

Se seleccionó como escenario en Victoria, Canadá, la escuela de idiomas y los círculos de Salsa, además de amigos y conocidos de la informante clave de origen mexicano, la cual ya llevaba en la isla 6 meses. En Múnich, Alemania los informantes claves fueron la familia W, los padres y el abuelo de la familia que organizaban reuniones y actividades al aire libre con otros brasileños. En Reston, Estados Unidos los informantes clave fueron la familia G que realizaban actividades de parrillada con otros inmigrantes.

Se entrevistaron a 30 personas en total, de diferentes nacionalidades con las que la autora tuvo alguna interacción social. En Victoria la población estuvo compuesta por 20 personas de países de Colombia, México, Italia, Norteamérica, India, Perú, en Alemania 5 personas originarias de Brasil, y en Estados Unidos de Norteamérica se entrevistaron 5 personas originarias de Chile y Brasil. (Véase Tabla 4).

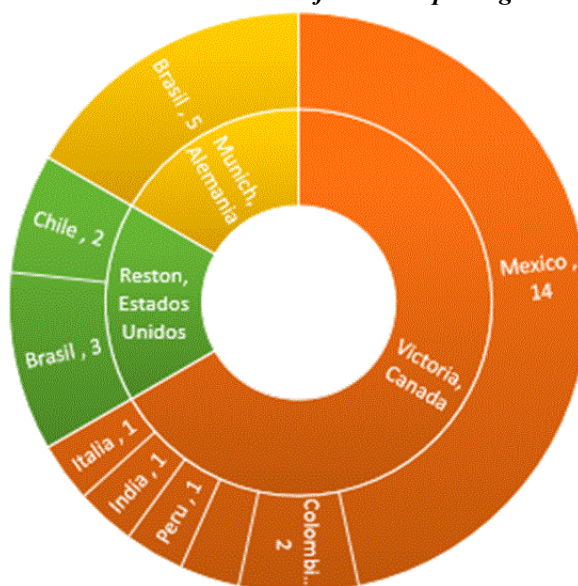
Tabla 4. Distribución de informantes por región

Victoria, Canadá Total: 19	Colombia	2
	México	14
	Italia	1
	India	1
	Perú	1
	Norteamérica	1
Múnich, Alemania Total: 5	Brasil	5
Reston, Estados Unidos Total: 5	Brasil	3
	Chile	2

Fuente Elaboración propia

De los 30 informantes las nacionalidades de los informantes por regiones se distribuyen de acuerdo a la nacionalidad, tal y como se indica en la Figura 13.

Figura 13. Nacionalidad de los informantes por región



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la Tabla 5, de los 30 informantes ocho eran masculinos y 22 eran femeninos, se envió el cuestionario online al final de las estancias, recibiendo respuestas de 22 personas.

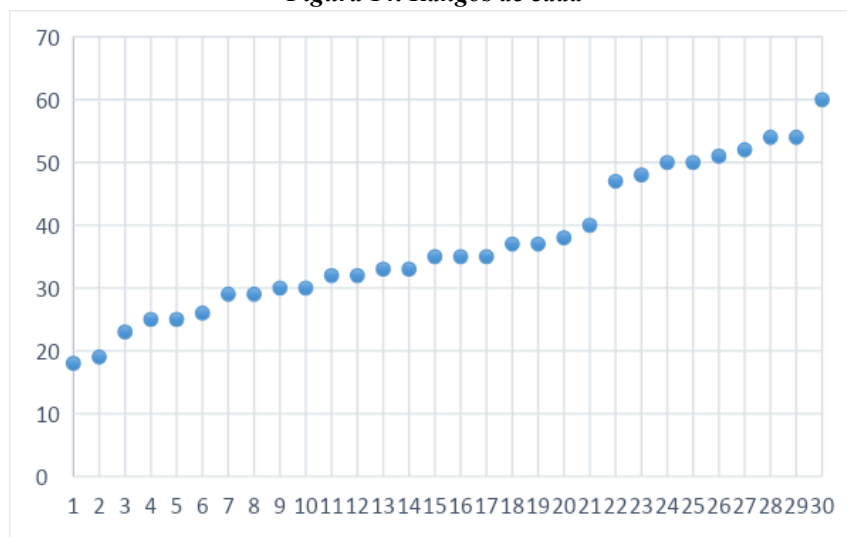
Tabla 5. Distribución género/ origen

Género				
Masculino		8		
Femenino		22		
País de origen		Femenino	Masculino	Total
Brasil		5	3	8
Chile		2		2
Colombia		2		2
Estados Unidos			1	1
India			1	1
Italia			1	1
México		12	2	14
Perú		1		1

Fuente Elaboración propia

En la Figura 14 se puede observar la edad de los informantes de forma ascendente, estas comprenden de los 18 años a los 60 años, con un promedio de 36.8 años.

Figura 14. Rangos de edad



Fuente Elaboración propia

En cuanto a los participantes que rellenaron el cuestionario, hemos de señalar que el cuestionario se difundió a través a través de mensajería instantánea WhatsApp entre el grupo focal, teniendo en cuenta que éste, se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante

experiencias comunes, los participantes intercambian ideas, de forma que sus opiniones pueden ser confirmadas o contestadas por otros participantes. (Silveira, 2015)

En este caso los criterios de inclusión son las personas con las que se mantuvo algún tipo de interacción social presentes en Canadá, Alemania y Estados Unidos considerados como migrantes de corto o largo plazo, y teniendo como excluyentes a personas nativas del lugar en donde se encontraba la autora.

Se llevó a cabo un muestreo accidental o consecutivo, dado que el cuestionario estuvo disponible online desde el mes de junio de 2024. Para este trabajo, se comenzó el proceso de análisis de los datos una vez que el cuestionario fue respondido por 22 personas.

Con el objetivo de proteger la identidad y los datos personales de los informantes, sólo se les pidió datos de nacionalidad, con la intención de fomentar su participación y libre expresión. Asimismo, al inicio del instrumento se informó a los participantes sobre los propósitos del cuestionario y el uso que se haría de la información recopilada, que sería exclusivamente académica. La nacionalidad de los informantes en su totalidad se encuentra en América. (Véase Figura 15).

Figura 15. Distribución de nacionalidad de informantes



Fuente: Elaboración propia.

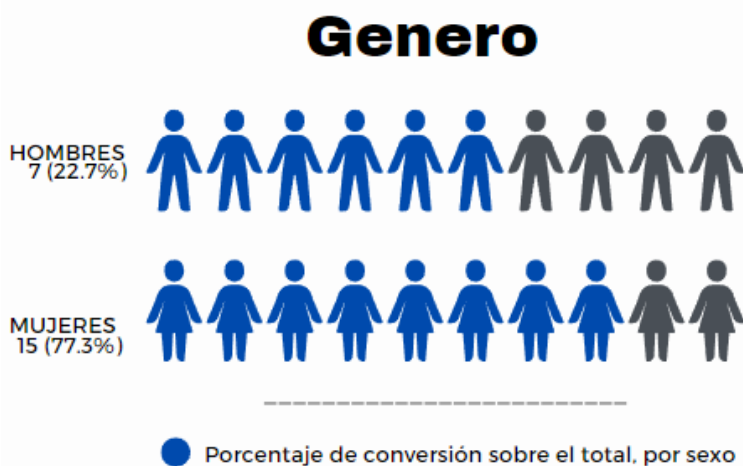
Mostrados en el siguiente gráfico (véase Figura 16), la edad de los participantes, desde los 18 años a 54 años, con una mediana 34 años, y un promedio de 35.5 años. En la distribución por género, una cuarta parte son hombres y tres cuartas partes son mujeres. (véase Figura 17).

Figura 16. Distribución de edad.



Fuente: Elaboración propia. (2024)

Figura 17. Distribución por género



Fuente: Elaboración propia. (2024)

2.5 Procedimiento y Cautelas éticas

Como parte de los recaudos éticos, se entregó información escrita (una carta) a los informantes en la que se detalla el objetivo de la estancia de la autora en el lugar. Además, en el documento se solicitó el consentimiento de los participantes y se ofreció una breve explicación sobre la técnica antropológica de la observación participante. En el documento, se solicitaba también el permiso de los participantes, para tomar fotografías para enriquecer la investigación, solicitando asimismo el consentimiento para el uso de dichas imágenes. Si algún participante no deseaba que su rostro apareciera en el trabajo final, se dispuso de una casilla para expresar dicha voluntad. La participación en el estudio requirió la firma de la carta de consentimiento informado. Este documento se encuentra en el Anexo 1.

Durante sus primeros viajes la autora conoció a la Familia W y la familia G en 2022, dado que conocen a una persona en común que los presentó, dos años después en 2024, la autora regresó para realizar un trabajo de fin de máster sobre conceptos de atención en procesos de salud enfermedad, por lo que las familias aceptaron, lo que le permitió a la autora saber la forma en la que se viven los procesos de salud enfermedad en Alemania y Estados Unidos, mientras que en Canadá la autora se encontraba por estudios.

La autora utilizó un cuaderno de notas como diario de campo, a manera de herramienta. para escribir lo que consideraba relevante según los objetivos planteados. Además, se empleó una cámara fotográfica para capturar imágenes que ilustraran lo escrito en el cuaderno de notas. Posteriormente, se realizó un análisis de contenido cualitativo. “Para el propósito presente, la observación participante será definida como una estrategia de campo que combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista a sujetos e informantes, la participación y observación directa, y la introspección”. (Fernández, 2009)

Así, se revisó reiteradamente el diario de campo y las fotografías, lo que permitió crear categorías y luego reflexionar sobre ellas para escribir las interpretaciones por temas.

Con respecto a los datos recogidos de los cuestionarios, una vez que se recopilaron los datos, se procedió a realizar un análisis de contenido cuantitativo, y se cruzó con un análisis

de tipo cualitativo, que utiliza un conjunto de técnicas de organización de comunicaciones/informaciones - un procedimiento frente a datos cualitativos para hacer surgir temas/tópicos y conceptos/conocimientos. (Campos y Turato, 2009). El análisis también se basa en la Teoría Enraizada de Glaser y Strauss (1967).

El proceso comenzó con la división de las opiniones en unidades de significado, a las cuales se les asignaron códigos. En la técnica de codificación libre, estos códigos no están predefinidos, sino que emergen de la revisión de los datos. Tras la codificación, se agruparon los códigos relacionados en categorías y se crearon tablas para su análisis. Posteriormente, se reflexionó sobre las relaciones entre las categorías y, como complemento gráfico, se generaron nubes de palabras que mostraban las palabras más mencionadas en las respuestas a cada pregunta abierta.

2.6 Resultados

2.6.1 Acceso al campo: Hallazgos de la Observación participante

En la etapa cualitativa se realizó observación participante durante 11 semanas en tres diferentes campos. Se realizó un análisis de datos cualitativos, donde se identificaron los temas y patrones comunes en las percepciones y experiencias de los migrantes, y su desenvolvimiento en un nuevo entorno cultural. Los hallazgos se estructuraron en cuatro bloques temáticos para cada uno de los países, en los que se abordan las siguientes categorías:

1. Comunidad y entorno migratorio
2. Calidad de vida en el nuevo entorno
3. Procesos de Salud y enfermedad
4. Relación con la naturaleza y los ancestros

2.6.1.1 Canadá

- 1. Comunidad y entorno migratorio*

Victoria (véanse Figuras 18 a la 28) es una pequeña localidad, llena de vida hasta las 6 pm de la tarde, después de esa hora, el comercio cierra sus puertas, incluyendo plazas comerciales, los locales abiertos son pub y los dedicados a las convivencias sociales tipo night-club

Figura 18. Casas flotantes en Fisherman's Wharf



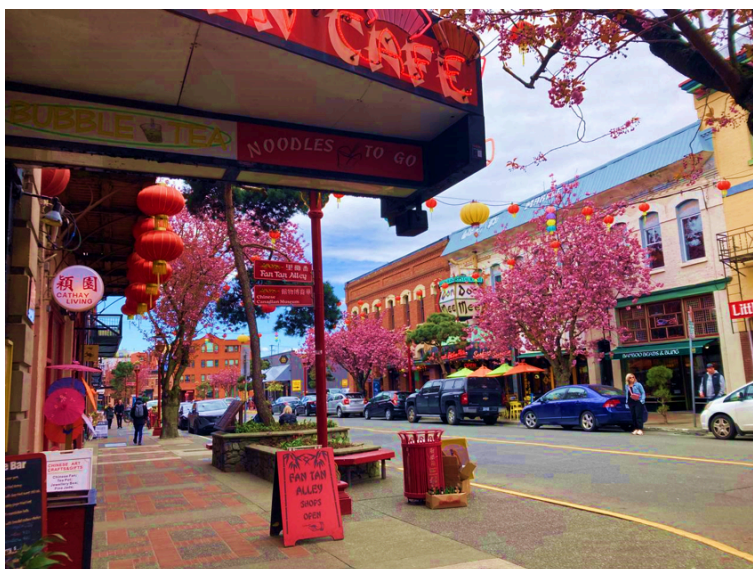
Fuente Propia (2024)

Figura 19. Reunión “Círculo de salsa”



Fuente propia (2024)

Figura 20. Barrio Chino, Victoria.



Fuente propia (2024)

El clima suele ser frío, y con lloviznas la mayoría del tiempo, por lo que las actividades al aire libre (Outdoor) dependen de la revisión diaria del clima y las previsiones meteorológicas para planear las actividades, sobre todo en fines de semana.

Figura 21. Actividades de caminatas. Victoria.



Fuente propia (2024)

Los migrantes mantienen y se adaptan a sus identidades culturales en el nuevo entorno, preparan su comida tradicional y se reúnen en grupos para compartir y degustar los alimentos de su lugar de origen, en esta ocasión la autora probó arepas hechas de manera artesanal por manos colombianas.

En este contexto el entorno de pertenencia a un grupo es importante, dado que compartir la lengua, ayuda a mantener la identidad cultural, no obstante, todas las presentes en la reunión hablaban un inglés muy fluido, por lo que se adaptaron al idioma de una manera constante por el uso diario.

Figura 22. Preparación de arepas colombianas



Fuente propia (2024)

Por otra parte, como redes de apoyo son amigos, y en ocasiones familias, se observa que dependiendo de la región geográfica de nacimiento y el lenguaje que se habla, los grupos sociales migratorios se forman por latinos, origen asiático y de origen europeo.

Figura 23. Autora con un grupo social de origen latinoamericano



Fuente propia (2024)

No obstante, como parte de la gran afluencia migrante que existe en Victoria se lleva de manera rutinaria el intercambio cultural y la interacción social con personas de otro origen étnico, compartiendo el lenguaje nativo del lugar, inglés, por lo que la multiculturalidad está presente en el día a día en la sociedad.

Figura 24. Autora con un grupo social de origen asiático.

