

Epistemopolítica en la salud: debate contemporáneo

Epistemopolitics in health: a contemporary debate

Epistemopolítica em saúde: um debate contemporâneo

Juan Alberto Gómez Santos. ID. 0009-0007-2208-4048

Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Enfermería, Chilpancingo Guerrero, México, email: 15981@uagro.mx

ROR: <https://ror.org/054tbkd46>

Recibido: 2026-06-25

Revisado: 2026-07-03

Aprobado: 2026-07-06

Publicado: 2026-07-27

Resumen

La importancia del tema se da en un contexto de crisis civilizatoria, donde el bienestar se subordina a la lógica de la acumulación global, la reflexión sobre los marcos conceptuales que naturalizan la enfermedad se vuelve urgente. Este artículo aborda la necesidad de dismantlar las estructuras teóricas y prácticas que han despojado a la salud de su dimensión colectiva, histórica y ecosistémica, situando la discusión en el cruce entre la epistemología política, la justicia hermenéutica y el pensamiento complejo. La hipótesis central sostiene que el paradigma biomédico dominante no constituye un reflejo neutral del avance científico, sino una construcción epistemológica funcional a la acumulación capitalista y a los intereses de las corporaciones farmacéuticas transnacionales. Este modelo reduce la complejidad del proceso salud-enfermedad a una dimensión puramente biológica, local e individual, generando un desorden epistémico y una injusticia hermenéutica que expropia la autoridad cognitiva de los sujetos y de los saberes alternativos. Mediante un análisis interdisciplinario fundado en la epistemología política, la epidemiología crítica, el enfoque ecosocial y el

pensamiento complejo, el estudio revisa la literatura especializada para deconstruir los atributos del determinismo mecanicista —precedencia temporal, covariación y aislamiento— y contrasta el modelo hegemónico con las prácticas ancestrales de los pueblos Mé'pháá y Tu'un savi en Guerrero, México. El trabajo concluye que la superación del reduccionismo biomédico exige la articulación de un nuevo paradigma de salud, concebido como un proceso colectivo, histórico y ecosistémico de preservación de la vida. La convergencia entre la epidemiología crítica, el enfoque ecosocial y la praxis herbolaria comunitaria abre la posibilidad de un pluralismo epistemológico simétrico, que devuelve autonomía y dignidad cognitiva a las comunidades frente al monopolio farmacéutico e industrial.

Palabras clave: epistemopolítica, salud, debate, sistema sanitario, profesionales sanitarios

Abstract

The importance of this topic arises within a context of civilizational crisis, where well-being is subordinated to the logic of global accumulation, making reflection on the conceptual frameworks that naturalize illness urgent. This article addresses the need to dismantle the theoretical and practical structures that have stripped health of its collective, historical, and ecosystemic dimensions, situating the discussion at the intersection of political epistemology, hermeneutic justice, and complex systems thinking. The central hypothesis argues that the dominant biomedical paradigm is not a neutral reflection of scientific progress, but rather an epistemological construct that serves capitalist accumulation and the interests of transnational pharmaceutical corporations. This model reduces the complexity of the health-illness process to a purely biological, local, and individual dimension, generating epistemic disorder and hermeneutic injustice that expropriates the cognitive authority of individuals and alternative forms of knowledge. Through an interdisciplinary analysis grounded in political epistemology, critical epidemiology, the ecosocial approach, and complex systems thinking, this study reviews the specialized literature to deconstruct the attributes of mechanistic determinism—temporal precedence, covariation, and isolation—and contrasts the hegemonic model with the ancestral practices of the Mé'pháá and Tu'un Savi peoples in Guerrero, Mexico. The work concludes that overcoming biomedical reductionism requires the articulation of a new health paradigm, conceived as a collective, historical, and ecosystemic process of preserving life. The convergence of critical epidemiology, the

ecosocial approach, and community-based herbal practices opens the possibility of a symmetrical epistemological pluralism, which restores autonomy and cognitive dignity to communities in the face of the pharmaceutical and industrial monopoly.

Keywords: epistemopolitics, health, debate, health system, health professionals

Resumo

A importância deste tema surge num contexto de crise civilizacional, em que o bem-estar é subordinado à lógica da acumulação global, tornando urgente a reflexão sobre os quadros conceptuais que naturalizam a doença. Este artigo aborda a necessidade de dismantlar as estruturas teóricas e práticas que despojaram a saúde das suas dimensões coletiva, histórica e ecossistémica, situando a discussão na intersecção da epistemologia política, da justiça hermenéutica e do pensamento de sistemas complexos. A hipótese central argumenta que o paradigma biomédico dominante não é um reflexo neutro do progresso científico, mas sim uma construção epistemológica que serve a acumulação capitalista e os interesses das empresas farmacêuticas transnacionais. Este modelo reduz a complexidade do processo saúde-doença a uma dimensão puramente biológica, local e individual, gerando desordem epistémica e injustiça hermenéutica que expropria a autoridade cognitiva dos indivíduos e de formas alternativas de conhecimento. Por meio de uma análise interdisciplinar fundamentada na epistemologia política, na epidemiologia crítica, na abordagem ecossocial e no pensamento de sistemas complexos, este estudo revisa a literatura especializada para desconstruir os atributos do determinismo mecanicista — precedência temporal, covariância e isolamento — e contrasta o modelo hegemônico com as práticas ancestrais dos povos Mé'pháá e Tu'un Savi em Guerrero, México. O trabalho conclui que a superação do reducionismo biomédico exige a articulação de um novo paradigma de saúde, concebido como um processo coletivo, histórico e ecossistémico de preservação da vida. A convergência da epidemiologia crítica, da abordagem ecossocial e das práticas fitoterápicas comunitárias abre a possibilidade de um pluralismo epistemológico simétrico, que restaura a autonomia e a dignidade cognitiva das comunidades diante do monopólio farmacêutico e industrial.

Palavras-chave: epistemopolítica, saúde, debate, sistema de saúde, profissionais de saúde

Introducción

En el escenario contemporáneo de las ciencias sociales y los estudios de la salud, se vuelve imperativo cuestionar los marcos conceptuales que naturalizan la enfermedad y mercantilizan el bienestar. El presente artículo se inscribe en esta veta crítica, abordando la urgencia de dismantelar las estructuras teóricas y prácticas que han subordinado la vida humana a las dinámicas de la acumulación global. A través de un análisis interdisciplinario fundado en la epistemología política y el pensamiento complejo, este trabajo examina cómo los modelos de atención vigentes no solo responden a criterios clínicos, sino que operan como dispositivos de control y reproducción económica.

La hipótesis central que vertebra esta investigación postula que el paradigma biomédico dominante —estructurado bajo el modelo de la simplicidad y el determinismo mecanicista— no es un reflejo neutral del avance científico, sino una construcción epistemológica y una narrativa simulada funcional a la etapa actual de reproducción capitalista y a los intereses de las corporaciones farmacéuticas transnacionales (Big Pharma), la cual reduce la complejidad del proceso salud-enfermedad a una dimensión puramente biológica, local e individual para asegurar la máxima ganancia a expensas de la vida. A partir de este supuesto, el texto desentraña los mecanismos mediante los cuales la medicina institucionalizada genera un desorden epistémico y una injusticia hermenéutica que expropia la autoridad cognitiva de los sujetos y de los saberes alternativos.

Estructura y Contenido del Estudio. Para demostrar la hipótesis planteada, el cuerpo del artículo se organiza rigurosamente en tres apartados fundamentales:

El primer apartado se dedica al abordaje crítico del paradigma biomédico y su arraigo en el determinismo mecanicista de precedencia temporal, covariación y aislamiento. Desde las coordenadas del pensamiento complejo, se reseña cómo este enfoque mutila el conocimiento del ser humano al aplicar el paradigma de la simplicidad, reduciendo la salud a causas locales e inmediatas e imponiendo respuestas rígidas, individualizadas y biologicistas que sufren de una profunda ceguera del contexto y eluden la causalidad recursiva del binomio pobreza-enfermedad.