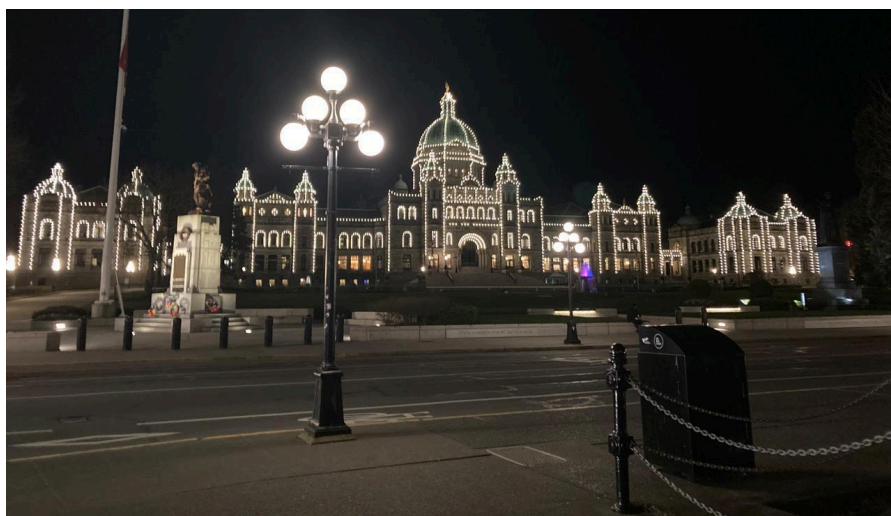


Fuente propia (2024)

2. Calidad de vida en el nuevo entorno

Un tema común entre las pláticas con los inmigrantes era el nivel de seguridad que podía percibirse, y la amabilidad de la gente en general, a los choferes de autobuses siempre se les dice gracias cuando las personas bajan del autobús, y en muchas de las ocasiones los choferes contestan este agradecimiento.

Figura 25. Parlamento. Victoria.



Fuente propia (2024)

Por otra parte, las actividades físicas de senderismo, caminatas, paseos en bicis, y los corredores (runners) es palpable y visible en la localidad, dado que victoria está lleno de vías para los ciclistas, además de verse gente corriendo por toda la localidad todos los días, a todas horas, a pesar del clima, algunos conocidos recién llegados entraban a gimnasios casi de inmediato por la influencia externa del entorno, y lo que significaba estar en forma, es poco frecuente ver gente con sobrepeso y obesidad en etapa juvenil.

Una de las formas en la que se transmite la cultura es a a través de la comida, en Victoria, la comida típica es pescado frito con papas fritas y Poutine, una especie de papas fritas con aderezo, esto por herencia británica, la mayoría de la comida que hacen los canadienses es por adopción extranjera, de hecho, los latinoamericanos se quejaban constantemente de la comida, la cual referían “no tiene sabor”.

Figura 26. Comida tradicional canadiense. pescado frito y papas fritas. Victoria



Fuente propia (2024)

La autora en alguna ocasión habló con inmigrante norteamericano y uno italiano, de 32 y 35 años de edad respectivamente, ambos comentaron que se casaron con una canadiense y recibieron todos los beneficios de sistemas de salud gratuito y educación gratuita, sus ex esposas ahora son sus “sponsors” (patrocinador de nacionalidad), y mantienen una buena relación con ellas, aunque ya no son pareja.

3. Procesos de Salud y enfermedad

Percibí en alguna ocasión que las personas que padecían migraña (dolor de cabeza) utilizaban té y medicamentos de venta libre, no obstante, la mayoría de los inmigrantes que conocí tenían un seguro médico,

Recuerdo alguna vez platicar con una profesora de inglés sobre los paradigmas de atención convencionales, ya que ella refería que para atender las enfermedades estos tratamientos deben de ser holísticos, para tratar las causa raíz de su malestar, referían entonces los

canadienses con lo que hablé que requerían que el individuo esté activo para prevenir síntomas adicionales.

El seguro médico para los canadienses es gratuito incluso para las personas “sin hogar”, algunos del canadiense que conocí referían pagar por terapias de medicina alternativa y de origen natural. Los latinoamericanos por su parte, referían que acudir al servicio médico era triste y malo porque faltaba personal de salud para atender a la población.

Figura 27. Tienda de consumibles y especias para latinoamericanos.



Fuente propia (2024)

Cuando se habló con la comunidad en general, de latinoamericanos y asiáticos, los individuos que refirieron antecedentes de enfermedades a largo plazo, continuaban con el sistema de medicina de tipo biomédico mientras complementaban sus tratamientos con medicamentos de base orgánica y remedios naturales.

4. Relación con la naturaleza y los ancestros

En Victoria, dada la cultura aborígen y de indios, se observan múltiples tótems, que son representantes de la tracción aborígen de la región, y las escuelas oficiales ofrecen programas de acupuntura y medicinas alternativas, de origen asiático.

Figura 28. Tótem en Victoria.



Fuente propia (2024)

Dentro de las actividades que compartía la autora con los migrantes que conoció era el senderismo los fines de semana, y la relación con la naturaleza, en alguna ocasión una latinoamericana convenció a la autora a abrazar a los árboles cada vez que realizaba senderismo, y en otras ocasiones se encontraba con venados y ciervos, cuando se realizaban las expediciones.

Alemania

La observación participante se desarrolló durante 2 semanas. Es este lapso la autora se hospedó con la familia W. Los ítems observados son:

1. Comunidad y entorno migratorio

La familia W, son una pareja joven que inician su vida como padres y tienen una beba que cumplió un año durante la estancia de la autora, son de origen brasileño, por lo que para hablar con la autora tenían que utilizar el inglés, la familia suele frecuentar amigos de origen brasileño, aunque llevan más de 10 años instalados en el centro de Múnich, el lenguaje de alemán es fluido entre ellos, sin embargo, en casa se habla su idioma nativo, si bien la autora no sabe hablar del todo portugués, lleva familiarizada con este idioma más de un año por lo que fluían las situaciones de convivencia de una manera más natural.

En alguna ocasión el abuelo de la familia W, refirió: “cuando llegas a Alemania es frecuente que al inicio todos tus amigos sean de tu nacionalidad, los alemanes no se abren con frecuencia a los extraños, sin embargo, cuando tienes amigos alemanes, estos son para toda la vida”.

Figura 29. Beer Garden en Múnich.



Fuente propia (2024)

En una ocasión, se percibió el sistema de respeto de los alemanes, estaba caminando el abuelo y el padre de la familia W, cuando sin previo aviso comenzó a llover, por lo que comenzaron a caminar más rápido dado que no llevaban sombrillas, sin embargo en el cruce de la avenida, el semáforo se encontró en rojo para peatón, por lo que tuvieron que esperar a que la luz verde se encendiera para poder cruzar, pese al agravamiento de la llovizna, la autora se percató de una madre con un carriola y su bebe, sin embargo, todos esperaron a la luz verde para el peatón, aun, cuando no circulaba ningún auto en la avenida.

Figura 30. Familia W.



Fuente propia (2024).

2. Calidad de vida en el nuevo entorno

La familia W, me refería que no querían comprar un auto, dado que el sistema de transporte funciona bien, además de que conseguir un lugar para aparcar es difícil, los taxis son BMV de color amarillo y la mayoría de los lugares son completamente caminables además de tener pista para ciclistas dentro de las aceras, para la autora fue difícil al principio observar para ambos lados cuando caminaba por las aceras para evitar ser atropellada por una bicicleta.

Figura 31. Comida típica alemana.



Fuente propia (2024).

La comida típica alemana se basa en salchichas, cervezas, chamorros de cerdo, col y patatas. La familia W está muy bien adaptada a su entorno, durante su estancia la autora conoció a los hermanos y cuñados de la familia W, en ninguna ocasión se comió comida brasileña, y cuando se acudía a restaurantes se acudían a los tradicionales en Múnich.

Figura 32. Feria en Múnich.



Fuente propia (2024).

3. Procesos de Salud y enfermedad

La primera vez que la autora acudió a la farmacia y a preguntar a la boticaria sobre un medicamento para la gripe, el primer medicamento de venta libre que se ofreció fue a base de homeopatía y plantas naturales, por lo que para sanar la gripe solo tomo 2 capsulas verdes cada ocho horas, muchos líquidos y reposo.

La madre y el padre de la familia W, referían que ellos usan homeopatía desde que son pequeños, solo acuden al médico cuando sus síntomas no mejoran, incluso cuando la madre de la familia W enfermó, se realizó lavados nasales en lugar de acudir al doctor, eventualmente se recuperó.

4. Relación con la naturaleza y los ancestros

La familia W, proviene de Brasil, por lo que refieren no conocer del todo los ancestros de la capital de Bavaria, sin embargo, refieren dentro de las actividades con la naturaleza, sus amigos salen a actividades fuera de la ciudad cada que es posible; las familias en Múnich compran pequeños terrenos fuera de la ciudad para pasar ahí los fines de semana o cuando hay buen tiempo, ya sea podando el pasto o tomando el sol en bikini.

El cambio de las estaciones en Múnich es muy marcado, se nota la presencia del invierno con nevadas y climas muy fríos, porque no pueden salir ni realizar actividades sociales, por lo que en época de primavera y verano se abren los espacios denominados Beer Garden, que son lugares al aire libre con bancas que comparten con otras personas, donde se vende comida, y cerveza en abundancia.

Muchas personas toman el sol a lado del río, y entran a nadar en los pequeños lagos que rodean la ciudad.

En una reunión de cumpleaños de un brasileño, la autora conoció a varios inmigrantes, los cuales refirieron que preferían otros inmigrantes para salir.

Figura 33. Centro de Múnich.



Fuente propia (2024)

2.6.1.2 Estados Unidos

La observación participante se desarrolló durante 2 semanas. En estas semanas la autora se hospedó con la familia G.

1. Comunidad y entorno migratorio

La familia G, es una pareja madura con 3 hijos pequeños, dos gemelas, hablan el portugués nativo y el inglés con fluidez, ellos tienen más de 20 años viviendo en Estados Unidos, se han adaptado perfecto al entorno puesto que en lugar donde viven casi no hay inmigrantes de origen latino, la comida que prefieren es de la región de Asia, les gusta comer dumplings y fideos chinos, además de las hamburguesas.

Se vive cerca de un lago por lo que la vista es hermosa todos los días, lo malo de la cercanía al lago, fue que en la época de primavera los mosquitos son los primeros en verse en el horizonte, las actividades que se realizan es navegar en un tipo de bote en forma de tabla, para tomar el sol de fin de semana, y las actividades de fútbol soccer para los niños en domingo, en el partido de fútbol de los hijos de la familia G, se encuentran personas de otras nacionalidades, llamó la atención de la autora la forma en la que los padres norteamericanos, se reflejan en sus hijos por la forma en la que se entusiasmaron y gritaban cuando los niños jugaban al fútbol (niños de 5 años), pareciendo que estaban en la final de una copa.

Figura 34. Lago de Reston



Fuente propia (2024)

La familia G me comentaba una anécdota en Francia, recuerda la madre de la familia G, que en París buscaron una conocida cadena de hamburguesas, porque no les apetecía otro tipo de comida estando allá.

Figura 35. Comida típica americana.



Fuente propia (2024)

La autora fue a Washington DC, ya que queda a 40 minutos en auto, a visitar los lugares más emblemáticos como la estatua de Martin Luther King, recuerda que la vista frontal es tiene escrita una leyenda, y al darle la vuelta a la piedra, se encuentra la figura tallada en piedra de este personaje, pudo observar entonces, que acudían norteamericanos a tomarse la foto en la parte frontal, sin embargo, no se daban la vuelta para ver la imagen tallada, la autora se quedó ahí para observar esa conducta que ocurrió en múltiples ocasiones.

Se cuenta con mini súper a 10 minutos en auto, pero la autora prefería caminar a los que los norteamericanos (amigos de la familia), no entendían el porqué de caminar, refirieron a la autora más tarde, la familia G, que la caminata se considera de gente que no tiene un recurso económico alto para comprarse un auto.

2. Calidad de vida en el nuevo entorno

El promedio de autos a simple vista cuando la autora salía correr era de 2 autos por casa, definitivamente Norteamérica no es un lugar para caminar. La seguridad es notable en los suburbios de Reston, incluso la gente cuando sale a pasear a su perro más del 50% se encontraba hablando por teléfono distraído de su entorno. Actitud habitual incluso con los padres de la familia G, que suelen hablar por teléfono a menudo, y sus amigos llevan audífonos incluso en las reuniones sociales.

En una actividad común entre norteamericanos, la autora se encontraba en una carne asada con la familia G, y los amigos de ellos, un amigo del padre de familia G, es de filipinas, él y su esposa inmigraron por que encontraron mejores oportunidades y mejores salarios en EU, que en su país natal.

Estados Unidos al ser el primer país con mayor número de inmigración existen supermercados gigantes con comida de todo el mundo dividido en secciones por países, donde es posible comprar verduras, dulces y congelados.

Figura 36. Calamar en bolsa para venta.



Fuente propia (2024).

La cultura de la demanda legal, es común en Estados Unidos, se nota porque en todos los envases y productos tienen etiquetas de posibles peligros, la autora fue al supermercado asiático a comprar hongos para la familia G, no se había percatado que la etiqueta decía “este producto puede contener mercurio y otras sustancias tóxicas presentes en el mar, por lo que su uso podría ser cancerígeno”, pero aun así lo vende, la autora quedó impactada.

3. Procesos de Salud y enfermedad

Estaba hospedada en casa cuando un día, me refieren los padres de la familia G, que una de sus hijas tiene una “bolita” en la espalda, eso les genera mucha ansiedad y preocupación, ya habían estado investigando en redes sociales y en internet, y solo encontraban malos pronósticos, si bien la autora es médico, no puede ejercer su profesión en otro país sin tener que homologar el título con las autoridades correspondientes, a lo que el consejo fue hablar con el pediatra correspondiente y tomar los estudios que indicará el profesional, puesto que el internet aunque es una herramienta útil para la información también no es exacto ni personalizado para un individuo.

Me refirió el padre de la familia G, que cuenta con seguro de gastos médicos mayores, sin embargo, su cita estaba dentro de un mes, bajo las protestas de la esposa consiguieron la cita en 5 días, aunque el costo fue mucho mayor de lo esperado, no obstante, la calma que les dio el análisis valió el costo, afortunadamente la niña pequeña no tenía más que una contractura muscular.

Un amigo de la familia W me refería que la cultura de la demanda es tan común que los médicos pueden demandar a sus pacientes si estos no les pagan, no obstante, se tiene toda la tecnología en las instituciones de salud y a los médicos especializados en todas las ramas.

4. Relación con la naturaleza y los ancestros

En los Estados Unidos de Norteamérica su relación con los ancestros es a través de la religión. La cantidad inmensa de migrantes hace que existan iglesias de todo tipo por la localidad, dependiendo de la religión es común pedir gracias a su dios antes de las comidas.

Por la parte de la relación con la naturaleza, recientemente ha surgido un movimiento “wellness” de bienestar y se está prefiriendo sobre todos los productos de base orgánica, libre de pesticidas, además de dietas libres de gluten.

2.6.2 Hallazgos de las encuestas

Para evaluar de manera integral las percepciones sobre los sistemas de salud en un contexto multicultural, se integraron y analizaron de forma cruzada diversas codificaciones con resultados estadísticos. Esto permitió observar cómo las creencias afectan las percepciones de los individuos, influyendo directamente en el proceso de pensamiento, el cual incluye varias etapas interrelacionadas: conocimiento, toma de decisiones y ejecución.

Por ello, inicialmente, se valoró el conocimiento desde la perspectiva de la medicina tradicional, abarcando barreras de conocimiento. Posteriormente se analizaron las percepciones y creencias individuales sobre prácticas de medicina occidental y tecnología en salud, donde se observan, barreras enfrentadas para su uso, de accesibilidad y

asequibilidad. Así mismo se contrastaron las percepciones y opiniones en el uso y la satisfacción con respecto al uso de MT frente a la biomedicina. Finalmente, analizamos la posibilidad de identificar perfiles epidemiológicos, tratamientos y atención médica basados en la cultura, rituales, tradiciones y costumbres. De esta forma, validar la coexistencia de ambas aproximaciones.

1. Indagación sobre la familiaridad y conocimientos de la medicina tradicional por parte de informantes residentes en diferentes países y de diferentes procedencias.

Para valorar el conocimiento acerca de este tema en los individuos se va a abordar el conocimiento por familiaridad, dado que este no está mediado por ningún tipo de inferencia o de concepto (Gómez Gutiérrez, 2016). Prefiriendo el término familiaridad por ser una palabra con enfoques más dinámicos para el estudio.

La familiaridad según la Real Academia Española, se refiere al contacto habitual, la facilidad, naturalidad y desenvoltura, en este caso sobre un tema. La familiaridad integra dos principales ejes (Edeso, 2005).

El grado de conocimiento previo: Qué tanto sabe la persona sobre el tema en términos generales y la experiencia previa que tenga.

Comodidad y confianza sobre el tema: incluye el grado de reciprocidad que siente la persona al discutir o trabajar con el tema, lo que se consideraría también como empatía.

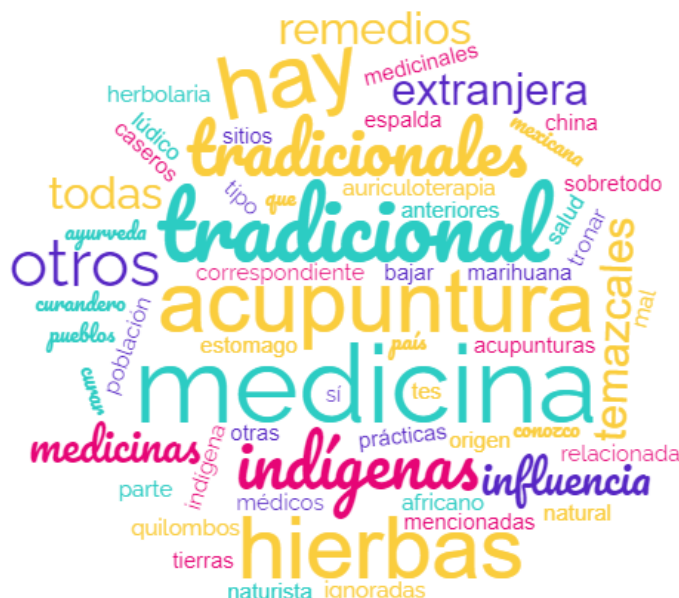
Cuanto mayor sea el conocimiento y empatía, menor será la distancia social compartida entre los interlocutores, y mayor puede ser la comodidad y confianza entre ambos (Edeso, 2005). Por tanto, para valorar la familiaridad de esta, analizamos el grado de conocimiento que tienen acerca de la MT, y por otro lado la comodidad y la confianza. Detectando al mismo tiempo, alguna barrera de conocimiento (familiaridad) que serían posibles obstáculos, los cuales impiden utilizar esta práctica.

Se les preguntó a los informantes sobre el conocimiento acerca de sus propias medicinas tradicionales. Encontrándose lo siguiente:

Los mexicanos reconocieron sus tradiciones y refieren a la medicina tradicional mexicana como una riqueza cultural, dado que la medicina popular es una costumbre habitual, a su vez, la asocian a los indígenas y a las tradiciones antes de la colonia, por su parte los brasileños también reconocen la riqueza cultural de su país, no obstante algunos desconocen en donde se practica este tipo de medicina, y otros reconocen que su medicina tradicional está asociada a las culturas africanas que llegaron al país en épocas de esclavitud, los inmigrantes de Colombia, Chile también asocian su medicina tradicional la población indígena que utiliza hierbas, el informante proveniente de la India indico que la religión es una parte importante donde el sincretismo hace su aparición en la medicinas tradicional aryuveda, además de la comida, dando un enfoque holístico e integrando practicas diarias en cuidado de salud, físico, mental y espiritual, por su parte el norteamericano refiere que la medicina tradicional que conoce es extranjera, propiamente de origen asiático (chino) y occidental (naturopatía, homeopatía), en general las respuesta infieren que hay medicinas tradicionales propias con los indígenas de su región, y también refieren que hay medicinas tradicionales extranjeras que llegaron a sus países de alguna forma.

Ante la pregunta de si en el país de origen se tiene algún tipo de medicina tradicional, en la Figura 37 se aprecian las respuestas obtenidas por los participantes. Los informantes de las encuestas son procedentes de alguna parte de América, en donde se informa que existe la medicina tradicional latinoamericana, y de ascendencia africana en países donde la esclavitud se entremezclo con el tejido social, además de las medicinas tradicionales de origen extranjero como son las asiáticas, y occidentales.

Figura 37. Medicina tradicional del país natal



Fuente: Elaboración propia. (2024).

En cuanto a si habían escuchado los principios que subyacen a la medicina tradicional, como es el equilibrio de los elementos en el cuerpo, la importancia de los rituales y el papel de la energía espiritual en la sanación, un 64% respondió afirmativamente, frente a un 36% que lo hizo negativamente.

Se preguntó a los informantes en las encuestas si conocían los principios de medicina tradicional el 64% respondió que sí, estos mismos informantes al preguntarles si conocían los beneficios de la medicina tradicional refirieron también que si, por lo que los informantes que entendían los principios de las MT, también conocían cómo funciona la medicina tradicional. Un 36% refirió que no conocían los principios de la medicina tradicional (véase Tabla 6)

Tabla 6. Conocimiento de principios y beneficios en medicina tradicional

	Si	No
Conocimiento de los principios de medicina tradicional	64%	36%
Conocimiento de los beneficios de la medicina tradicional	64%	36%

Fuente: Elaboración propia

En quienes respondieron negativamente, se detectó la barrera de conocimiento educacional, no en cuanto al grado académico sino por el hecho de que la práctica de medicina tradicional se transmite de manera oral, por lo que se limita el acceso a información detallada y estructurada, que podría estar disponible en textos académicos o investigaciones científica.

Para valorar un parte del segundo componente de la familiaridad, la comodidad, durante la entrevista, los informantes reconocían haber escuchado la medicina tradicional, dentro sus percepciones algunos reconocían que no están familiarizados (5%); los que la utilizan (5%), la consideran complementa a la medicina occidental (5%). También piensan que la MT está cargada de diversidad, historia (5%) aunque está infravalorada (14%). Aunque un porcentaje indica que es efectiva (23%), otros (5%) reconocían que debía ser realizada por manos expertas, y otros tenían opiniones neutras acerca del tema (5%) (véase

Tabla 7). En esta fase se nombran por primera vez, las creencias, un importe componente de la simbología asociada a las percepciones que se verán más adelante.

Tabla 7. Análisis de familiaridad MT

Ítems	Resultado cuantitativo (%)	Resultado Cualitativo
Complementariedad con la medicina occidental	5%	“Es muy buena siempre y cuando no dejes de acudir al médico” (Femenino, 37 años, México)
Creencias	5%	“Creo mucho en la medicina natural” (Femenino, 35 años, México)
Desinformación	5%	“No estoy lo suficientemente familiarizado como para emitir una opinión informada. Mi percepción es que pueden ser efectivos, pero hay pocos datos que demuestren que lo son y el mecanismo de la terapia no se comprende bien” (Masculino, 50 años, Estados Unidos)
Diversidad cultural e histórica	5%	“Las mismas representan la diversidad cultural e histórica de nuestro país” (Femenino, 25 años, México)
Efectividad percibida	23%	“Son una buena alternativa” (Masculino, 35 años, México)

Ítems	Resultado cuantitativo (%)	Resultado Cualitativo
		“De las que se han practicado en casa, que son muy efectivas” (Femenino, 52 años, México)
		“Realmente considero que son efectivas” (Femenino, 29 años, Chile)
		“En mi opinión las medicinas tradicionales han sido de gran ayuda y la mayoría de sus procesos son efectivos y prácticos” (Femenino, 26 años, México)
		“Me parecen efectivas” (Femenino, 40 años, México)
Personalización	5%	“Son importantes, sobre todo si se conlleva el contexto donde son utilizadas. No creo que deben ser utilizadas por todos los médicos, tampoco con todos los pacientes o en un contexto cualquiera”. (Femenino, 33 años, Brasil)
Infravaloración de la medicina tradicional	14%	“Creo que es buena, pero está infravalorada” (Femenino, 35 años, México)
		“Son alternativas que tendrían que ser tomadas más en serio” (Femenino, 23 años, Colombia)
		“Pienso que la medicina tradicional es muy rica, aunque poco valorada por los médicos y por las escuelas de medicina en general. Me hubiera gustado aprender más de la medicina tradicional en la facultad” (Femenino, 33 años, Brasil)
Necesidad de reconocimiento	9%	“Deberían reconocerse en los sistemas de salud occidentales” (Femenino, 32 años, Colombia)
		“Los conocimientos antiguos están probados” (Masculino, 54 años, Brasil)
Naturaleza	5%	“Que son una forma natural de solucionar problemas leves”. (Femenino, 25 años, México)
Opiniones neutras	5%	“Está bien para la gente que lo cree y la llegue a usar” (Femenino, 19 años, México)
Importancia de la expertos	5%	“Creo que son una buena alternativa, siempre y cuando sea llevada a cabo por gente experta en el ramo” (Masculino, 29 años, México)

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la valoración en cuanto a la confianza en la MT, en el cuestionario se les preguntó si podrían considerar usar la medicina alternativa. Al respecto, el cien por ciento de los individuos respondió afirmativamente. El 86%, respondió que confiaban en ella para el tratamiento de los malestares leves mientras que un 9% consideraba que se podría utilizar para tratar malestares graves (véase Tabla 8)

Tabla 8. Confianza en la MT

¿Tienes confianza en la medicina tradicional para resolver malestares mínimos, graves o ninguno?	Resultados
Mínimos	86 %
Graves	9 %
Ninguno	5 %

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al 5% que indica que no tiene confianza en usarla, puede que exista una barrera cultural, que es la de enfrentar el escepticismo, y la falta de reconocimiento hacia la medicina tradicional. Probablemente también exista una barrera de tipo motivacional: la falta de reconocimiento, puede desincentivar el interés en los individuos a emplear este conocimiento ancestral.

2. Indagación sobre las percepciones acerca de la medicina occidental y la tecnología en salud

Para evaluar las percepciones de los sistemas de salud en un contexto multicultural, se integraron las diversas codificaciones proporcionadas por los informantes a lo largo de la investigación. En la Tabla 10 se puede observar cómo existe una marcada influencia de las creencias que determinan incluso la decisión final acerca del uso.

Véase como ejemplo, el caso de la mujer de Perú, quien, ante la decisión de comprar un medicamento muy costoso, prefirió no comprarlo, o la información de la mujer de Brasil en donde las concepciones de status social, delimitan la toma de decisiones en cuanto a la forma del nacimiento de los hijos. En Brasil, la cesaría parecería estar de moda.

Tabla 9. Experiencia en servicios biomédicos

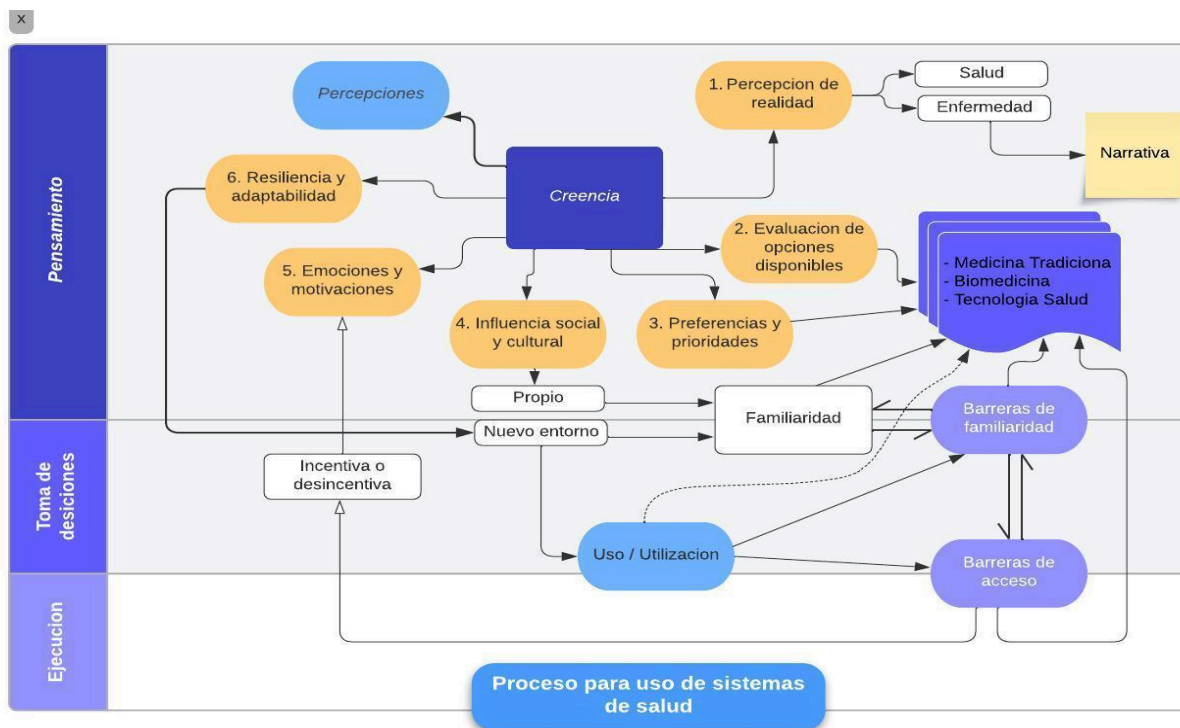
Ítem	Código	Resultado Cuantitativo %	Resultado cualitativo
Cambio cultural, adaptabilidad	Choque cultural	32%	“El sistema de salud en Alemania es diferente, lo más chocante para mí fue ver a los pacientes que pueden fumar durante su estancia hospitalaria, independiente de su padecimiento” (México, Femenino 40 años, enfermera en hospital en Alemania)
Preferencias y prioridades	Consulta presencial	5%	"He intentado hacer telemedicina con un amigo doctor de Brasil, pero como no podía explorar a mi paciente, no era posible saber con exactitud que tenía, tuve que ir presencialmente a consulta” (Mujer, Brasil 48 años)
Evaluación de opciones	Costoso	23%	“Dentro de mis cuidados generales por salud es uso de probióticos, en esta ocasión eran probióticos vaginales, o simplemente puedo hacer un preparado casero con probióticos de uso personal con yogurt, en esa ocasión, no los compraré, era demasiado costoso” (Mujer, 50 años, Perú, residencia Alemania)
Adaptabilidad	Creencias	36%	“Por lo general no tomo medicamentos, y la única vez que fui al hospital fue para la atención del nacimiento de mi primera hija, en una casa de parto, donde después de 5 cm de dilatación se coloca bloqueo con anestesia para continuar con el trabajo de parto sin dolor, cuando hubo una complicación me llevaron de inmediato a un hospital para brindarle atención inmediata. Me refiero, en mi país de origen Brasil, la mayoría de mis amigas tienen cesáreas ya que es lo más habitual y las cesáreas se asocian a un estilo de vida bien acomodado, dejando el parto natural para quien no puede pagar una cesaria” (Brasil, Mujer, 30 años)
Percepción de la realidad	Falta de personal	5%	“Usé mi seguro médico estudiantil, el sistema de salud en general era bueno, sin embargo, se notaba que hacía falta personal de salud como médicos y enfermeras para el volumen de paciente que había en ese momento, por lo que la percepción en la atención fue mala a nivel de espera”. (Mujer, 18 años, mexicana)

Fuente: Elaboración propia

Tras analizar las creencias, se esquematizó el proceso de pensamiento, influenciado por estas. Así, en la Figura 38 se puede observar cómo las creencias afectan la toma de

decisiones y la ejecución de dicha decisión para utilizar algún tipo de medicina o tratamiento de salud.