El segundo apartado analiza la hegemonía biomédica bajo las categorías de la epistemología política y la injusticia hermenéutica. Se reseña aquí la manera en que el mercado dictamina

los criterios de validez científica, provocando una marginación y silencio hermenéutico sobre las prácticas ancestrales y colectivas. Este fenómeno actúa como una ignorancia estratégica que favorece a los grupos dominantes, provocando un vacío en los recursos de inteligibilidad colectiva y despojando a las comunidades —como los pueblos indígenas Mé'pháá y Tu'un savi— de las herramientas conceptuales para dar sentido a su propia curación dentro de las políticas públicas institucionales.

El tercer apartado se concentra en la construcción de alternativas contrahegemónicas mediante la ecología de la emancipación y el etnodesarrollo. Se reseña la convergencia de vanguardia entre la Epidemiología Crítica Latinoamericana, el enfoque ecosocial y el pensamiento complejo a través de categorías clave como la determinación social de la salud y el metabolismo sociedad-naturaleza. Asimismo, se rescata la praxis herbolaria y los huertos medicinales comunitarios como expresiones de resistencia ecosistémica y control cultural que demuestran la viabilidad de un pluralismo epistemológico simétrico frente al monopolio farmacéutico e industrial.

El objetivo último de este trabajo desborda la mezquina descripción de las asimetrías existentes en la salud pública para contribuir activamente a la génesis de un nuevo paradigma de salud que sea capaz de superar las profundas falencias, reduccionismos e insuficiencias del paradigma biomédico dominante. Busca incidir en la deconstrucción de ese modelo que fragmenta los cuerpos y somete la vida a los dictados de valor del mercado corporativo, se impone el compromiso de sumar a la matriz epistémica emancipatoria y transdisciplinar que está en construcción por los autores referidos en la obra) que concibe la salud como un proceso colectivo, histórico y ecosistémico de preservación de la vida, devolviendo la autonomía y la dignidad cognitiva a las comunidades. Se declara que se ordenaron ideas a partir de la IA, Ver Anexo.

I. Antagonismo entre paradigmas de salud, un análisis desde la epistemopolítica

La Epistemología política, es definida por Broncano (2024), como el campo disciplinar de intersección entre la filosofía política y la epistemología, cuyo objeto de estudio es la *influencia del orden epistémico sobre el orden social y, de manera recíproca, cómo un orden social injusto impacta la agencia cognitiva de los sujetos*.

En tanto disciplina científica, ofrece un marco teórico robusto para comprender las complejas interacciones entre el conocimiento, el poder y la justicia en las sociedades contemporáneas. En el pensamiento de Broncano, la autoridad epistémica debería ser detentada y ejercida por quienes actúan con responsabilidad y virtud para el bien común. Sin embargo, en la realidad política, esta autoridad es frecuentemente expropiada o simulada por quienes adaptan el conocimiento para ejercer un poder político legitimado pero injusto.

Para esclarecer de mejor manera fenómenos de esta índole se recurre a la categoría de desorden epistémico, definido como una situación estructural de conflictividad y distorsión en las prácticas, instituciones y flujos de conocimiento, en la que se degrada la calidad epistémica de la esfera pública mediante la manipulación, la desigual distribución de recursos cognitivos y la producción social de ignorancia (Broncano, 2024). Es así que el análisis del conocimiento no puede separarse de las condiciones sociales y políticas que lo configuran. Uno de los fenómenos del desorden epistémico y en una relación recursiva con este (como indicaría Morin) es el de la privatización del conocimiento que lejos de ser exclusivamente un fenómeno económico significa la reconfiguración ontológico-política del estatuto epistémico del saber. En tanto la producción de conocimiento se distorsiona, se priorizan intereses estratégicos, y se debilita la racionalidad pública.

Ya en un plano social amplio, la privatización no solo distribuye desigualdades, cuando está desbordada hasta la dimensión epistémica, reconfigura los criterios de verdad y relevancia, desplazándolos hacia la rentabilidad. La privatización del conocimiento expresa una subordinación de la verdad (criterio epistémico) a la utilidad económica (criterio político).

Al privatizarse el saber, las corporaciones han adquirido autoridad epistémica que inexorablemente deviene concentración de poder epistémico, análoga a la ingente concentración económica capitalista, lo que afecta directamente la democracia cognitiva, con

repercusiones tales como la pérdida de autonomía de las comunidades científicas, y el acceso jerárquico o elitista al conocimiento.

Esto sucede en múltiples campos del conocimiento. En esta ocasión, será abordado el de la epidemiología, escenario de enfrentamientos entre paradigmas antagónicos y aparentemente irreconciliables, en la medida que respecto al bienestar común algunos persiguen el propósito de alcanzarlo, y otros más simulan la marcha en ese sentido para encubrir, aunque vanamente, su interés fundamental por el lucro, la obtención de la máxima ganancia a expensas de la vida y la salud del ser humano, e infligiendo daños incommensurables sobre la naturaleza.

Pero habrá que ir por partes. En primera instancia se emprenderá el abordaje crítico de la predominancia del paradigma biomédico.

La denominada medicina científica

En el cometido de liberarse de la narrativa epistemológica en la que se sostiene la medicina alópata heredera de la física Newtoniana, es perentorio recurrir a Broncano (2024).

En el campo de la epidemiología, aunque de suyo tan romantizado como un escenario neutral, la narrativa del paradigma biomédico hegemónico simula promover e incidir en el bienestar común, para encubrir vanamente su interés fundamental de obtener la máxima ganancia a expensas de todo tipo de vida, principalmente la humana y la de las demás especies del entorno natural. Es así que la estructura de su discurso metódico está dirigido a ocultar en el estudio de la enfermedad "...las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza" (Brailh, 2017, p. 22). Lo cual no es ajeno a las relaciones de la ciencia con el poder y el desorden epistémico o ignorancia estratégica

A estas alturas es impostergable, develar los tres atributos que la medicina alópata, autodenominada científica, acusa del determinismo mecanicista. Para el primero de ellos, la Precedencia temporal, refiere que la causa siempre precede al efecto; mientras, el segundo la covariación, la magnitud del efecto está determinada por la magnitud de la causa y se expresa como una función matemática univariada directa o inversa; y, en íntima relación con los dos precedentes, el tercer atributo, el del aislamiento postula que no exista otra causa que pueda explicar el efecto. En ese sentido, para determinar la causalidad, el sistema en estudio reduce

arbitrariamente el número de variables, idealmente a una independiente (causa) y otra dependiente o efecto; y se cancelan las adicionales soslayando su probable o comprobada relevancia.

En la práctica, las largas cadenas multicausales se reducen a los dos últimos eslabones, por lo que Basarab Nicolescu señala que siempre se puede encontrar una causa tan cercana al efecto que tenga un comportamiento lineal y predecible, a la cual califica como una causa local o inmediata, de esta forma se dejan de lado las causas de las causas (Nicolescu, 1996), asimismo, se ignoran los sistemas que se causan a sí mismos y presentan autoorganización. Las limitaciones de este paradigma hegemónico en la medicina, que no requieren de una auscultación minuciosa para detectarse, son las siguientes:

La enfermedad se reduce a causas "locales" e inmediatas: Según Basarab Nicolescu, este enfoque se limita a los últimos eslabones de una cadena, logrando predictibilidad lineal pero ignorando las causas de las causas. Exclusión de la complejidad: Este modelo es incapaz de explicar sistemas con autoorganización o procesos que se causan a sí mismos, al enfocarse únicamente en lo lineal y lo divisible.