Figura 38. Proceso para el uso de sistemas de salud



Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar cómo las creencias, modifican las percepciones y tienen un impacto directo en diversas áreas de la vida de los informantes, tales como:

1. Percepción de su realidad
2. Evaluación de opciones
3. Preferencias y prioridades
4. Influencia social y cultural
5. Emociones y motivaciones
6. Resiliencia y adaptabilidad

La percepción de la realidad es la que da forma a conceptos de salud y enfermedad, compone símbolos asociados a la causa de los males (causa raíz), por lo que integra a su

vez una búsqueda por el origen de la enfermedad, y los enfermos les da una narrativa que ellos mismos se cuentan estando enfermos y otra que se desenvuelve en su medio social, cultural y ambiental.

Las creencias influyen en cómo evaluamos las diferentes opciones disponibles, ya que se toman decisiones basadas en los conocimientos que se tienen en ese momento; conocimientos aprendidos de manera familiar, social y cultural a través de diversas instituciones. Los familiarizados con la MT consideran a esta como una opción viable, en este apartado es útil recordar que existen barreras de conocimiento (familiaridad), en cuanto a la MT, la medicina occidental y también con las tecnologías médicas.

Para evaluar las diferentes opciones disponibles de los sistemas de salud, también se tiene que tomar en cuenta la accesibilidad y asequibilidad de estas, (véase Tabla 10), donde apreciamos cómo el 36% prefiere automedicarse, el 50% toma un remedio casero y solo el 14% acude directamente al médico.

Tabla 10. Conductas cuando se enferma

¿Cuándo enferma que es lo primero que hace?	Resultados %
Me automedico con algunos medicamentos de venta libre.	36%
Tomó algún remedio casero	50%
Voy al médico	14%
Total general	100 %

Fuente: Elaboración propia

Las creencias determinaron las prioridades y lo que consideran importante los informantes. Estas prioridades, a su vez, guiaron sus decisiones. Los informantes que preferían la rapidez en la atención, acudían a servicios médicos privados.

Por otra parte, las creencias compartidas en la cultura de los inmigrantes, influyen en sus decisiones individuales y decisiones colectivas, cuando estos migrantes se formaban en grupos por etnias, la cultura de la que formaban parte los migrantes, defienden la cultura que llevan arraigada, y se afianzaba en grupos de la misma región, esta cultura incrustada en el individuo es llevada al nuevo país receptor, y difícilmente removible, como parte de los hallazgos, la autora se pregunta si este arraigo cultural sería el causante de las conductas

anti inmigrantes, puesto que algunas migrantes no presentan el mismo nivel de adaptación a la nueva cultura, conservando ferozmente su cultura nativa, y presentaban zonas de fricción marcadas al cambio, conductas observables en otros individuos en especial los nacionales de la región, no obstante, este hallazgo da para otro investigación.

La confianza y las creencias están intrínsecamente relacionadas, ya que las creencias de los informantes forman la base sobre la cual se construye la confianza, para valorarla observamos que 82% deposita su confianza en que la biomedicina pueda tratar todos sus enfermedades, desde mínimas a graves, mientras el 18% no confía en la biomedicina para tratar sus malestares (véase Tabla 11). Por otra parte, la confianza también indica familiaridad con ese tema, como se observó en el objetivo 1.

Tabla 11. Confianza en la medicina occidental para resolver malestares mínimos y graves

Respuesta	Confianza en la medicina occidental para resolver malestares mínimos y graves
No	18 %
Sí	82 %
Total general	100 %

Fuente: Elaboración propia

Los comentarios de los informantes nos ayudan a apreciar las diferencias entre unos y otros:

“No me gustan los medicamentos excesivamente procesados que muchas veces son solo paliativos y no tratan la causa de las enfermedades”. (Hombre, 54 años, brasileño)

“Creo que la medicina alternativa desempeña un papel importante que frecuentemente se olvida en nuestra sociedad. Su práctica permite entender mejor el proceso salud y enfermedad, respetando los determinantes sociales y el contexto cultural de cada sociedad”. (Mujer, 33 años, brasileña)

“Me gustaba usar la medicina tradicional mapuche ofrecida en los machis, era “bacan” (Mujer 28 años, Chile)

“Pienso que las diferentes racionalidades médicas son complementarias y válidas. También creo que aún existen formas naturales de tratar ciertas enfermedades en

lugar de recurrir a medicamentos. Algunas personas me han comentado que resultan efectivas. Además, he tenido experiencias positivas con ellas y me han curado. (Mujer, 50 años, peruana)

“He utilizado remedios de los pueblos amazónicos para tratar la ansiedad, y familiares cercanos también han tenido buenos resultados. Me gustaría conocer más sobre estas prácticas. (Mujer 31 años, brasileña)

“Prefiero los métodos naturales primero porque suelen ser prácticos y aprovechan los elementos que la tierra nos ofrece”. (Mujer, 48 años, mexicana)

“Por lo regular no tomo nada, ni siquiera una pastilla, no conozco de medicina tradicional, yo solo ocupo cosas naturales libre de conservadores, refiere no consumir ningún tipo de medicamento, y tomar baños de sol junto con ejercicios de calistenia para mantenerse saludable, refiere que en su hogar usa ingredientes como cúrcuma, sales minerales para mantener su sistema inmunológico sano.” (Italia, Masculino 35 años,)

“Ocupó todos los días el limpiador de lengua, además de ser vegetariano por elección, en mi cultura no se come carne de vaca, pero eso también es opcional, el uso de esencia de rosas, cúrcuma, yuca, y chile es parte de mi cultura, y al mismo tiempo, tiene beneficios para la salud” (India, Masculino, 32 años,)

Las creencias también afectaron a cómo los informantes respondieron en la resiliencia y la adaptabilidad, si bien no está directamente relacionado al uso de medicinas tradicionales, las creencias de mejorar la calidad de vida, hizo que tomaran decisiones más audaces realojándose en un lugar diferente a su lugar de nacimiento, siendo conscientes o no del choque cultural que se iba a presentar en el nuevo destino, e hizo superar los obstáculos de adaptabilidad al medio, lo que aumentó la resiliencia en los migrantes, esto pudo observarse durante la observación participante.

Por último, valoramos las percepciones que tienen en tecnologías en salud, concretamente el uso de aplicaciones móviles en salud y el uso de telemedicina. En la encuesta, se les preguntó a los informantes si conocían los beneficios de utilizar aplicaciones médicas para

el cuidado de la salud, con el fin de evaluar el nivel de conocimiento (familiaridad) que poseía. Al respecto, el 41% indicó que sí lo conocían; en cuanto a la confianza, más de la mitad de los encuestados tienen confianza en las aplicaciones de salud (55%). No se indagó si conocían cómo se manejan sus datos personales en esas aplicaciones, o si importaba de donde tomaban las referencias para elaborar las aplicaciones (véanse Tablas 12 y 13).

Tabla 12. Conocimiento vs confianza en aplicaciones móviles

Respuestas	Conocimiento en los beneficios de usar aplicaciones médicas para el cuidado de la salud	Confianza en las aplicaciones de salud para controlar y dar seguimiento a tu salud
Sí	41%	55%
No	59%	45%

El porcentaje de personas que no tenían conocimiento acerca de los beneficios fue similar al porcentaje de confianza sobre ellas. Sin embargo, el 45 por ciento se mostró escéptico acerca del uso de aplicaciones para cuidar de su salud.

También se les preguntó si tenían aplicaciones móviles, encontrándose un 45% que no confiaba en ellas y por tanto, no las usa o no las tiene (véase Tabla 13).

Tabla 13. Porcentaje de informantes con aplicaciones en salud / Utilidad

Respuestas	Informantes con aplicaciones en salud	Utilidad
Sí	55 %	100
No	45%	0

Fuente Elaboración propia

Más del 50% de las personas tiene una aplicación de salud y el 100% de los encuestados que poseen una aplicación de salud en su móvil indican que les resulta útil (véase Tabla 13). Dentro de los usos que les dan las personas que tienen aplicaciones instaladas en su celular (Tabla 15), la mayoría son registros de salud con diversas finalidades. Lo más común es el uso deportivo (21%), seguido del seguimiento de la salud (21%), y control de ciclos fisiológicos (21%) en el caso de mujeres como es el control menstrual, además del sueño. En menor medida estos registros se envían a terceros para seguimiento (14%) y uso entre profesionales de la salud (14%) a manera de calculadoras y guías. El 7% y no menos importante, las emplea como apoyo en la gestión de citas a nivel institucional.

Tabla 14. Usos de aplicaciones móviles

Ítem	Resultado cuantitativo %	Resultado cualitativo
Mejora en la gestión	1 (7%)	“En México descargue y usaba App IMSS, que es una aplicación para sacar citas en el hospital público” (México, 35 años, masculino)
Monitoreo salud para terceros	2 (14%)	“Para mantenerme activa camino 10 mil pasos al día, me miro la cifra en el celular, y le envié las capturas a mi hijo” (Chile, 60 años, mujer)
Registro deportivo	3 (21%)	“Lo uso para rastreos deportivos” (Colombia, 23 años, mujer) “Fitness tracker, rastreador de actividad física” (Estados Unidos, 50 años, masculino) “Salud, registra mi ejercicio del día a día” (México, 18 años, mujer)
Seguimiento de la salud	3 (21%)	“Uso Apple Health y reviso mis pasos diarios en la aplicación de mi celular” (Brasil, 54 años, masculino) “App en Salud mide los pasos calorías, controla peso y talla” (México, 25 años, mujer) “Huawei Health. Sirve para medir la frecuencia cardíaca, Spo2 y estrés” (México, 29 años, masculino)
Uso en ciclos fisiológicos	3 (21%)	“En iPhone tengo para el ciclo menstrual” (México, 35 años, mujer) “Uso para el control del ciclo menstrual” (Brasil, 33 años, mujer) “Clue para monitorear mi ciclo menstrual y sleep para monitorear mi sueño” (Colombia, 32 años, mujer)
Uso por profesionales	2 (14%)	“Uso diversas, sobre todo para uso de mi profesión, UpToDate, Idade Gestacional, Guidelines” (Brasil, 33 años, mujer)

Fuente elaboración propia (20204)

Al final del apartado, a los encuestados, se les preguntó sobre el uso de telemedicina para atender su salud, cabe destacar que todos se encuentran en ciudades urbanizadas con todos los servicios intra y extra domiciliarios en Canadá, Alemania y Estados Unidos, donde el uso de la telemedicina podría ser más accesible y asequible, sin embargo, es una minoría quien emplea esta tecnología, pues solo el 23% la ha utilizado (véase Tabla 15).

Tabla 15. Uso de telemedicina

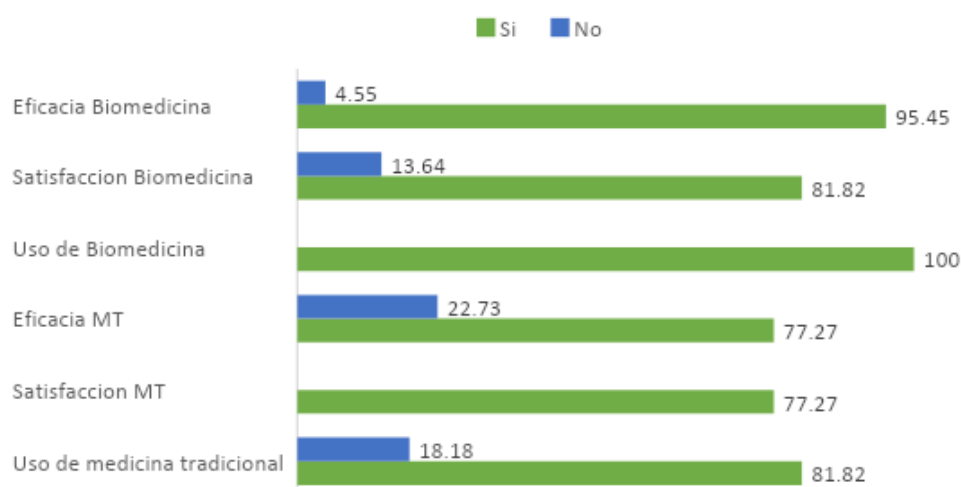
Respuestas	Uso de telemedicina
No	77%
Sí	23%

Fuente elaboración propia (20204)

3. Profundización en el uso y la satisfacción con respecto a ambas aproximaciones

En la Figura 39 se observa que el 100% de los entrevistados y/o encuestados han acudido a valoraciones con médicos en biomedicina. De estos, la eficacia alcanzó el 95% en cuanto a resolver las enfermedades desde mínimas a graves. Sin embargo, la satisfacción que se tiene en su uso es del 81.82 %, debido a alguna experiencia previa no grata, con áreas de mejora en el servicio, a su vez, los informantes indican que solo el 81.82% ha utilizado la medicina tradicional, en cuanto a su eficacia en el 77.27% de los informantes refirió sentirse satisfecho del tratamiento consultado, y el porcentaje de satisfacción fue del mismo 77.27% de los informantes a los que les resultó efectiva este tipo de terapia. Se puede observar cómo la eficacia percibida está directamente relacionada con la satisfacción en los usuarios de las terapias.

Figura 39. Uso, satisfacción y eficacia medicina tradicional y biomedicina



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la experiencia como usuarios en la medicina biomédica, los informantes indican que, dentro de los diversos problemas, los mayores problemas está la calidad del servicio (16.66%) y la escasa relación médico paciente (16.66%), aunado a un malestar en general (16.66%) debido a la conjugación de todas las quejas en el servicio, a esta le sigue la demora en el tiempo de atención y la comunicación de los agentes prestadores de los servicios de salud. (véase Tabla 16).