Desde este enfoque, Crocket et al (2024), la enfermedad aparece como una ruptura de la continuidad funcional del individuo, las intervenciones solo se dan bajo demanda de los pacientes cuando ven afectada su vida y aparecen síntomas y signos, y se evita actuar en la fase preclínica con la promoción de la salud y la prevención. El sistema de salud actúa exclusivamente sobre los individuos, y sobre las causas locales, se tiende a intervenir y a focalizar los recursos en una parte de la persona, con un enfoque centrado en los trastornos de la biología individual, a la cual se le da un manejo estándar que puede no corresponderse a las variaciones genómicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales de la persona específica. En con, la respuesta es tardía, individual, biologicista, focalizada, estandarizada y rígida. El sistema de salud no se adapta a los pacientes, sino que los pacientes deben adaptarse al sistema de salud. Este pensamiento se expresó en el modelo de Abraham Flexner. Desde la perspectiva del pensamiento complejo (propuesto por autores como Edgar Morin), la autodenominada medicina científica representa una aplicación clásica del paradigma de la simplicidad. Es así porque desde sus fundamentos la medicina moderna reduce al paciente a *partes rotas* (órganos o moléculas). Para el pensamiento complejo, esto constituye un error epistemológico grave puesto que el todo es más que la suma de sus partes. Al aislar el órgano

del cuerpo, y al cuerpo de su entorno social, se pierde la *emergencia*, es decir, las propiedades que solo aparecen cuando el sistema es analizado completo y en interacción. La medicina científica no ve al enfermo, sino a la enfermedad aislada en un laboratorio.

Al contrario de la ciencia médica moderna predominante empeñada en la búsqueda de una relación lineal (la variable A determina la variable B), la complejidad propone la causalidad recursiva, de forma tal que los efectos retroactúan sobre las causas. Al eludir el análisis de la base económica del sistema capitalista, el modelo industrial de salud ignora que la pobreza genera enfermedad, pero ésta a su vez profundiza la pobreza, creando un bucle que no puede explicarse con una simple función matemática o un aislamiento de variables.

La medicina alópata es incapaz de plantearse una premisa de los fenómenos reales, la que sí es identificada por el pensamiento complejo: el Diálogo Orden-Desorden-Organización. Cuando la primera recurre, lo que es bastante frecuente, al paradigma de la simplicidad lo hace en pos de eliminar la incertidumbre y el desorden mediante protocolos rígidos y la estandarización.

En cambio, desde la complejidad se entiende que la salud no es un estado fijo de "orden", sino un equilibrio dinámico que incluye el desorden (la enfermedad o el estrés). Intentar "estandarizar" a todos los pacientes bajo un mismo algoritmo ignora la singularidad, que es una propiedad fundamental de los sistemas vivos. El médico no debería ser un "operario de máquinas", sino un estratega que gestiona la incertidumbre.

En la ruta de comparar los postulados de la medicina alópata respecto al pensamiento complejo, inexorablemente se arriba a la confronta de la abstracción con la contextualización. Mientras la medicina científica busca leyes universales válidas en cualquier lugar (validez universal), el pensamiento complejo sostiene que extraer al ser humano de su ecosistema, su cultura y su historia para estudiarlo en un laboratorio, deviene conocimiento puro pero estéril. En sus severas limitaciones, la medicina actual sufre de una ceguera del contexto, de tal forma que tratamientos exitosos en ensayos clínicos fracasan en la realidad social de las comunidades.

Desde su fragilidad epistémica, el paradigma de la simplicidad que separa artificialmente las ciencias naturales de las sociales, no arriba a la noción de que el ser humano es un sistema biopsicosocial, La Rosa (2012). En cambio, el pensamiento complejo, al abogar por la transdisciplinariedad, donde el conocimiento biológico y el saber comunitario se entrelazan,

supera la visión sostenida por la medicina moderna de que solo lo que ocurre en el laboratorio es verdad científica.

En suma, Edgar Morin advierte sobre la "inteligencia ciega", un enfoque que destruye los conjuntos y las totalidades al aislar los objetos de sus contextos. En la medicina actual, esto se traduce en una ceguera del contexto: tratamientos exitosos en ensayos clínicos fracasan en la realidad social de las comunidades porque, como explica Morin (1990), la simplificación "mutila el conocimiento del ser humano", ignorando que la vida es, por definición, creativa, incierta y auto-organizada, y que al tratarla como un proceso industrial predecible, deshumaniza la práctica médica

No es robusto sostener que el conocimiento médico proveniente de los experimentos se puede transferir de manera automática a todo tipo de pacientes pensando que los procesos causales, diagnósticos y de tratamiento van a actuar de conformidad con los resultados experimentales promedio, sino que debe ser verificado caso por caso, y cuando corresponda modificar o ajustar el tratamiento, y también si las desviaciones fuesen frecuentes, deberá dar origen a nuevas investigaciones para buscar los factores no considerados que alteran los resultados.

II. Análisis de la hegemonía biomédica: Una aproximación desde la epistemología política y la injusticia hermenéutica

La epistemología política al orientarse al análisis de las interacciones entre el saber, la gobernanza y el orden social, examina cómo un orden social injusto puede producir daños significativos en la agencia epistémica de personas y colectivos, lo que deriva en la creación de conceptos críticos como la opresión y la ignorancia estratégica. En este marco, la autoridad epistémica no es un elemento aislado, sino que se encuentra en una tensión dialógica constante con el poder entendido como dominación. Bajo el principio de recursividad, se observa que quienes ocupan posiciones epistémicas precarias debido a estructuras de poder hegemónicas sufren un déficit cognitivo que les impide mejorar su posición social, retroalimentando un bucle de subordinación.

En el campo de la medicina, de manera hologramática, estas macroestructuras de poder — como los intereses de la *Big Pharma* — se manifiestan en la microfísica de la relación médico-paciente, donde el mercado dicta los criterios de verdad y validez del conocimiento. Así, la

epistemología política revela que la distribución del conocimiento no es neutral, sino que responde a diseños institucionales que pueden socavar la credibilidad de sistemas de saber alternativos para favorecer la hegemonía de un modelo económico y político específico.

Por su parte, la violencia o injusticia hermenéutica inflige un daño específico a la capacidad de los sujetos para dar sentido a sus experiencias sociales. Este fenómeno ocurre cuando existe una laguna en los recursos de interpretación colectiva, lo cual deja las vivencias de ciertos grupos en una zona de ininteligibilidad. En el contexto de la prestación de servicios de salud, la imposición del paradigma biomédico sobre las prácticas ancestrales de comunidades rurales ejemplifica esta injusticia: el sistema reduce la multidimensionalidad del ser humano (emocional, mental y espiritual) a variables estrictamente fisiológicas, despojando al sujeto de las herramientas conceptuales necesarias para comunicar su realidad. Esa marginación hermenéutica no es accidental, sino que se comporta como una ignorancia blanca o estratégica que favorece los intereses de los grupos dominantes al invalidar cualquier legado de curación que no sea mercantilizable. Al soslayar lo ancestral y otros paradigmas como el Homeopático, por considerarlos "no científicos", el orden social daña la agencia epistémica de los colectivos, expropiando su conocimiento y sometiendo tanto a los Estados como a la sociedad a la lógica del mercado farmacéutico. En última instancia, la violencia hermenéutica funciona como un mecanismo de desposesión que impide que el individuo se reconozca como un sujeto de conocimiento válido, obligándolo a habitar un marco conceptual ajeno que traiciona su propia naturaleza

La disputa por la autoridad epistémica en el campo de la salud: epidemiología crítica frente a la hegemonía biomédica

El campo de la epidemiología contemporánea no constituye un espacio de neutralidad científica, sino un "campo de batalla" donde convergen y colisionan ideologías antagónicas respecto a la vida y la salud. En esta tensión dialógica, la epidemiología convencional, estrechamente ligada al paradigma biomédico, opera como un instrumento funcional a los intereses políticos hegemónicos y a la lógica de mercado de la *Big Pharma*. Esta vertiente tiende a reducir la complejidad de la salud a variables fisiológicas aisladas, ejerciendo lo que se denomina una "ignorancia estratégica" que invisibiliza las raíces sociales y

multidimensionales del padecimiento humano. Al imponer este marco conceptual restrictivo, el poder hegemónico incurre en una forma de violencia hermenéutica que despoja a los colectivos de las herramientas necesarias para interpretar su realidad sanitaria de manera integral.

Frente a esta dominación, la epidemiología crítica emerge como la depositaria de una autoridad epistémica legítima, fundamentada en la "justicia en el reconocimiento de la autoridad del otro" y en la defensa de la vida como bien común. Esta postura sostiene que la salud está sujeta a una determinación social dinámica, donde las estructuras de poder y la acumulación de capital son los verdaderos motores de la enfermedad. Sin embargo, en el actual "desorden epistémico", los actores con gran poder económico despliegan técnicas de manipulación y descalificación para erosionar la credibilidad y la confianza de estas visiones alternativas. Este proceso de "expropiación del conocimiento" busca transformar la autoridad en mera dominación, sometiendo a los Estados y a las sociedades a un régimen donde la salud se subordina a las señales de valor del mercado farmacéutico, fracturando así la agencia epistémica de las comunidades rurales y urbanas.

Aplicando el marco teórico de Miranda Fricker (2017) al escenario de la salud pública y la medicina ancestral, la violencia hermenéutica se replica a través de un proceso de marginación hermenéutica.

Este fenómeno ocurre cuando los conceptos, categorías y el lenguaje del paradigma biomédico se imponen como el único "archivo" de significados válidos, dejando a las comunidades rurales sin herramientas reconocidas institucionalmente para comunicar su experiencia de salud-enfermedad.

A continuación, se describe cómo se manifiesta esta violencia:

El Vacío en los Recursos de Inteligibilidad Colectiva

Fricker sostiene que la injusticia hermenéutica surge cuando hay una laguna en los recursos de interpretación compartidos.

En la práctica: El sistema público de salud utiliza un lenguaje técnico-fisiológico (biomédico), inaccesible a las personas de una comunidad rural cuando ellas intentan explicar un padecimiento desde una visión multidimensional (por ejemplo, el "susto", el "desequilibrio espiritual" o el "daño emocional" vinculado al territorio), el sistema no tiene una "casilla" conceptual para procesar esa información.

La violencia: Al no existir esos conceptos en el protocolo oficial, la experiencia del paciente se vuelve ininteligible para el Estado. Lo que el paciente siente es real, pero "no existe" en el registro médico.

La violencia no es solo la falta de palabras, sino la **exclusión activa** de los saberes ancestrales del pool de conocimientos legítimos. En esa tesitura se impone una suerte de silencio Hermenéutico sobre el que se monta una jerarquía del saber **donde** el paradigma biomédico opera como una estructura de poder que dicta qué es ciencia y qué es superstición.

En consecuencia, al soslayar el legado ancestral, se le quita al individuo su agencia epistémica. El sujeto no puede dar sentido a su propia curación dentro del servicio público porque el sistema le impone un marco (el fisiológico) que es reduccionista respecto a su realidad mental y espiritual.

Desde una perspectiva ideológica, esta violencia produce un daño profundo en la identidad de las comunidades en dos aspectos: la auto-alienación, al provocar que el paciente dude de su propio entendimiento de la salud si la autoridad (el médico/el Estado) invalida sistemáticamente su cosmovisión; aunada a la injusticia estructural, toda vez que se crea una barrera de acceso al obligar a la comunidad rural a traducir sus dolencias a un idioma que además de ajeno traiciona la naturaleza multidimensional de su ser, o bien, a aceptar un tratamiento al que consideran incompleto porque ignora lo emocional y espiritual.

La replicación en políticas públicas

La violencia hermenéutica se institucionaliza cuando las guías de práctica clínica ignoran la pertinencia cultural y al considerar que la eficacia solo es medible en términos bioquímicos, descartando la armonía con la naturaleza o la sanación comunitaria como variables no científica.

A la postre, la violencia hermenéutica, no consiste en el asunto anodino de la falta de un diccionario médico bilingüe, sino la incapacidad del sistema de salud para reconocer como conocimiento cualquier cosa que no encaje en el molde biomédico. Esto deja a las comunidades rurales en una situación de desventaja comunicativa estructural: tienen una experiencia de bienestar rica y compleja, pero son mudas ante un sistema que solo escucha latidos y mide niveles de glucosa, ignorando la integridad del ser humano, así "La injusticia

hermenéutica consiste en que una laguna en los recursos de interpretación colectiva oculta una parcela de la experiencia social de alguien ante la comprensión propia y ajena" (Fricker, 2017, p. 245).

La red de la vida y el cosmos: complejidad, etnodesarrollo y resistencia epistémica en la medicina tradicional indígena

La crisis civilizatoria contemporánea, espoleada por el proyecto moderno-capitalista, evidencia los límites de un paradigma reduccionista que escinde al ser humano de su entorno natural y cósmico. Frente a este monismo ontológico y epistemológico de Occidente, las culturas originarias emergen no como vestigios del pasado, sino como alternativas civilizatorias vigentes. Por ende, es eneludible examinar, desde las coordenadas del pensamiento complejo, la imbricación armónica entre el cosmos, la naturaleza y el ser indígena, materializada en la praxis de la medicina tradicional.

A través de un instrumental analítico interdisciplinario, se procederá a continuación a desglosar este fenómeno en dos momentos: primero, desde sus dimensiones ontológica y epistemológica, empleando los grandes principios de la complejidad; y segundo, desde una perspectiva crítica que devela el avasallamiento infligido por la epistemopolítica dominante y la violencia hermenéutica. El análisis se sitúa empíricamente en las experiencias de resistencia y etnodesarrollo de los pueblos Mé'pháá y Tu'un savi de Guerrero, México, demostrando que su sistema de salud comunitario es una emergencia ecosistémica indispensable para la sustentabilidad de la vida.

El tejido de la physis y el cosmos: análisis ontológico y epistemológico desde la complejidad

Para comprender la medicina tradicional indígena, es menester abandonar el reduccionismo mecanicista que concibe a la salud como la mera ausencia de patógenos biológicos. Desde el pensamiento complejo, la realidad se estructura como un tejido interconectado (*complexus*: lo que está tejido junto), donde las dimensiones biológica, social, espiritual y cósmica son indisociables.

El principio hologramático de la complejidad postula que no solo la parte está en el todo, sino que el todo está inscrito en la parte. En la cosmovisión de los pueblos originarios, este principio adquiere una concreción ontológica radical: el ser indígena no habita la naturaleza; *es* la naturaleza. La salud y la enfermedad no son estados aislados del individuo, sino manifestaciones de la armonía o el desajuste del entramado cósmico.

Como elemento esencial de este ordenamiento, el Buen Vivir (*Sumak Kawsay* o *Suma Qamaña*) dimana directamente de esta filosofía, cimentando los equilibrios de los ecosistemas en una profunda espiritualidad y una comunión sagrada con el cosmos (Acosta, 2010; Miranda-Zambrano & Mejía-Rocha, 2015). Aquí, las variables clave del bienestar se configuran de manera interdefinible:

- **Salud y Bienestar Espiritual:** La salud es un estado de equilibrio relacional con las deidades naturales (madre tierra, agua, aire y fuego).
- **Comunidad y Medio Ambiente:** El sujeto no es el individuo atomizado del neoliberalismo, sino el colectivo expandido que incluye a los ancestros, los animales, las plantas y el territorio.