Tabla 16. Necesidad de mejoras de servicios biomédicos

ITEMS	Resultado cuantitativo N / %	Resultado cualitativo
Calidad	5 (16.66%)	"Siento que la atención y rapidez porque hay ocasiones que por atender rápido, no exploran bien al paciente" Femenino, 25 años, México "Mejorar el trato del personal de la salud, depende de su estado de ánimo cómo te tratan" Femenino 37 años "Sobre todo hay que mejorar la relación médico paciente" Femenino, Colombia 32 Años
Tiempo	3 (10.00%)	"Filas, registro de cuestiones históricas, cada vez que tengo que ir a un médico diferente, me hacen preguntas similares que ya hizo un médico anterior" Masculino, 54 años, Brasil " Si hablamos de instituciones públicas la atención rápida" Masculino, 35 años, México.
Comunicación	4 (13.33%)	"Creo que hay que mejorar sobre todo la comunicación entre médico-paciente. Creo también que hay que haber más generalistas y menos especialistas para que las Colas en los centros de salud no sean tan largas" Femenino 35 años, Brasil "Me gustaría que me informaran más sobre mis enfermedades" Femenino 18 años, México
Sensaciones y sentimientos	5 (16.66%)	"Me gustaría que mejoraran la empatía" Femenino 47 años, México "A veces siento que me escuchan, a veces no, y otras no me tienen paciencia" Femenino Chile 60 años
Falta de insumos	2 (6.66%)	"A veces no hay material necesario, tal vez somos muchos" Masculino 32 años, India "Es necesario mejorar los mecanismos de atención dentro de las instituciones de salud pública. Como lo es la atención al paciente, celeridad en los procesos, garantizar el acceso a medicamentos y tratamientos, así como mayor oportunidad de consulta". Femenino 35 años, Brasil
Malestar en general	5 (16.66%)	" En los servicios de salud pública todo: atención, puntualidad, trato, limpieza" Femenino, 52 años, México " La comunicación con el médico, la atención médica, la rapidez, el trato del personal de salud" Masculino 50 años, Estados Unidos
Organización	4 (13.33%)	"La atención y el tiempo de espera y el hecho de que no mantiene tus datos de forma organizada" Masculino 54 años, Brasil " Sobre todo la comunicación y la organización" Masculino 54 años, Brasil
Individualidad	2 (6.66%)	"Me gustaría un trato más personalizado y mejoraran el tiempo de atención" Femenino 35 año, México

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al uso de la biomedicina, ante la pregunta de ¿Has usado acudido a consultorios médicos privados para la atención médica? ¿Has acudido a consultorios médicos o urgencias del sector público de la atención médica? Los servicios de salud, ya sean públicos o privados han estado presentes en el 100% de todo el proceso de salud - enfermedad y atención, en las ciudades y provincias urbanizadas a nivel mundial.

Cuando las personas se enferman, en su mayoría comienzan acudiendo a remedios tradicionales (50%), que complementan con tratamientos farmacológicos de venta libre automedicación (36%), para finalmente ir al médico (14%).

En cuanto a la confianza en el tratamiento de los problemas de origen en la biomedicina, un 82% muestra confianza en la medicina occidental para resolver sus malestares, aunque solo un 14% indica que el tratamiento ofertado permitió que sus problemas remitieran plenamente, mientras que un 63% indica no estar seguro de tratar los problemas de raíz de la enfermedad y un 23% indica la no resolución del problema de trasfondo.

Es también llamativo cómo un 86% manifiesta preferir ser atendido en instituciones privadas, frente a un 14% que opta por las públicas. En cuanto a las mejoras necesarias en consultorios y hospitales, en la Figura 40 se aprecia la importancia otorgada a mejorar la atención.

Figura 40. Mejoras en medicina biomédica.



Fuente: Elaboración propia

Concretamente, los pacientes no encuentran suficiente:

- Comunicación efectiva: ya que no hay claridad y comprensión acerca de lo que los médicos explican acerca del diagnóstico, el tratamiento y en ocasiones no dan tiempo para responder a las preguntas que hacen.
- Empatía: dado que el personal sanitario no muestra comprensión y empatía hacia las preocupaciones del enfermo.
- Trato respetuoso y dignificante: Tratar al enfermo con respeto y consideración por lo que la percepción del cuidado recibido no es de los más agradable.
- Dedicación de tiempo adecuado con personalización del tratamiento: se tiene la percepción de que los médicos no dedican el tiempo necesario para cada consulta y hacen sentir al enfermo apresurado.
- Participación del paciente en la toma de decisiones: los enfermos no se sienten involucrados en las decisiones sobre su tratamiento por lo que a veces no suelen estar satisfechos y comprometidos.
- Disponibilidad: el tiempo y dificultad de las instituciones de salud, sobre todo públicas para otorgar las citas y la disposición del médico para atender emergencias, además de la falta de insumos que representan las instituciones.

Con respecto a la atención médica, la medicina biomédica está arrastrando un serio proceso de pérdida de humanidad, con graves afecciones en la relación médico paciente, esto, estrechamente relacionado a las esferas psicológicas y sociales de los enfermos, ya que estas áreas en la narrativa del individuo no suelen ser escuchadas en la práctica médica.

4. Identificación de posibles perfiles epidemiológicos, tratamientos y atención médica basados en la cultura, los rituales, las tradiciones y las costumbres

Un perfil epidemiológico es un análisis descriptivo de morbilidad y mortalidad, con estadísticas de enfermedad, asociadas a factores de riesgo teniendo en cuenta características, socio-demográficas, dado, que la finalidad del estudio, es observar la inferencia directa de la cultura en los procesos de salud, enfermedad y atención, los perfiles epidemiológicos basados en la cultura reflejan cómo las creencias, prácticas y contextos socioculturales de una población influyen en la prevalencia, distribución y manejo de las enfermedades.

En el presente estudio, observamos como factores fuertemente culturales influyen directamente en la percepción de los informantes para su toma de decisiones, por lo que el proceso de sanación está ligado a las narrativas creadas en los individuos.

Para analizar los perfiles de usuarios, y con ellos los perfiles epidemiológicos de grupos, hemos analizado e integrado diversas variables para crear estos perfiles, como son: las creencias de los informantes, lo que consideran la causa raíz de la enfermedad, la propia cultura del país natal inculcada, el contexto económico y determinantes sociales del individuo, la percepción de los sistemas de salud, las barreras para acceder a ellos, hábitos y patrones que pueden incluir rituales de los individuos, así mismo la adaptabilidad al cambio (resiliencia). La mayoría de las variables analizadas con anterioridad.

En cuanto a las tradiciones propias de su cultura, en este caso de la medicina occidental, en el Anexo 5 se ofrecen Tablas adicionales relacionadas con los países natales. Los significados asociados a esta MT son la propia tradición (9.52%), los usos de la medicina tradicional prehispánica de origen indígena (19.05%), MT de origen hispánico (después de

la colonización) de origen afro (9.52%), medicina asociada a la herbolaria (14.29%) así como la influencia y adopción de MT extranjeras (9.52%) (véase Tabla 17).

Tabla 17. Cultura y tradiciones asociadas a MT en los inmigrantes

Ítem	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos
Africana	9.52%	Hay prácticas de salud tradicionales sobre todo en tierras indígenas y en los “quilombos”. Pero muchas veces son mal vistas por los médicos “tradicionales” y son ignoradas por ellos.
		Si. Hay medicinas tradicionales indígenas y de origen africano, además del uso de medicinas de otros sitios como la acupuntura, auriculoterapia, Ayurveda, medicina tradicional china.
China	9.52%	Hierbas, acupuntura
		Acupuntura
Desconoce	4.76%	No los conozco.
Extranjeras	9.52%	Sí, hay mucha relacionada a hierbas, también hay otras de influencia extranjera como acupunturas
		Acupuntura y probablemente otros
Herbolario	14.29%	Sí, uso lúdico de la marihuana
		Si, te de diferentes hierbas.
		Si, Temazcales, curandero, herbolaria
Prehispánica	19.05%	Medicina correspondiente a cada población indígena.
		Si, medicina tradicional de los pueblos indígenas
		Medicina tradicional mexicana
		Los tés, remedios para bajar la temperatura y tronar la espalda para curar el estómago
Natural	9.52%	Naturista
		La natural
Opinión neutral	9.52%	Si
		Sí, pero no sé en qué parte
Medicina Hispánica	4.76%	Si, hierbas medicinales, temazcales entre otros remedios caseros.
Tradición	9.52%	Si, todas las anteriores
		Si. Las asociadas a las tradiciones, medicina tradicional, plantas medicinales, temazcales, acudido con curanderos o chamanes, herbolaria, sobadores, acupuntura

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 18 muestra la percepción de los informantes en el uso de la medicina occidental acerca del tratamiento del origen del problema, (causa raíz). Más del 50% tiene la incertidumbre de si la biomedicina, es paliativa o curativa, mientras que, en las percepciones de la MT, en la Tabla 8, esta era vista como holística y complementaria puesto

que aborda la raíz del problema y personaliza al individuo. Esto es importante a la hora de tener en cuenta los perfiles epidemiológicos basados en la cultura.

Tabla 18. Creencia de medicina occidental resuelve el problema de raíz de la enfermedad

Respuestas	Creencia de medicina occidental resuelve el problema de raíz de la enfermedad
No	23%
Sí	14%
Tal vez	63%

Fuente: Elaboración propia

3 DISCUSIÓN

Observamos a la sociedad como parte de un proceso histórico, complejo y multidimensional que implica la creación de condiciones de salud, vida y muerte. Este desarrollo se produce en el contexto de la interacción entre la sociedad y la naturaleza, y está influenciado por las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura. Este entramado macro, a menudo olvidado por la salud pública, excluye a los sistemas de salud específicos de cada comunidad y la influencia de cambios sociales como la urbanización, la modernización, el capitalismo, el patriarcado y la globalización en el proceso salud - enfermedad - atención y cuidados (Carimoney, 2021).

Dicha transición, ligada a la idea de progreso, implica que en la medida en que las sociedades “avanzan” también van cambiando las morbilidades que las poblaciones experimentan, pasando de ciertas patologías “propias de la pobreza” a otras. Esto desmentidos, según Spinelli (2010), debido a que nos encontramos conviviendo en (y con) “mosaicos epidemiológicos, donde según el espacio social que se analice, vamos a encontrar perfiles propios del primer o tercer mundo, en una misma provincia, en una misma ciudad, en un mismo barrio”. (Avalos, 2018)

En el presente trabajo se buscó identificar las similitudes y disparidades entre los sistemas de medicina tradicional y biomédica, analizando su percepción dinámica en la sociedad, e identificando variables que determinan perfiles de “usuarios” en los sistemas de salud desde la óptica migrante, lo cual ha llevado a los individuos a encontrarse en distintos puntos del

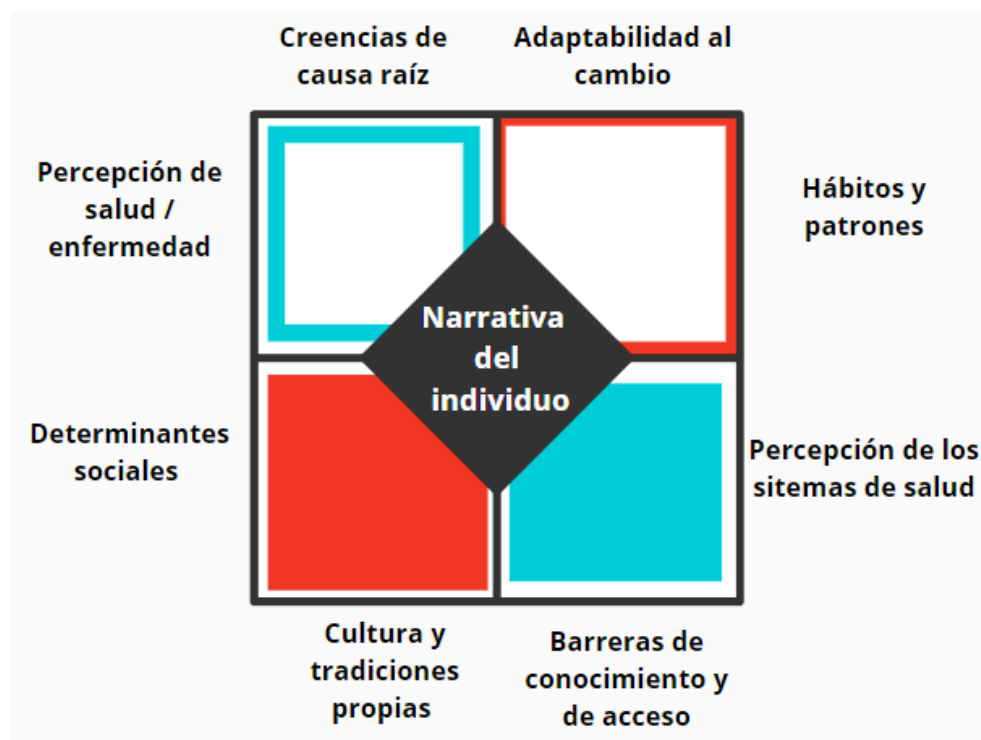
mundo, la mezcla de estos elementos modernos, tradicionales y "post" se observa entonces, como una característica de los tiempos; y el desvanecimiento de las fronteras con la expansión de las dimensiones de la identidad, elementos cruciales en el actual mundo globalizado. (Girola, 2008). Todos necesitamos salud y la vivimos de diferentes maneras, en diferentes partes del mundo y de manera simultánea, no por ello somos diferentes, aunque cambiemos de regiones.

Las prácticas de salud basados en la interculturalidad, pueden proporcionar una comprensión profunda sobre cómo la interculturalidad en salud busca el equilibrio entre creencias, conocimientos y saberes en el intercambio de la relación entre personal de salud - persona usuaria. (Castro, 2021) en todos los sistemas de salud implicados. Esto conlleva a analizar cómo las comunidades perciben estas prácticas, qué barreras enfrentan en su implementación y uso, cómo se pueden abordar estas barreras de manera efectiva, así mismo detectar los facilitadores en estos sistemas (Salazar, 2023) La importancia de identificar perfiles epidemiológicos basados en la cultura radica en que vivimos en una sociedad globalizada con cambios migratorios constantes, y aunque las personas pueden adaptarse a los lugares a los que se mudan, siempre llevarán consigo su propia visión abstracta del mundo, con sus creencias, valores y percepciones.

En cuanto a las adopciones y usos de la medicina tradicional algunos autores coinciden en que el concepto de ambiente involucra campos de relación que dan cuenta del mundo natural, la sociedad y la economía, en cuya interacción se genera un elemento denominado la cultura; entendida esta, como una visión del mundo, dotada de una ética que establece vínculos entre las acciones, el pensamiento y las creencias. (Castillo, 2017)

De un modo más concreto analizando de estos cuatro campos, en la Figura 41 se pueden identificar ocho variables distribuidas de manera que, al seleccionar tres variables por lo menos, es posible crear un perfil “básico” del usuario o del grupo focal en cuestión.

Figura 41. Variables para determinar perfiles epidemiológicos basados en la cultura



Fuente: Elaboración propia

De tal manera que, si se quiere elaborar un perfil, en el contexto de estudio en el grupo de migrantes, las variables son:

Barreras de conocimiento y de accesos: en este caso lingüísticas y culturales del país de acogida, ya que cada uno de los tres países de acogida el idioma es inglés o alemán, diferentes al idioma natal del inmigrante.

Hábitos y patrones: En salud con combinación de prácticas de salud populares, ya sea a manera de remedios caseros o MT del país de origen, con la adopción del ejercicio de la medicina occidental del país de acogida.

Determinantes Sociales: se detectó la presencia de estrés, alteraciones del estado de ánimo y problemas de salud mental, relacionados con la adaptación al nuevo entorno y la separación familiar.

En este caso el perfil de la comunidad migrante, se ha visto expuesta a nuevos entendimientos y conocimientos, derivados de la adaptabilidad forzada por la migración. A su vez, las creencias sobre la naturaleza, espiritualidad y sentido holístico percibidas en la observación participante nos han permitido apreciar la forma en la que todas las personas viven de modo único sus narrativas de realidad y sus procesos de enfermedad. También nos han permitido apreciarlos como seres interconectados con la sociedad, y el "illness" se ve influenciada significativamente por el contexto socio-cultural del individuo.