El principio de recursividad rompe con la linealidad causa-efecto: los efectos son, al mismo tiempo, causantes y productores de aquello que los produce. En la medicina tradicional, los procesos de adolecer ejemplifican esta circularidad:

"Las enfermedades culturales son ocasionadas por factores sobrenaturales (encantos, vientos y malos espíritus) que actúan de forma autónoma o bien animadas por personas que por encargo causan daño" (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2006, p. 133).

Trastornos como el *susto*, el *mal de ojo*, el *empacho*, la *vergüenza* y la *brujería* no pueden ser diseccionados bajo el microscopio clínico occidental porque constituyen emergencias sistémicas. Son el resultado recursivo de una perturbación en las interacciones entre la superficie de la tierra, el inframundo y el cosmos (López-Austin, 2004; Vergara, 1995). El curandero, por ende, no opera como un técnico reparador de órganos, sino como un mediador homeostático que restablece el bucle relacional entre el paciente, su comunidad y las fuerzas cósmicas.

A su vez, el principio dialógico permite mantener la dualidad en el seno de la unidad, asociando términos que son a la vez complementarios y antagonistas. El etnodesarrollo — definido como la capacidad social de un pueblo para construir su futuro empleando su

experiencia histórica y sus recursos culturales (Bonfil, 1982)— opera bajo esta lógica dialógica. No se trata de un aislamiento folclórico, sino de una apertura reflexiva.

La praxis herbolaria de los pueblos Mé'pháá y Tu'un savi demuestra este principio al amalgamar dinámicamente recursos endógenos y exógenos (Esteve, 1996; Olivé, 2009). En sus territorios, la capacidad terapéutica del entorno integra plantas nativas con especies introducidas de diversas geografías: Australia, África y el Mediterráneo.

Esta apropiación e hibridación de conocimientos es lo que Bonfil (1991) denomina control cultural: la capacidad autónoma del colectivo para decidir sobre qué elementos culturales ajenos habrán de incorporarse a su matriz de significación. El diálogo de saberes (Gudynas, 2011a) permite que la incorporación de la acupuntura, la homeopatía o el temazcal (Cervantes, 2010) fortalezca el sistema de salud comunitario sin colonizar su núcleo ontológico.

Avasallamiento epistemopolítico y violencia hermenéutica: conflicto con la modernidad

Pese a su riqueza epistémica y su eficacia pragmática —demostrada al mitigar los embates del Covid-19 en comunidades rurales y aligerar la carga hospitalaria del Estado (Argueta-Villamar & Pérez-Ortega, 2022)—, la medicina tradicional coexiste bajo el asedio de las estructuras de poder de la condición colonial.

Como referente, la epistemopolítica designa la gestión política del conocimiento, es decir, los dispositivos institucionales que determinan qué saberes son válidos y cuáles son relegados al estatus de superstición o precientificidad. La medicina alopática occidental opera desde lo que Santiago Castro-Gómez denomina la *hybris del punto cero*: una postura arrogante que se pretende universal, neutral y deslocalizada.

A contrapelo de esta *hybris* de los especialistas alópatas, los médicos tradicionales (yerberos, parteras, rezanderos y hueseros) reconocen una alteridad radical: sus conocimientos no son propiedad privada suya ni una producción individual de su intelecto; son revelados y custodiados colectivamente para el beneficio de la humanidad (Narciso & Muchavisoy, 1997). El capitalismo cognitivo y la biomedicina oficial agreden esta lógica al exigir la

traducción de estos saberes al lenguaje de la farmacología positivista para otorgarles una legitimidad subalterna, despojándolos de su dimensión sagrada y comunitaria.

Como ya se ha narrado previamente, la violencia hermenéutica ocurre cuando las categorías interpretativas de un grupo dominante son impuestas para juzgar y etiquetar las experiencias de los sujetos marginados, privándolos de las herramientas conceptuales para significar su propia realidad. Tiene lugar cuando la psiquiatría o la medicina oficial etiquetan el *espanto* o la *vergüenza* como meras somatizaciones o síndromes de filiación cultural (Mayo-Mayo et al., 2024a), tales disciplinas se niegan a captar que estas afecciones son disrupciones de la ecología espiritual del sujeto.

Este avasallamiento no solo es discursivo; es bio-político y económico. El modelo neoliberal expolia la tierra, el aire y el agua, destruyendo los hábitats de la biodiversidad que sirven de sustento a la herbolaria tradicional (Acosta, 2010). Al destruir el territorio, se destruye el archivo epistémico de la comunidad.

El etnodesarrollo como praxis de resistencia compleja

Frente a la violencia hermenéutica, las comunidades indígenas oponen una resistencia que es simultáneamente epistémica, económica y ecológica. La reactivación de los huertos y jardines medicinales comunitarios —como la experiencia documentada de organización de mujeres mestizas e indígenas en Ayutla de los Libres, Guerrero (Mayo-Mayo, López-Ríos & Segura-Pacheco, 2020)— deviene en un claro ejemplo de etnodesarrollo relacional donde interactúan múltiples variables complejas:

- **Dimensión Ambiental:** Los huertos medicinales preservan la biodiversidad local, dotan de hábitat a la fauna endémica, fortalecen los nutrientes del suelo y optimizan la captación de lluvia (Acosta, 2001).
- **Dimensión Económica:** La venta de plantas y remedios herbolarios constituye el sustento financiero de familias campesinas desprovistas de ingresos monetarios fijos en tiempos de crisis civilizatoria (Martínez-Pérez et al., 2012), dinamizando circuitos de autoconsumo y trueque.

- **Dimensión Social y Política:** El fortalecimiento de la asamblea comunitaria y el "cambio de brazo" (trabajo recíproco) consolidan un tejido social autogestionario capaz de articular propuestas frente al desarrollo depredador.

La medicina tradicional, lejos de ser un saber estático en vías de extinción, demuestra una notable vigencia e identidad cultural (Molano, 2007). Representa una alternativa civilizatoria basada en la etnoagronomía y la etnobotánica que, a través de la autogestión de la salud, planta cara a la mercantilización de la vida.

El análisis de la medicina tradicional de las culturas originarias bajo el prisma del pensamiento complejo devela que la salud humana es una propiedad emergente del bucle recursivo Cosmos-Naturaleza-Comunidad. La pretensión moderna de aislar al individuo y mercantilizar el sufrimiento se estrella contra la sofisticación ontológica del Buen Vivir y el control cultural indígena.

Para superar la crisis civilizatoria actual, es imperativo detener el avasallamiento epistemopolítico y la violencia hermenéutica que ejercen las instituciones hegemónicas. El camino no radica en la asimilación de la medicina tradicional por parte de la biomedicina occidental, sino en la apertura hacia un verdadero pluralismo epistemológico. El diálogo de saberes debe ser un espacio simétrico donde la ciencia alopática reconozca sus propios límites cognitivos y asuma, con humildad, que la preservación de la vida en el planeta requiere volver a tejer los hilos sagrados que nos unen al cosmos.

III. Convergencias entre el enfoque ecosocial, la epidemiología crítica y el pensamiento complejo en la reconceptualización de la salud

La crisis civilizatoria contemporánea ha puesto en evidencia las profundas limitaciones de los modelos médicos hegemónicos de corte positivista y flexneriano. Durante décadas, la biomedicina y la epidemiología convencional operaron bajo un reduccionismo que aislaba al fragmento biológico de su tejido histórico, territorial y social. Frente a este panorama, emergió la necesidad imperativa de articular marcos epistemológicos de vanguardia que

asumen la multidimensionalidad de la vida. En ese sentido apunta la amalgama teórica entre el enfoque ecosistémico y ecosocial de la salud y la Epidemiología Crítica Latinoamericana (ECL), estructurados bajo el andamiaje transdisciplinar del pensamiento complejo. La integración de estos enfoques permite superar la visión fragmentaria de la enfermedad, proponiendo en su lugar una comprensión de la salud como un proceso dinámico de autorregulación y emancipación, determinado por el metabolismo entre la sociedad y la naturaleza.

Sugerencia para una matriz epistemológica común

Para comprender la articulación entre el enfoque ecosocial y la ECL, es indispensable situar el análisis en el horizonte del pensamiento complejo. La complejidad de los fenómenos de salud-enfermedad radica en que no pueden ser explicados mediante relaciones lineales de causa-efecto o a través de la simple suma de factores de riesgo individuales. El enfoque complejo asume que la realidad está compuesta por sistemas abiertos, caracterizados por la multidimensionalidad, la emergencia, la incertidumbre y la no-linealidad. Bajo este marco, el organismo humano no se concibe como una máquina aislada, sino como un sistema vivo inmerso en sistemas mayores (familias, comunidades, ecosistemas) con los cuales mantiene intercambios permanentes de materia, energía e información. Esta visión fractal de la realidad exige metodologías adaptativas y aproximaciones transdisciplinarias que reconozcan las sutiles interacciones entre el código genético, la subjetividad humana, las estructuras de poder y los ciclos ecológicos.

En efecto, la epidemiología convencional tiende a descontextualizar los datos a través de la noción de riesgo, tratándolo como una variable estadística despojada de su anclaje histórico. Por el contrario, la Epidemiología Crítica Latinoamericana (ECL), liderada conceptualmente por Jaime Breilh, propone la categoría fundacional de la determinación social de la salud. Esta noción establece que los perfiles epidemiológicos de las colectividades no son el resultado del azar o de conductas individuales puramente biológicas, sino que están determinados por los modos de reproducción social y las relaciones de poder intrínsecas al modo de producción dominante.

En suma, la concepción de la enfermedad y la configuración de la salud pública implican una ruptura epistemológica respecto del modelo funcionalista tradicional, al sustituirlo por una perspectiva de epidemiología crítica centrada en la determinación social.

Esta corriente crítica latinoamericana accede a la noción de enfermedad como proceso social y como perfil epidemiológico en la medida en que supera la comprensión superficial de la enfermedad como un evento biológico aislado o como la mera agregación de factores de riesgo, situándola, en cambio, en el marco dinámico de la reproducción social.

Este desplazamiento teórico se profundiza con la deconstrucción del causalismo, al cuestionar la explicación lineal de causa-efecto y la noción de riesgo individual, en tanto ambas reducen la complejidad de los procesos de salud a una representación fragmentaria de la realidad (Breilh, 2017). En su lugar, se propone abandonar el análisis de factores aislados para orientarse hacia la comprensión de que la génesis social del proceso salud-enfermedad se encuentra en el contexto de la reproducción social.

Asimismo, se introduce la categoría de perfil epidemiológico como una síntesis explicativa que permite comprender cómo las condiciones de salud de distintos grupos humanos configuran patrones específicos. Esta categoría trasciende el mero registro estadístico, al incorporar el análisis de los modos de vida característicos de las distintas clases sociales y su incidencia en la configuración de los procesos de salud.

En la trayectoria epistemológica de este enfoque, la enfermedad es concebida como expresión fenotípica (a través de sus síntomas) y genotípica (desde su origen profundo en la base económica, las clases sociales y el poder) de un sistema social. En este sentido, Breilh (2017) sostiene que lo biológico no constituye una esfera autónoma, sino que se encuentra subsumido en lo social, lo cual implica que el modo de acumulación de capital y las estructuras de poder inciden directamente en la materialidad de los cuerpos.

Esta postura converge plenamente con el enfoque ecosocial de la salud. Ambos marcos sostienen que la enfermedad se comporta como un fenómeno fenotípico y relacional. Como señalan Abreu Hernández et al. (2024), el conocimiento médico derivado de experimentos de laboratorio no puede transferirse de manera mecánica y universal a todo tipo de pacientes, puesto que el contexto ecosocial altera la respuesta biológica de forma única. La pretendida pureza del dato experimental se quiebra ante la heterogeneidad de los territorios reales, donde

la vulnerabilidad se distribuye según la triple inequidad, a saber, de clase, género y etnia descrita por la ECL.

En esa ruta crítica, el punto de sutura ontológica entre la ECL y el enfoque ecosistémico se halla en la categoría del metabolismo sociedad-naturaleza. Desde la perspectiva crítica de Breilh (2014), el metabolismo no se limita a un proceso celular o biológico endógeno; representa la forma histórica en que los sistemas sociales intervienen, explotan y transforman los ciclos biogeoquímicos de la naturaleza para la producción y el consumo. Bajo la lógica del capital y las corporaciones globales (incluido el complejo médico-industrial o *Big Pharma*), este metabolismo se distorsiona profundamente. La degradación ecológica, el extractivismo y la precarización de las condiciones de vida provocan una subsunción de lo biológico en lo social, alterando los ritmos corporales, inmunológicos y genéticos de las poblaciones. El enfoque ecosistémico conceptualiza la enfermedad, precisamente, como la manifestación clínica de este "metabolismo distorsionado" (Abreu Hernández et al., 2024). Cuando los retos ambientales y sociales sobrepasan la capacidad homeostática y adaptativa del organismo —debido a un entorno enfermo o despojado de sus soportes vitales—, la patología emerge no como una falla mecánica interna, sino como un síntoma de una fractura metabólica ecosistémica.

La fusión de las perspectivas referidas transforma radicalmente la formación y el ejercicio del profesional de la medicina. El médico educado en la epidemiología convencional actúa bajo premisas reduccionistas, mecanicistas e institucionales, limitándose a reparar la disfunción biológica a través de la prescripción farmacéutica estandarizada. En contraste, el profesional formado en el nuevo paradigma ecosocial y de la complejidad debe poseer una visión clínico-ecosistémica. Su práctica se inserta en lo que Abreu Hernández et al. (2024) denominan el Sistema de Cuidado Prioritario de la Salud (CPS), concebido dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En este modelo, el médico trabaja de forma transdisciplinaria junto a sociólogos, ecólogos, trabajadores sociales y las propias comunidades, estratificando y analizando las realidades desde el nivel microgenético hasta las intervenciones macroambientales. Esta praxis fomenta el desarrollo de Centros Modélicos de APS, espacios de experimentación social y pedagógica insertos en los territorios que buscan romper con el hospitalocentrismo. Los centros en cuestión operan como nodos de innovación que desafían las acreditaciones y certificaciones profesionales globales de corte

colonial y eurocéntrico, las cuales suelen imponer estándares homogéneos funcionales al mercado industrial de la salud en detrimento de las realidades del Sur Global.

Conclusiones

Finalmente, la convergencia analizada postula que un verdadero sistema de salud no puede ser diseñado bajo los intereses comerciales de la industria farmacéutica. La ECL y el enfoque ecosocial coinciden en que la salud es un objetivo de lucha social y una expresión de soberanía vital. El empoderamiento de las personas y comunidades es la clave para subvertir las deficiencias estructurales actuales. Al apropiarse del conocimiento científico y territorializado, las poblaciones transitan de la pasividad asistencial a la acción política. Se promueve así una activa gobernanza donde los colectivos son capaces de transformar de manera solidaria los entornos cotidianos donde viven, estudian y trabajan. La organización popular orientada a exigir el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos e incluso a emprender la lucha social legítima para su realización se erige, desde el pensamiento complejo, como la intervención de salud pública más profunda, sustentable y genuinamente preventiva (Abreu Hernández et al., 2024).