Las relaciones interpersonales hacen que se genere confianza y se rompan las primeras barreras en la adopción de unas prácticas a otras. Recordando que la medicina se usa para que la gente se sienta bien, o deje de sentirse mal, la adopción de todos los matices de la medicina por parte de la población viene de la mano de la organización social: la corrección de las brechas de desigualdad y el entendimiento de la diversidad y la diferencia (Papalini, 2023) si bien, las prácticas médicas tradicionales no están relacionadas directamente con la biomedicina han sido subordinadas al modelo hegemónico de las ciencias exactas, y a menos que se establezcan políticas públicas y se estandaricen, difícilmente encontrarán un reconocimiento por parte de la sociedad. La antropología parte de una visión amplia de la persona en relación con su entorno (social, natural, cultural). El análisis de la realidad vivencial da la posibilidad de hallar soluciones no fabricadas a priori, sino más bien, adaptadas al individuo, lo que ayuda a la construcción y entendimientos de todos los sistemas de salud en zonas rurales y urbanas, donde se pueda coexistir sin excluir una a la otra. Las personas tienen también derecho a que se respete su cultura y sus creencias. (Aparicio, 2007).

Desafortunadamente con el tiempo se estableció la creencia de que la medicina alternativa comprende todas las prácticas médicas que no son parte de la medicina, (Beltrán- Dussán, 2022) por lo que su preservación necesita una inversión en financiación o tiempo, incluso ambas como esfuerzos para preservarla. Las organizaciones no gubernamentales (ONG), los políticos, los proveedores sanitarios y los proveedores de MT a razón de investigadores pueden hacer frente a los retos en cuanto la MT plantea. (OMS, 2002)

La adopción y el uso de ciertas prácticas médicas ya sean ancestrales o tecnológicas se centran en la creencia y saberes de los que recurren a esas prácticas. El sistema de creencias, formado en la personalidad a través de la propia existencia y como resultado de su interacción con el medio social, contribuye a materializar la conducta, ejerciendo una influencia beneficiosa o perjudicial, según el caso, dentro del proceso salud-enfermedad. (Valdés, 2004)

Si el entorno genera una creencia de rechazo, el individuo genera aversión, por lo que es difícil el uso, y la adopción de una práctica. Más concretamente las barreras para el desarrollo de modelos de médicos de base tecnológica, se encuentran directamente relacionadas con las dimensiones de la tecnología, aspectos regulatorios, organización de los procesos de atención en salud y acceso y disponibilidad de este. En el caso de los facilitadores en los modelos de atención de tipo tecnológico, se han identificado factores que permiten el desarrollo como es la educación del talento humano y a la población plausible de recibir cuidados, sumado al trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, el acceso para la promoción de la salud y uso eficiente de los recursos disponibles. (Salazar, 2023)

4 CONCLUSIONES

Los seres humanos en todas las escalas evolutivas han enfermado y han encontrado de una forma u otra, la manera de sanar. Ese proceso de salud-enfermedad y de atención en las sociedades, se desenvuelve entre las diferencias culturales del mundo y entre sus desigualdades. También ha evolucionado de la misma manera que ha ido evolucionado la sociedad.

El entendimiento del proceso de salud y enfermedad está profundamente influenciado por la cultura y la cosmovisión del lugar de origen, pero ha experimentado transformaciones debido al contacto y a las adaptaciones del lugar donde se encuentran, conectado a las experiencias previas de la medicina tradicional propia en su cultura. También se relaciona con las posibilidades de acceso a la medicina occidental y con el grado en que dicha medicina contribuye no solo a sanar el cuerpo sino también el alma, por lo que los datos

constatan el uso de la medicina tradicional como práctica complementaria a la medicina biomedicina.

La manera de vivir la salud y la enfermedad en un individuo, reúne nociones históricas, económicas y socioculturales. Una visión de la salud más colectiva y pública, debería reconocer las desigualdades estructurales de la sociedad, ya que el objetivo de tener salud no es representado únicamente por el cuerpo biológico, sino también por el cuerpo social, ya sean grupos, comunidades o clases sociales. El individuo aprende y se forma alrededor de las realidades materiales que le rodean y de sus condiciones de vida, entre las que se incluyen las estructuras de acceso a los sistemas sanitarios. En este camino, se ha perdido en muchos casos el vínculo con la fuente de equilibrio que representaban la tradición y la estructura organizativa tradicional, así como sus remedios para curar cuerpo y alma.

Las alteraciones en los modos de vida tradicionales causadas por influencias externas y ambientales llevan a la pérdida del conocimiento indígena, de conocimientos ancestrales y a la posible desaparición de los recursos de plantas medicinales. Por ello, documentar adecuadamente el conocimiento tradicional sobre el uso de las plantas, junto con la conservación y gestión sostenible de hábitats es clave para preservar este patrimonio, lo que se traduce en la profesionalización de la medicina tradicional avalada por instituciones.

5 APLICABILIDAD

Los enfoques antropológicos pueden ofrecer una comprensión más profunda de los aspectos culturales en individuos con enfermedades. En el contexto de las medicinas tradicionales, es crucial considerar la especificidad de cada enfermedad, y la antropología puede proporcionar información valiosa al respecto.

Para realizar un estudio antropológico con objetivos prácticos en el ámbito de la salud, según Aparicio (2007), es importante diferenciar entre dos enfoques:

a) Planteamiento para ayudar a llevar a cabo un plan-proyecto previo: estudia al enfermo en relación con su hábitat de origen (si es extranjero, si se ha desplazado de otras regiones),

con su adaptación al nuevo medio (laboral, social, natural, cultural). Se indaga sobre la incidencia de los cambios, sobre los simbolismos particulares del paciente y sobre su manera de interactuar con el entorno desde su experiencia de la enfermedad.

b) Planteamiento para elaborar un plan nuevo o readaptar otro antiguo añadiéndole nuevos elementos, si es necesario: estudiar al enfermo en relación con su entorno, sus ideas, sus símbolos, etcétera, sugiriendo diversas posibilidades terapéuticas y una atención global, dirigida a la integralidad del enfermo y a la vez compuesta por recursos diferentes de procedencias y ópticas terapéuticas distintas (entre las que puede figurar la del propio lugar de origen del enfermo).

Además los programas deben iniciar con el respeto y la comprensión de las características culturales de las comunidades atendidas. Deben también adaptarse a estas culturas y ofrecer opciones terapéuticas que se integren con las prácticas tradicionales de los pacientes.

Aunque esta investigación constituye una primera aproximación, sugiere que la antropología aplicada a la salud puede dirigirse hacia varias líneas de investigación y aplicación, como señalamos a continuación.

Simbolismo en la relación personal sanitario/paciente: Teniendo en cuenta que el enfermo está unido al dolor físico y al sufrimiento moral por la falta de salud y disfrute de la vida, la antropología, estudiando el significado del simbolismo individual de esos términos, puede aportar (aplicación) recursos de información que ayuden a los profesionales de la salud a encontrar soluciones más útiles, para mejorar la atención (biomédica preestablecida) consiguiendo que sea lo mejor percibida por el enfermo, con individualización de tratamientos y brindando entornos físicos con luz, haciendo partícipe de sus tratamientos al propio enfermo y entendiendo su narrativa, dejando que las MT actúe de manera paralela si el enfermo así lo desea (Aparicio, 2007).

Espacio/tiempo de la curación en enfermedades agudas y crónicas: Es importante entender que no solo el enfermo sufre, sino también su entorno social, en primera instancia la

familia, en padecimientos agudos y crónicos, o padecimientos terminales como el cáncer. La curación no se limita solo al tratamiento médico, sino que requiere también la participación del paciente en su entorno social, laboral, familiar y cultural. Esta dimensión socio - cultural es fundamental para el bienestar y la recuperación del paciente (Aparicio, 2007), pues brinda redes de apoyo en el tiempo que el enfermo espera que termine su enfermedad.

Medio ambiente cultural en el proceso de sanación: Así como el enfermo y su familia sufren la enfermedad, el espacio físico se asume dentro del hospital que se convierte en “el principal contexto en el que se suministra el cuidado sanitario, y dentro del cual se puede situar la muerte...” (Avalos, 2018). Entender esto puede promover mejoras de las infraestructuras para que el entorno no sea percibido como hostil. Así mismo las redes de apoyo sociales establecen conexiones interpersonales que pueden ayudar a sobrellevar de mejor manera el proceso de la enfermedad mientras se sana.

Actitud del personal de salud y del paciente en la actualidad: Como hemos podido apreciar en el presente trabajo, el sistema de creencias, desarrollado a lo largo de la vida y como resultado de la interacción con el entorno social, contribuye a dar forma a la conducta humana (Valdes, 2004). Ello afecta directamente a la toma de decisiones y aunque algunas actitudes puedan ser difíciles de modificar, sí pueden ejercer una influencia beneficiosa o perjudicial en los individuos. La antropología aplicada entra en estos matices, encaminando lo más posible una toma de decisiones favorable en un entorno nuevo en el caso de migrantes, disminuyendo las zonas de fricción que se crean en dicho entorno.

Deshumanización y relaciones de poder en las instituciones sanitarias: Existe un grave proceso de deshumanización por el que pasa la medicina actual, la cual tiene vinculación con el hecho de que en los planes de estudio no se dé la debida importancia a las dimensiones antropológica, psicológica y social de la medicina (Izquierdo, et al, 2002), aunado a las relaciones de poder en el sistema hegemónico de la biomedicina. El estudio, implementación y aceptación desde el ámbito educativo de las esferas sociales humanas

desde un punto antropológico, podría brindar una comprensión más holística del ser humano en relación con su entorno, no solo enfocándose en lo biológico y la medicalización del individuo, sino brindando o aceptando la existencia de saberes tradicionales.

Burocratización de la medicina: La Medicina en cada país, ya sea predominantemente curativa o preventiva, socializada o no, debería facilitar la asistencia a sus servicios y los medios de difusión masiva ayuden a promover tales ideas (Valdés, 2004). Estos juegan un papel importante en las creencias de los individuos, de manera que el uso socialmente aceptado, como es el caso de Canadá, donde el sistema de salud es gratuito y existe un 70% de uso de medicina tradicional. Por otro lado, la medicina biomédica se ha burocratizado dado que los sistemas de salud públicos no dan abasto a la necesidad de los servicios, por lo que la eficiencia de los recursos públicos para los sistemas ya establecidos y pautas encaminadas a la prevención de acuerdo a la individualización de grupos focales, serían un enfoque viable.

Ecosistemas tecnológicos de salud y antropología: La antropología puede estudiar y buscar una vía de acceso al interior de la persona enferma a través del mundo de intereses del paciente (Aparicio, 2007). Con diseños de usuarios desde aplicaciones tecnológicas, se pueden implementar soluciones más individualizadas, que pueden ayudar en la promoción de la salud de los diferentes grupos sociales. Dado que se ha visto que las innovaciones tecnológicas han conseguido que muchas enfermedades no terminen con la vida del individuo, la tecnología además de ser regulada, podría volverse una aliada en la preservación de la salud, si sigue procesos y protocolos bien establecidos.

En este contexto, avanzamos hacia un futuro abierto donde el tiempo juega un papel constructivo en el cuidado de la salud, la enfermedad y la atención.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avalos, M.A. (2018). La salud-enfermedad y muerte desde un abordaje etnográfico. Misiones-argentina. *Rev. Uruguay de Antropología y Etnografía*, 3(1), 79-90. <https://doi.org/10.29112/ruae.v3.n1.5>
- Beltrán- Dussán. E. (2022). ¿Qué es la medicina alternativa, complementaria e integrativa? *Rev. de la Facultad de Medicina*, Vol. 70 (4), 112-152. ISSN 0120-0011, ISSN-e 2357-3848, <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n4.91413>
- Boccuto, D. P. P., Mor, A. C. M. B. L. y Teixeira, D. V. (2022). The cultural system biomedical health in perspective in the community Ilé Alákétu Asè Ifá Omo Oyá. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 989-998. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202273.39042020>
- Camacho-Hernández, C., Lagunez-Rivera, L., Aguilar-Contreras, A. y Solano, R. (2022). Etnobotánica de la flora medicinal en dos comunidades de la Mixteca Alta en Oaxaca, México. *Rev. Botanical Sciences*, 100(4), 912-934. <https://doi.org/10.17129/botsci.2947>
- Campos, C. J. G. y Turato, E. R. (2009). Análisis de contenido en investigaciones que utilizan la metodología clínico-cualitativa: Aplicación y perspectivas. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 17, 259-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- Carimoney, A. Á., Contreras, M. R., Anigstein, M. S. y Oyarce, A. M. (2021). Desafíos para la antropología de la salud: Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología*, 43, Article 43. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64434>
- Casanova-Pérez, C., Delgado-Caballero, C. E., Cruz-Bautista, P., Casanova-Pérez, L., Casanova-Pérez, C., Delgado-Caballero, C. E., Cruz-Bautista, P. y Casanova-Pérez,

- L. (2022). Plantas medicinales usadas por los Tének en la Huasteca, México. *Rev Ciencia UAT*, 16(2), 40-58. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v16i2.1576>
- Castro, Ana Rita. (2021). Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. *Rev. de investigación social Andamios* 18(45), 535-552. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- Imon Chakraborty, P. Vigneswara Ilavarasan, et al, (2021). Health-tech startups in healthcare service delivery: A scoping review, *Rev Social Science & Medicine*, 278, 113949 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.202>
- Cruz, A. (2020) Migración internacional: tendencias mundiales y dimensiones del fenómeno en México. *Informe SEGOB*. Unidad de Política migratoria
- García, J. y Pulgar, N. (2010). Globalización: Aspectos políticos, económicos y sociales. *Rev. de Ciencias Sociales*, 16(4), 709-720. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1315-95182010000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Garrido, N. (2017). El método de James Spradley en la investigación cualitativa. *Enfermería: Rev. Cuidados Humanizados*, 6 (Especial), 37. <https://doi.org/10.22235/ech.v6iEspecial.1449>
- Girola, Lidia. (2008). Del desarrollo y la modernización a la modernidad: De la posmodernidad a la globalización. *Rev. Sociológica (México)*, 23(67), 13-32. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732008000200002&lng=es&tlng=es
- Gómez Gutiérrez, S. (2016). Russell y Hegel, una discusión sobre deícticos. *Universitas Philosophica*, 33(66), 113-127. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph33-66.rhdd>
- Gómez, P. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos.

Gazeta de Antropología, 23, art.14, 12 pp.
https://www.ugr.es/~pwlac/G23_14AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.pdf

González Chévez, L. (2017). El proceso terapéutico en la medicina tradicional mexicana. Algunas claves para su interpretación. *Nueva Antropología*, 30(86), 9-34.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/na/v30n86/0185-0636-na-30-86-00009.pdf>

Henriques, D. P., Oliveira, R. R. de, Vanni, J., Lima, H. P. de, Otiti, J. V., Neves, F. R. M., Hammerle, M. B., Sassaki, L. Y. y Zaltman, C. (2022). Complementary and alternative medicine use in brazilian patients with inflammatory bowel disease. *Arquivos de Gastroenterologia*, 59(3), 375-382.
<https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202203000-68>

Herrera, M. M. C. (2005). Panorámica mundial del mercado de los medicamentos homeopáticos a partir de las plantas medicinales. *Revista Cubana de Farmacia*, 39(1), 12 pp. <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v39n1/far10105.pdf>

Incauragarat, M. F. (2022). Desarrollo y perspectivas de la medicina tradicional china: Reflexiones a nivel local y global. *Estudios de Asia y África*, 57(1), 33-60.
<https://doi.org/10.24201/ea.v57i1.2662>

Indriyani, Y., Tenrisau, D., Nippanon, P., Kuster, A. T. y Suswardany, D. L. (2023). Socio-culture and health problem factors on traditional medicine use among indonesian adult: A cross-sectional analysis from national survey. *Scielo Preprints*.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5769>

Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Social* 6(2), Art 43.