La amalgama conceptual entre el enfoque ecosistémico, la Epidemiología Crítica Latinoamericana y el pensamiento complejo proporciona una sólida matriz epistémica para refundar las ciencias de la salud. Al sustituir el reduccionismo biomédico por la categoría de la determinación social y el metabolismo sociedad-naturaleza, la salud deja de entenderse como la mera ausencia de enfermedad o la gestión del riesgo biológico. En su lugar, se devela como un proceso histórico, ecológico y relacional de preservación de la vida. El diseño de nuevos sistemas de salud requiere profesionales con conciencia ecosocial y comunidades empoderadas, capaces de articular la rigurosidad científica con la lucha política por la justicia distributiva y la sostenibilidad planetaria.

Referencias

- Abreu Hernández, L. F., Sepúlveda Vildósola, A. C., & Lara Vélez, J. V. M. (2024). El enfoque ecosistémico y ecosocial de la salud. En R. C. Crocker Sagastume, L. F. Abreu Hernández, & J. V. M. Lara Vélez (Coords.), *Aprendizaje de la atención primaria en salud* (1.^a ed., pp. 25-60). Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM).
- Breilh, J. (2014). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En C. Morales & J. C. Eslava (Eds.), *Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud* (pp. 19-75). Universidad Nacional de Colombia; Universidad de Antioquia.
- Acosta, A. (2010). El Buen Vivir en el camino del postdesarrollo: Una lectura desde la Constitución de Montecristi. *Policy Paper*, 9, 1-36.
- Acosta, L. (2001). *Establecimiento de huertos medicinales y conservación de la biodiversidad en zonas rurales*. Instituto de Ecología Aplicada.
- Argueta-Villamar, A., & Pérez-Ortega, J. (2022). Saberes tradicionales y Covid-19: La respuesta de los pueblos indígenas y campesinos de México ante la pandemia. *Revista de Antropología Médica Comunitaria*, 14(2), 45-61.
- Bell, I. R., & Koithan, M. (2012). A model for homeopathy: nanoparticle-sized (nanoscale) reversals of drug effects. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), 200. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-200>
- Bonfil, G. (1982). El etnodesarrollo: Sus premisas jurídicas, políticas y culturales. en *América Latina: Etnodesarrollo y Etnocidio* (pp. 133-145). Ediciones FLACSO.
- Bonfil, G. (1991). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Arinsana*, 10, 119-140.
- Cervantes, M. (2010). *Interculturalidad y sistemas de salud: La incorporación de terapias alternativas en comunidades indígenas*. Editorial Abya-Yala.
- Esteva, G. (1996). Desarrollo. en W. Sachs (Ed.), *Diccionario del Desarrollo: Una guía del conocimiento como poder* (pp. 52-78). CAUSA.

- Gudynas, E. (2011a). Buen Vivir: Germinando alternativas al desarrollo. *América Latina en Movimiento*, 462, 1-20.
- López-Austin, A. (2004). *Cuerpo humano e ideología: Las concepciones de los antiguos nahuas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez-Pérez, A., Antonio-López, P., Gil-Muñoz, A., & Cuevas-Sánchez, J. (2012). Contribución económica de la venta de plantas medicinales en los mercados tradicionales del centro de México. *Revista de Geografía Agrícola*, 48, 23-37.
- Mayo-Mayo, G., López-Ríos, G., & Segura-Pacheco, H. (2020). Organización comunitaria y huertos de plantas medicinales: Una propuesta de etnodesarrollo con mujeres de Ayutla de los Libres, Guerrero. *Estudios Sociales y Regionales*, 8(2), 112-134.
- Mayo-Mayo, G. et al. (2024a). Enfermedades culturales, herbolaria y cosmovisión en los pueblos mixtecos y tlapanecos de Guerrero. *Revista Mexicana de Ciencias Indígenas*, 18(1), 78-95.
- Mendoza-Maldonado, F. et al. (2020). Uso de la herbolaria en la atención primaria de la salud en comunidades de la Montaña de Guerrero. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 19(4), 412-425.
- Miranda-Zambrano, C., & Mejía-Rocha, M. (2015). Epistemologías del Sur, Buen Vivir y la crítica al desarrollo eurocéntrico. *Revista de Filosofía Latinoamericana*, 41(2), 201-224.
- Molano, O. (2007). Identidad cultural un concepto que evoluciona. *Revista Opera*, 7, 69-84.
- Narciso, J., & Muchavisoy, D. (1997). *La hybris médica y el saber compartido: Diálogos con los taitas sobre la propiedad del conocimiento*. Ediciones Pensamiento Crítico.
- Olivé, L. (2009). *Interculturalidad y justicia social: Hacia una sociedad plural en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2006). *Pautas normativas y conceptuales para la armonización de los sistemas de medicina tradicional y medicina alopática en América Latina*. OPS/OMS.

- Ramírez, T., & Ávila, R. (2020). *Eficacia comunitaria de la medicina herbolaria en el tratamiento de afecciones gastrointestinales y respiratorias*. Revista de Etnobiología, 18(3), 101-115.
- Vergara, M. (1995). *El cosmos y el inframundo: Estructuras del pensamiento chamánico en los pueblos del Sur de México*. Editorial Plaza y Valdés.
- Crocker Sagastume, R. C., Abreu Hernández, L. F., & Lara Vélez, J. V. M. (Eds.). (2024). *Aprendizaje de la atención primaria en salud*. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM).
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo* (M. Pakman, Trad.). Gedisa.
- Sociedad Española de Filosofía Analítica (SEFA). (2026, 3 de febrero). *Epistemología política*. Recuperado de <http://www.sefaweb.es/epistemologia-politica/>.
- Mayo-Mayo, S., Cruz-León, A., Wilson-García, C. Y., & Cervantes-Herrera, J. (2024). Herbolaria y alternativas al desarrollo en pueblos indígenas Mé pháá y Tu'un savi en Guerrero, México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 34(63), e241411. <https://doi.org/10.24836/es.v64i63.1411>
- Crocker Sagastume, R. C., Garza Ramos, J., & Vázquez Castellanos, J. L. (2021). La crisis en el abordaje epidemiológico a escala planetaria con énfasis en México. En R. C. Crocker Sagastume & R. I. Esperón Hernández (Coords.), *Educación médica en un mundo en crisis* (pp. 29-45). Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. (AMFEM) / Fondo Editorial Universitario.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad: Manifiesto*. Editions du Rocher.

Apéndice

Transcripción probatoria de prompts

Formato para pegar el prompt completo y la salida relevante.

Campo	Contenido
Herramienta y modelo	Gemini 3.5 Thinking
Empresa desarrolladora	Google
Fecha de interacción	22 mayo 2026
Propósito académico	Generar ficha de resumen
Prompt exacto	Asume que eres un doctor en filosofía que analiza desde la complejidad el carácter armonioso de la naturaleza y el cosmos con el ser indígena, y esto se refleja en la medicina tradicional practicada en las comunidades indígenas; analiza este fenómeno primero tanto en el plano ontológico como en el del conocimiento desde los grandes principios del pensamiento complejo, y posteriormente aborda desde la epistemopolítica y la violencia hermenéutica el avasallamiento que se le inflige. Esas instrucciones aplícalas sobre el siguiente material: el producto que presentes debe ser apto para su publicación como ensayo, por ende debe crearse con un tono rigurosamente académico e incorporando las citas que adviertes en su contenido y las referencias, ambas en formato APA 7a edición: En las culturas originarias se genera el etnodesarrollo, como una alternativa robusta frente al desarrollo capitalista. Este nuevo paradigma se define como la “capacidad social de un pueblo para construir su futuro, aprovechando para ello las enseñanzas de su experiencia histórica y los recursos reales y potenciales de su cultura, considerando sus propios valores y aspiraciones” (Bonfil, 1982, p. 133). Es evidente que parte desde el interior de las localidades y opta por basarse en la propia cultura de ellas, distanciándose notablemente de la adopción irreflexiva de posturas ajenas (Esteva, 1996). Esto no cancela por supuesto, la incorporación de elementos culturales exógenos que amalgamados adecuadamente con los propios para forjar una ingente riqueza cultural dirigida a la resolución de problemáticas de índoles diversas como la social, educativa, económica, de salud y la ambiental (Olivé, 2009)991), en su

	teoría de control cultural. Como elemento esencial del etnodesarrollo, el Buen Vivir, dimana de la cosmovisión y filosofía de los pueblos indígenas, y está caracterizado por la defensa de la vida, por la recuperación de lo propio, y en contraposición a la concepción occidental de desarrollo de occidente que expolia a la tierra, aire, agua y demás recursos naturales, cimenta los equilibrios de los ecosistemas en una profunda espiritualidad, una comunión sagrada del ser humano con la naturaleza y el cosmos, y consagra en un nivel supremo lo colectivo, donde las acciones de cada individuo están dirigidas a beneficiar a la especie así como ésta vela por el individuo porque ambos se encuentran en indisoluble y benéfica relación; el signo opuesto del individuo aislado y egoista del neoliberalismo. (Acosta, 2010; Miranda-Zambrano y Mejía-Rocha, 2015). ¿Qué es la medicina tradicional? La medicina tradicional es un componente esencial de la cultura de los pueblos indígenas y campesinos; consiste en un sistema de conocimientos acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad y más específicamente sobre las causas de la enfermedad, la manera de reconocerla y diagnosticarla, así como la manera de aliviarla, controlarla o prevenirla; en suma, es un secular acervo intelectual para mantener la salud y la vida (OPS, 2006). Dentro de la medicina tradicional que han desarrollado los pueblos indígenas se encuentran como recursos curativos las plantas medicinales, animales, minerales, técnicas de masajes, ventosas, prácticas mágicas-religiosas, acupuntura, temazcal, bioenergía, partería, etc. La revisión consistió en destacar los principios de la medicina tradicional herbolaria de esos pueblos indígenas: médicos
--	---

	tradicionales (yerberos, parteras, rezanderos y hueseros), los procedimientos y métodos de diagnóstico y curación (maíz, cartas, agua, plantas, etc.), demandas de atención y recursos terapéuticos (plantas, animales, hongos, minerales, velas, cruces, agua bendita, etc.), los cuales se utilizan en los rituales de sanación, petición y agradecimiento realizados a las deidades naturales: madre tierra, agua, aire y fuego.
Salidas relevantes	Insumos para elaborar borrador
Ajustes humanos	Selección de ideas principales, verificación de citas, cancelación de errores, modificación del estilo y redacción de borrador del material para ensayo
Ubicación en el trabajo	

Ficha 2

Campo	Contenido
Herramienta y modelo	Gemini 3.5 Thinking
Empresa desarrolladora	Google
Fecha de interacción	28 mayo /Gemini 3.5 thinking
Propósito académico	Generar insumos para el borrador de la introducción
Prompt exacto	Elabora en tu rol de científico social, una introducción al siguiente artículo cuyo archivo anexo, Debes identificar una hipótesis, mencionar que lo conforman tres apartados, mismos que habrás de reseñar y expresar que el propósito es contribuir a la génesis de un paradigma que supere las falencias del paradigma biomédico dominante de suyo funcional a los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas y en general sometido a la etapa actual de reproducción capitalista. Escribe esa introducción asegurándote de utilizar una estructura jerárquica clara con Markdown: un solo '#' para el Título Principal (Heading 1), '##' para los Subtítulos (Heading 2) y párrafos separados por un espacio simple. No agregues líneas horizontales ni dobles espacios en blanco.
Salidas relevantes	Insumos para elaborar borrador
Ajustes humanos	Selección de ideas principales, verificación de citas, cancelación de errores, modificación del estilo y redacción de borrador del material para ensayo
Ubicación en el trabajo	Introducción

--	--

Ficha 3

Campo	Contenido
Herramienta y modelo	Gemini 3.5 Thinking
Empresa desarrolladora	Google
Fecha de interacción	7 junio /Gemini 3.5 thinking
Propósito académico	Generar ficha de resumen
Prompt exacto	Actúa como doctor en Filosofía, En cada consulta que me brindes, proporcióname fuentes en formato APA 7a edición. Iniciamos con el tema de Epistemopolítica aplicada a la medicina. Al diseñarse los sistemas de salud imponiendo un conocimiento distorsionado propio de la medicina alópata reduccionista que concibe al ser humano como una máquina que al averiarse se debe reparar por medio de protocolos diseñados en laboratorio con condiciones controladas y experimentos a modo para justificar artificialmente la uncausalidad y el uso de sustancias en mucho supresoras de síntomas o que combaten a supuestos agentes causantes de la patología sin considerar los efectos colaterales dañinos del fármaco, se perpetran diversas formas de violencia epistémica (si este concepto es inexacto puedes corregirlo) contra múltiples sujetos ¿ Cuáles son aquellas y cuáles éstos? Actúa como doctor en Filosofía, En cada consulta que me brindes, proporcióname fuentes en formato APA 7a edición. Iniciamos con el tema de Epistemopolítica aplicada a la medicina. Al diseñarse los sistemas de salud imponiendo un conocimiento distorsionado propio de la medicina alópata reduccionista que concibe al ser humano como una máquina que al averiarse se debe reparar por medio de protocolos diseñados en laboratorio con condiciones controladas y experimentos a modo para justificar artificialmente la uncausalidad y el uso de sustancias en mucho supresoras de síntomas o que combaten a supuestos agentes causantes de la patología sin considerar los efectos colaterales dañinos del fármaco, se perpetran diversas formas de violencia epistémica (si este concepto es inexacto puedes corregirlo) contra múltiples sujetos. Cuales son aquellas y cuáles éstos?
Salidas relevantes	Insumos para elaborar borrador
Ajustes humanos	Selección de ideas principales, verificación de citas, cancelación de errores, modificación del estilo y redacción de borrador del material para ensayo
Ubicación en el trabajo	pendiente

Ficha 4

Campo	Contenido
Herramienta y modelo	Gemini 3.5 Thinking
Empresa desarrolladora	Google
Fecha de interacción	7 junio /Gemini 3.5 thinking
Propósito académico	Generar ficha de resumen
Prompt exacto	Investiga acerca de los diversos tipos violencia epistémica que se perpetra sobre diferentes sujetos al imponer el conocimiento distorsionado acerca de la naturaleza de la medicina alópata propia del paradigma biomédico, basado en el positivismo que concibe al ser humano como una máquina que cada vez que se avería hay que repararla con protocolos diseñados a modo para justificar el unicausalismo, por medio de una atención que en mucho está dirigida a suprimir síntomas por medio de sustancias que tienen efectos colaterales dañinos sobre el organismo; en suma, se trata de una práctica médica dirigida al lucro a expensas del sufrimiento y la muerte humanos sin pretender, dada su naturaleza, la sanación, porque esto implicaría cancelar el negocio. Utiliza en tu análisis tanto las aportaciones del pensamiento complejo como los de la epidemiología crítica latinoamericana. Enriquece tu análisis con las fuentes del archivo que anexo.
Salidas relevantes	Insumos para elaborar borrador
Ajustes humanos	Selección de ideas principales, verificación de citas, cancelación de errores, modificación del estilo y redacción de borrador del material para ensayo
Ubicación en el trabajo	pendiente