Mandulão, N., Barros, F. y Rocha, B. (2022). O significado atribuído ao processo saúde-doença por idosos da etnia Makuxi, Roraima, Brasil. *Scielo Preprints*.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4789>

- Marín Salamero, M. (2020). *La entrevista etnográfica*. FUOC. <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/149824/8/LaEntrevistaEtnografica.pdf>
- McAuliffe, M. y A. Triandafyllidou (2021). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ginebra.
- Menéndez, E. L. (2022). De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: El caso mexicano (1930-2022). *Salud Colectiva*, 18, e4051. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4051>
- Menéndez, E. L. (2022). Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: Una cuestión ideológica. *Salud Colectiva*, 18, e4225. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
- Menéndez, E. L. (2023). De omisiones especializadas: La biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios. *Salud Colectiva*, 19, e4539. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4539>
- Muñoz Jumilla, A. R. (2002). Efectos de la globalización en las migraciones internacionales. *Papeles de Población*, 8(33), 9-45. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252002000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Natalías, V. E. (2005). La distancia social y su importancia en la interacción: Propuesta para su estudio en clase de ELE. En: C. de la Hoz Fernández (ed.), *La competencia pragmática y la enseñanza del español como lengua extranjera* (pp. 247-257). ASELE
- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S. y Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, 43(1), 41-51.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342001000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Oficina de Información Diplomática. (2024). *Canadá*. Ministerio de Asuntos Exteriores de España.

Oficina de Información Diplomática. (2024). *Estados Unidos*. Ministerio de Asuntos Exteriores de España.

Oficina de Información Diplomática. (2024). *República Federal de Alemania*. Ministerio de Asuntos Exteriores de España.

OIM, Organización Internacional para las Migraciones. (2003). *La migración en un mundo globalizado*. MC/INF/268.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Medicina Tradicional – Necesidades Crecientes y Potencial. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67296/WHO_EDM_2002.4_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Medicina Tradicional*. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf

Palacios Ramírez, J. y Rico Becerra, J. I. (2011). Globalización, salud y cultura: Aspectos emergentes. Propuestas para el análisis desde la antropología social. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 273-286. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200002>

Palmieri, F. I., Somma, A. I., Gil, M. R., Falk, N., Palmieri, F. I., Somma, A. I., Gil, M. R. y Falk, N. (2022). Utilización de medicinas tradicionales en la población que asiste a un hospital pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 120(3), 5-5. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.158>

- Papalini, V. (2023). Validez y legitimidad de las medicinas tradicionales americanas: El caso de la asociación Médicos Descalzos de Chinique, Guatemala. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 27(1), 73-94. <https://doi.org/10.4000/etnografica.12990>
- Polindara Moncayo, Y. W., Sanabria Diago, O. L., Polindara Moncayo, Y. W. y Sanabria Diago, O. L. (2022). Plantas y prácticas de conservación de la medicina tradicional en el suroriente de El Tambo, Cauca, Colombia. *Botanical Sciences*, 100(4), 935-959. <https://doi.org/10.17129/botsci.3056>
- Puello Alcocer, E. C., Valencia Jiménez, N. N., Atencia Soto, A. C., Puello Alcocer, E. C., Valencia Jiménez, N. N. y Atencia Soto, A. C. (2022). Prácticas ancestrales para el control del dengue en una comunidad indígena Embera Katío, Córdoba, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192022000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Quevedo, M. G. (2011). *Método de investigación etnográfica: Observación participante*. Universidad Externado de Colombia 1era Ed. <http://doi.org/10.57998/bdigital/handle.001.925>
- Rodríguez, L., Ofelia, E., Montesinos, L., José, M., Llor, S., Myriam, A. y Lisboa, C. F. (2015). The use of integrative and complementary practices in the treatment of occupational stress: An integrative review. *Enfermería Global*, 39, 316-327 https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/en_revision2.pdf
- Rojas-Silva, O., Pavón-Rojas, A. J., Cisneros-Reyes, L., Escalona-González, S. O., Pérez-Gutiérrez, G. L., Rojas-Silva, O., Pavón-Rojas, A. J., Cisneros-Reyes, L., Escalona-González, S. O. y Pérez-Gutiérrez, G. L. (2022). La Medicina Natural y Tradicional en la prevención y el tratamiento de la COVID-19. *Revista Médica Electrónica*, 44(1), 180-190.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242022000100180&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Salazar Quintero, Manuela (2023). Barreras y facilitadores para la implementación de cuidados paliativos por telesalud en cáncer avanzado: Percepción de los prestadores de atención en Colombia. Trabajo de grado Maestría en Enfermería en Cuidados Paliativos. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/11859>

Santos, S. M. C. B., Nacaguma, S., Demarzo, M., Gallian, D. M. C. y Morais, H. Z. L. de. (2022). Medicina narrativa e compaixão: des(encontros) no conto marido, de Lidia Jorge. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3670>

Izquierdo T., et al. (2002). “La medicina mexicana en el contexto de la antropología médica” en los planes de estudio de escuelas y facultades de medicina de México. *Publicación de la Secretaría de salud del gobierno de México*. 1-14.

Seljemoen, K. (2023). Médicos, curanderos y boticarios en el cuadro de costumbres costarricense “Sea Usted Médico” (1854). *Revista de Filología y Lingüística de la Universidad de Costa Rica*, 49(1), e52139. <https://www.redalyc.org/journal/332/33272358005/html/>

Shuaib, M., Hussain, F., Rauf, A., Jan, F., Romman, M., Parvez, R., Zeb, A., Ali, S., Abidullah, S., Bahadur, S., Shah, A. A., Azam, N., Dilbar, S., Begum, K., Khan, H., Sajjad, S., Muhammad, I. y Shah, N. A. (2021). Traditional knowledge about medicinal plant in the remote areas of Wari Tehsil, Dir Upper, Pakistan. *Brazilian Journal of Biology*, 83, e246803. <https://doi.org/10.1590/1519-6984.246803>

Silva, J., Leitão, S. y Oliveira, D. (2022). Da África ao Brasil, um paralelo entre sistemas médicos tradicionais yorubás. *SciELO Preprints* <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3759>

- Silveira Donaduzzi, D. S. da, Colomé Beck, C. L., Heck Weiller, T., Nunes da Silva Fernandes, M. y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71-75. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>
- Tenzera, L., Djindjic, B., Mihajlovic-Elez, O., Pulparampil, B. J., Mahesh, S. y Vithoulkas, G. (2018). Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE Open Medical Case Reports*, 6, 2050313X1879281. <https://doi.org/10.1177/2050313X18792813>
- Ullman, D. (2017). Evidencia Científica para la Medicina Homeopática. La Homeopatía de México, 86 (711), 5-18. <http://lahomeopatiademexico.com.mx/Inicio.html>
- Uprety, Y., Asselin, H., Dhakal, A. y Julien, N. (2012). Traditional use of medicinal plants in the boreal forest of Canada: Review and perspectives. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 8, 7. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-8-7>
- Valdeolla, O. E. S. (2020). Particularidades del empleo de la medicina natural y tradicional en los cinco continentes. *Revista Cubana de Medicina Natural y Tradicional*, 3(0), Article. <https://revmnt.sld.cu/index.php/rmnt/article/view/107>
- Valdés, Teresa L. González. (2004). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Revista Psicología para América Latina*, (1) http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000100005&lng=pt&tlng=es
- Valtueña, A. (2003). Medicinas tradicionales y alternativas. *Offarm*, 22(11), 62-66. <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-medicinas-tradicionales-alternativas-13055919>
- Vilà, M. B. (2010). La alimentación y salud en México. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 (2), 387-411. <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n2/387-411/es>

- Viviano-Tello, A., Ramírez-Pérez, G., Pérez-Vásquez, J. A., Mendoza-Catalán, G., Gutiérrez-Valverde, J. M., Viviano-Tello, A., Ramírez-Pérez, G., Pérez-Vásquez, J. A., Mendoza-Catalán, G. y Gutiérrez-Valverde, J. M. (2022). Satisfacción de los servicios de medicina alópata vs la medicina tradicional en Oaxaca, México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252022000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Wickert, D. C., Dallegrave, D., Piexak, D. R., Mello, M. C. V. A. de, Corcini, L. M. C. da S. y Schimith, M. D. (2023). Prácticas integradoras y complementarias, perfil y cuidados de enfermeras(os) a personas con hipertensión: Estudio mixto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 31, e3914. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6287.3914>

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1. Carta formal motivos de la estancia.

CARTA FORMAL		
Estimada familia _____ A través de la presente carta, les comunico que el propósito de mi estancia en su hogar es llevar a cabo observación participante en a) Muchich, b) Reston. El objetivo es identificar las características de la comunidad inmigrante, enfocándome en observar la cosmovisión y cultura en un entorno diferente al de su lugar de origen, lugar donde llevan a cabo sus actividades cotidianas. Además, recopilaré información sobre las manifestaciones culturales en los ámbitos familiares y comunitarios, lo que permitirá contrastar los datos obtenidos mediante otras técnicas empleadas en mi investigación: "Percepciones de sistemas de salud en Migrantes: Medicina Tradicional y Medicina Occidental en un Contexto de Avance Tecnológico - Una Perspectiva Antropológica en Canadá, Estados Unidos y Alemania". La técnica de observación participante es: “Para el propósito presente.... la observación participante será definida como una estrategia de campo que combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista a sujetos e informantes, la participación y observación directa, y la introspección”. (Fernández, 2009) Durante el proceso, podrían tomarse algunas fotografías siempre que ustedes, como participantes, estén de acuerdo. Las imágenes ayudarán a la autora a complementar su análisis y, algunas de ellas, podrían ser incluidas en el informe final. Si prefieren que sus rostros no aparezcan en el informe final, pueden escribir "no" al lado de su firma en la siguiente tabla.		
Por la presente doy mi consentimiento como participante en la investigación antes mencionada		
Nombre completo:	Firma	Estoy de acuerdo con que mi imagen aparezca en la elaboración final a) Si b) No

7.2 Anexo 2: Carta consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO DE ENTREVISTA

Fecha: _____

Autorizo a la estudiante Lidia Samantha Sánchez Tagal a recopilar datos relevantes durante la sesión de entrevista, con la garantía de que el material obtenido será usado exclusivamente con fines académicos, informativos y de revisión relacionados con su investigación.

Manifiesto mi conformidad, siempre y cuando la información no se utilice para otros propósitos distintos a los mencionados.

Nombra y Firma

7.3 Anexo 3. Cuestionario. Familiaridad (Conocimiento), uso y experiencias sobre las 3 medicinas.

¿Cuál es tu nacionalidad?

1. ¿En tu país, se tiene algún tipo de medicina tradicional? ¿Cuál?
2. Había escuchado de principios detrás de la medicina tradicional, como es el equilibrio de los elementos en el cuerpo, la importancia de los rituales y el papel de la energía espiritual en la sanación.
3. ¿Conoces los beneficios de usar medicina tradicional? Si o no
4. ¿Tienes confianza en la medicina tradicional para resolver malestares mínimos, graves o ninguno?
5. ¿Alguna vez has usado medicina tradicional, plantas medicinales, temazcales, acudido con curanderos o chamanes, herbolaria, sobadores, acupuntura, herbolaria china?
6. ¿En caso de que sí, resultó efectiva?
7. ¿Consideraría en algún momento usar terapias de medicina alternativa en caso de malestar? ¿Sí o no, y por qué?
8. ¿Cuándo enferma que es lo primero que hace?
9. ¿Tiene confianza en la medicina occidental para resolver malestares mínimos y graves?
10. ¿Has usado acudido a consultorios médicos privados para la atención médica?
11. ¿Has acudido a consultorios médicos o urgencias del sector público de la atención médica?
12. ¿Consideras que resolvió el problema de raíz?
13. ¿Prefiere las instituciones públicas o privadas?
14. ¿Qué hay que mejorar en consultorios y hospitales, por ejemplo, la comunicación con el médico, la atención médica, la rapidez, el trato del personal de salud?
15. ¿Conoces los beneficios de usar aplicaciones médicas para la salud?
16. ¿Tienes confianza en las aplicaciones de salud para controlar y dar seguimiento a tu salud?

17. ¿Tiene alguna aplicación de salud en tu celular?
18. ¿Cuál y para qué sirve?
19. ¿La consideras útil?
20. ¿Ha utilizado telemedicina?

7.4 Anexo 4. Questionnaire. Familiarity (Knowledge), use and experiences about the 3 medicines.

1. What is your nationality?
2. Does your country have any type of traditional medicine? Which?
3. I had heard of principles behind traditional medicine, such as the balance of elements in the body, the importance of rituals and the role of spiritual energy in healing.
4. Do you know the benefits of using traditional medicine? yes or no
5. Are there alternative medicine centers in your area? What type?
6. Do you trust traditional medicine to resolve minimal, serious or no discomfort?
7. Have you ever used traditional medicine, medicinal plants, temazcales, gone to healers or shamans, herbal medicine, sobadores, acupuncture, Chinese herbalism?
8. If yes, was it effective?
9. Have you used private medical offices for medical care?
10. Have you gone to doctors' offices or emergencies in the public health care sector?
11. Do you prefer public or private institutions?
12. Do you think it solved the root problem?
13. Do you trust Western medicine to resolve minor and serious ailments?
14. What needs to be improved in offices and hospitals, for example, communication, medical care, speed?
15. Do you know the benefits of using medical applications for health?
16. Do you trust health apps to monitor and track your health?
17. Do you have any health applications on your cell phone?
18. Which one and what is it for?
19. Do you consider it useful?
20. Have you used telemedicine?

7.5 Anexo 5. Entrevista semiestructurada

Se abordó con libreta y grabaciones para codificación mientras se daban la plática de manera casual, acerca de

- ¿Qué hace para mantenerse saludable?
- Como es el proceso de atención durante la enfermedad: ¿Has utilizado remedios naturales o tés, cuando enfermas? ¿En caso de que sí, cuáles fueron y para qué molestia?
- ¿Utiliza algún tipo de remedio casero en casa cuando enferma?
- Y sus experiencias en las últimas atenciones medicas
- ¿Qué hay que mejorar en consultorios y hospitales, por ejemplo, la comunicación, la atención médica, la rapidez?
- ¿Consideraría en algún momento usar terapias de medicina alternativa en caso de malestar?
- ¿Ocupan productos de base orgánica natural, herbal?
- ¿Cuál es tu opinión sobre las medicinas tradicionales?
- ¿Quién le recomendó la medicina tradicional?
- ¿Cuándo enfermas primero toman algún medicamento? ¿te auto medicas? ¿Toman remedios caseros?
- Qué aplicaciones tiene en su celular para la salud.

7.6 Anexo 6. Análisis de la entrevista semiestructurada

Ítems	Código	Experiencias con el uso de medicina tradicional
Rechazo a medicamentos ultra procesados	Paliativo	“No me gustan los medicamentos excesivamente procesados que muchas veces son solo paliativos y no tratan la causa de las enfermedades”. (Hombre, 54 años, brasileño)
Importancia de la medicina alternativa	Creencias	“Creo que la medicina alternativa desempeña un papel importante que frecuentemente se olvida en nuestra sociedad. Su práctica permite entender mejor el proceso salud y enfermedad, respetando los determinantes sociales y el contexto cultural de cada sociedad”. (Mujer, 33 años, brasileña)
Valoración positiva de medicinas tradicionales específicas	Empatía	“Me gustaba usar la medicina tradicional mapuche ofrecida en los machis, era “bacan” (Mujer 28 años, Chile)
Complementariedad de medicinas tradicionales y modernas	Holístico	“Pienso que las diferentes racionalidades médicas son complementarias y válidas. También creo que aún existen formas naturales de tratar ciertas enfermedades en lugar de recurrir a medicamentos. Algunas personas me han comentado que resultan efectivas. Además, he tenido experiencias positivas con ellas y me han curado. (Mujer, 50 años, peruana)
Interés por conocer más	Curiosidad	“He utilizado remedios de los pueblos amazónicos para tratar la ansiedad, y familiares cercanos también han tenido buenos resultados. Me gustaría conocer más sobre estas prácticas. (Mujer 31 años, brasileña)
Experiencias personales positivas	Experiencia positiva	“Prefiero los métodos naturales primero porque suelen ser prácticos y aprovechan los elementos que la tierra nos ofrece”. (Mujer, 48 años, mexicana)
Preferencias por métodos naturales	Natural	“Por lo regular no tomo nada, ni siquiera una pastilla, no conozco de medicina tradicional, yo solo ocupo cosas naturales libre de conservadores, refiere no consumir ningún tipo de medicamento, y tomar baños de sol junto con ejercicios de calistenia para

		mantenerse saludable, refiere que en su hogar usa ingredientes como cúrcuma, sales minerales para mantener su sistema inmunológico sano.” (Italia, Masculino 35 años,)
Usos y prácticas diarias	Costumbre	“Ocupó todos los días el limpiador de lengua, además de ser vegetariano por elección, en mi cultura no se come carne de vaca, pero eso también es opcional, el uso de esencia de rosas, cúrcuma, yuca, y chile es parte de mi cultura, y al mismo tiempo, tiene beneficios para la salud” (India, Masculino, 32 años,)

Ítem	Código	Opiniones de la medicina tradicional
Complementariedad con la medicina occidental	Complemento	“Es muy buena siempre y cuando no dejes de acudir al médico” (Femenino, 37 años, México)
Creencias	Creencia	“Creo mucho en la medicina natural” (Femenino, 35 años, México)
Desinformación	Desconocimiento	“No estoy lo suficientemente familiarizado como para emitir una opinión informada. Mi percepción es que pueden ser efectivos, pero hay pocos datos que demuestren que lo son y el mecanismo de la terapia no se comprende bien” (Masculino, 50 años, Estados Unidos)
Diversidad cultural e histórica	Diversidad cultural e histórica	“Las mismas representan la diversidad cultural e histórica de nuestro país” (Femenino, 25 años, México)

Efectividad percibida	Efectividad	“Son una buena alternativa” (Masculino, 35 años, México)
	Efectividad	“De las que se han practicado en casa, que son muy efectivas” (Femenino, 52 años, México)
	Efectividad	“Realmente considero que son efectivas” (Femenino, 29 años, Chile)
	Efectividad	“En mi opinión las medicinas tradicionales han sido de gran ayuda y la mayoría de sus procesos son efectivos y prácticos” (Femenino, 26 años, México)
	Efectividad	“Me parecen efectivas” (Femenino, 40 años, México)
Personalización	Individualidad	“Son importantes, sobre todo si se conlleva el contexto donde son utilizadas. No creo que deben ser utilizadas por todos los médicos, tampoco con todos los pacientes o en un contexto cualquiera”. (Femenino, 33 años, Brasil)
Infravaloración de la medicina tradicional	Infravaloración	“Creo que es buena, pero está infravalorada” (Femenino, 35 años, México)
	Infravaloración	“Son alternativas que tendrían que ser tomadas más en serio” (Femenino, 23 años, Colombia)

	Infravaloración	“Pienso que la medicina tradicional es muy rica, aunque poco valorada por los médicos y por las escuelas de medicina en general. Me hubiera gustado aprender más de la medicina tradicional en la facultad” (Femenino, 33 años, Brasil)
Necesidad de reconocimiento	Legitimación	“Deberían reconocerse en los sistemas de salud occidentales” (Femenino, 32 años, Colombia)
Naturaleza	Natural	“Que son una forma natural de solucionar problemas leves”. (Femenino, 25 años, México)
Opiniones neutras	Oposiciones neutras	“Está bien para la gente que lo cree y la llegue a usar” (Femenino, 19 años, México)
Opiniones positivas	Reconocimiento	“Los conocimientos antiguos están probados” (Masculino, 54 años, Brasil)
Importancia de la expertos	Realizada por experto	“Creo que son una buena alternativa, siempre y cuando sea llevada a cabo por gente experta en el ramo” (Masculino, 29 años, México)

Ítem	Código	Experiencia de servicios biomédicos
Cambio cultural, adaptabilidad	Choque cultural	“El sistema de salud en Alemania es diferente, lo más chocante para mí fue ver a los pacientes que pueden fumar durante su estancia hospitalaria, independiente de su padecimiento” (México, Femenino 40 años, enfermera en hospital en Alemania)

Preferencias y prioridades	Consulta presencial	"He intentado hacer telemedicina con un amigo doctor de Brasil, pero como no podía explorar a mi paciente, no era posible saber con exactitud que tenía, tuve que ir presencialmente a consulta" (Mujer, Brasil 48 años)
Evaluación de Opciones	Costoso	"Dentro de mis cuidados generales por salud es uso de probióticos, en esta ocasión eran probióticos vaginales, o simplemente puedo hacer un preparado casero con probióticos de uso personal con yogurt, en esa ocasión, no los compraré, era demasiado costoso" (Mujer, 50 años, Perú, residencia Alemania)
Adaptabilidad	Creencias	"Por lo general no tomo medicamentos, y la única vez que fui al hospital fue para la atención del nacimiento de mi primera hija, en una casa de parto, donde después de 5 cm de dilatación se coloca bloqueo con anestesia para continuar con el trabajo de parto sin dolor, cuando hubo una complicación me llevaron de inmediato a un hospital para brindarle atención inmediata" Me refiero, en mi país de origen Brasil, la mayoría de mis amigas tienen cesáreas ya que es lo más habitual y las cesáreas se asocian a un estilo de vida bien acomodado, dejando el parto natural para quien no puede pagar una cesaría. (Brasil, Mujer, 30 años)
Percepción de la realidad	Falta de personal	"Usé mi seguro médico estudiantil, el sistema de salud en general era bueno, sin embargo, se notaba que hacía falta personal de salud como médicos y enfermeras para el volumen de paciente que había en ese momento, por lo que la percepción en la atención fue mala a nivel de espera". (Mujer, 18 años, mexicana)

Ítem	Código	Usos de aplicaciones móviles
Mejora en la gestión	Mejora de procesos	“En México descargue y usaba App IMSS, que es una aplicación para sacar citas en el hospital público” (México, 35 años, masculino)
Monitoreo salud para terceros	Monitoreo para otras personas	“Para mantenerme activa camino 10 mil pasos al día, me miro la cifra en el celular, y le envié las capturas a mi hijo” (Chile, 60 años, mujer)
No usa	No uso	“No uso ninguna” (México, 47 años, mujer) “No tengo” (México, 35 años, mujer)
Registro deportivo	Registros deportivos	“Lo uso para rastreos deportivos” (Colombia, 23 años, mujer) “Fitness tracker, rastreador de actividad física” (Estados Unidos, 50 años, masculino) “Salud, registra mi ejercicio del día a día” (México, 18 años, mujer)
Seguimiento de la salud	Seguimiento a la salud	“Uso Apple Health y reviso mis pasos diarios en la aplicación de mi celular” (Brasil, 54 años, masculino) “App en Salud mide los pasos calorías, controla peso y talla” (México, 25 años, mujer) “Huawei Health. Sirve para medir la frecuencia cardíaca, SpO2 y estrés” (México, 29 años, masculino)
Uso en ciclos fisiológicos	Uso para ciclos	“En iPhone tengo para el ciclo menstrual” (México, 35 años, mujer) “Uso para el control del ciclo menstrual” (Brasil, 33 años, mujer) “Clue para monitorear mi ciclo menstrual y sleep para monitorear mi sueño” (Colombia, 32 años, mujer)
Uso por profesionales	Uso por profesionales en salud	“Uso diversas, sobre todo para uso de mi profesión, UpToDate, Idade Gestacional, Guidelines” (Brasil, 33 años, mujer)

7.7 Anexo 7. Análisis, codificación respuestas cuestionario

Ítem	Codificación	¿En tu país, se tiene algún tipo de medicina tradicional? ¿Cuál?
Afro	Africana	Hay prácticas de salud tradicionales sobre todo en tierras indígenas y en los “quilombos”. Pero muchas veces son mal vistas por los médicos “tradicionales” y son ignoradas por ellos.
	Africana	Si. Hay medicinas tradicionales indígenas y de origen africano, además del uso de medicinas de otros sitios como la acupuntura, auriculoterapia, Ayurveda, medicina tradicional china.
China	China	Hierbas, acupuntura
	China	Acupuntura
Conocimiento	Desconoce	No los conozco.
Extranjeras	Extranjeras	Sí, hay mucha relacionada a hierbas, también hay otras de influencia extranjera como acupunturas
	Extranjeras	Acupuntura y probablemente otros
Herbolario	Herbal	Sí, uso lúdico de la marihuana
	Herbal	Sí, te de diferentes hierbas.
	Herbolario	Sí, Temazcales, curandero, herbolaria
Prehispánica	Indígena	Medicina correspondiente a cada población indígena.
	Indígenas	Sí, medicina tradicional de los pueblos indígenas
	Mexicana	Medicina tradicional mexicana
	Mexicana	Los tés, remedios para bajar la temperatura y tronar la espalda para curar el estómago
Natural	Naturista	Naturista
	Naturista	La natural
A medias	Parcialidad	Si
	Parcialidad	Sí, pero no sé en qué parte
Hispana	Popular	Si, hierbas medicinales, temazcales entre otros remedios caseros.
Tradición	Tradicional	Si, todas las anteriores
	Tradicional	Todas las mencionadas anteriormente

¿Consideraría en algún momento usar terapias de medicina alternativa en caso de malestar?

ITEMS	CODIFICACIÓN	¿Consideraría en algún momento usar terapias de medicina alternativa en caso de malestar? ¿Sí o no, y por qué?
Cosmovisión	Causa raíz, espiritualidad	Sí, no me gustan los medicamentos muy procesados y que en muchos casos son paliativos y no buscan atacar la causa raíz.
	Causa raíz, espiritualidad	Si. Creo que la medicina alternativa cumple una función muchas veces olvidada en nuestra sociedad. Aunque no haya estudios suficientes que pongan a prueba TODAS las “medicinas alternativas”, practicarlas significa comprender mejor el proceso de salud-enfermedad, comprender y respetar los determinantes sociales en salud, comprender el contexto social de cada sociedad donde se utilizan estas medicinas. Así, el proceso de cura está más allá del simple hecho de “ponerle fin a una enfermedad”, sino “curar también a los espíritus” de la gente que está enferma.
Jerarquía	Complementarias	Si. Creo que las distintas racionalidades médicas son complementarias y válidas.
	Complementarias	Si. Porque hasta la fecha pueden existir nuevas formas de manera natural para subsanar ciertas enfermedades en vez de usar medicamentos tradicionales.
Confianza	Efectividad	Sí porque algunas personas me han dicho que resulta efectiva
	Efectividad	Si, por tener la experiencia
	Efectividad	Si porque si me han curado
	Efectividad	Si, lo eh intentado y me resultó efectivo
	Efectividad	Sí, siempre las he aplicado y me resultan efectivas.
	Efectividad	Sí, he usado remedio de los pueblos amazónicos, para sanar temas de ansiedad.
	Efectividad	Si, familia cercana a usado y le ha sido efectiva
Conocimiento	Curiosidad	Si, conocer
	Curiosidad	Si me gustaría

	Curiosidad	Si he usado acupuntura, me gustaría saber más de hierbas
Desconfianza	Dudas	Probablemente
	Dudas	Sí, si son métodos que ayuden con el malestar, no tendría problemas.
Efecto secundarios	Inocuidad	Si. Creo que la medicina Alópata tiene más efectos secundarios
	Inocuidad	Sí, porque la mayoría de las terapias tienen pocos o ningún efecto secundario. Entonces el riesgo es bajo.
Naturaleza	Natural	Si siempre es bueno lo natural primero
	Natural	sí, es natural y práctico
	Natural	Sí, porque prefiero los medicamentos naturales a los ultra procesados.
	Natural	Sí, creo que la tierra tiene elementos que se nos han dado para su provecho.

¿Qué hay que mejorar en consultorios y hospitales, por ejemplo, la comunicación con el médico, la atención médica, la rapidez, el trato del personal de salud?

ITEMS	CODIFICACIÓN	¿Qué hay que mejorar en consultorios y hospitales, por ejemplo, la comunicación con el médico, la atención médica, la rapidez, el trato del personal de salud?
Calidad	Atención	La atención médica
	Atención de calidad	Siento que la atención y rapidez porque hay ocasiones que por atender rápido, no exploran bien al paciente
	Atención de calidad	En muchos hospitales la atención médica no es de lo más agradable
	Atención oportuna	La atención
Tiempo	Atención rápida	Si hablamos de instituciones públicas la atención es rápida.
	Atención rápida	La rapidez en la atención
Comunicación	Comunicación médico paciente	Creo que hay que mejorar sobre todo la comunicación entre médico-paciente. Creo también que hay que haber más generalistas y menos especialistas para que las Colas en los centros de salud no sean tan largas.

	Comunicación médico paciente	La comunicación y el compartir de los planes terapéuticos.
	Comunicación médico paciente	Sobre todo la relación médico paciente
Sensaciones y sentimientos	Empatía	Empatía
	Empatía	Mejorar el trato del personal de la salud
	Empatía	El trato personal
	Empatía	Muy importante la empatía por parte del personal de salud con los pacientes
Falta de insumos	Escasez de medicamentos	Es necesario mejorar los mecanismos de atención dentro de las instituciones de salud pública. Como lo es la atención al paciente, celeridad en los procesos, garantizar el acceso a medicamentos y tratamientos así como mayor oportunidad de consulta.
Malestar en general	Mal servicio en general	Todas las anteriores.
	Mal servicio en general	En la pública todo: atención, puntualidad, trato, limpieza.
	Mal servicio en general	Todas las anteriores.
	Mal servicio en general	Todas las anteriores.
Organización	Organización	La atención y el tiempo de espera y el hecho de que no mantiene tus datos de forma organizada.
	Organización	Filas, registro de cuestiones históricas, cada vez que tengo que ir a un médico diferente, me hacen preguntas similares que ya hizo un médico anterior.
	Organización, comunicación	Comunicación y organización
Individualidad	Personalización	Trato personalizado y tiempos