



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y  
ESTUDIOS SUPERIORES EN  
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

---

---

**Colocando curitas en arterias abiertas.**  
De políticas interculturales y atención de  
partos en San Andrés Larráinzar.

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

**MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA**

P R E S E N T A

**VERONICA PAREDES MARIN**

DIRECTOR DE TESIS: SERGIO LERIN PIÑON

MEXICO, D. F. MARZO DE 2012

A todas las parteras y mujeres andreseras,  
que compartieron sus experiencias.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Son muchas las personas e instituciones que han participado directa o indirectamente en este proceso de elaboración de tesis, convirtiéndose este trabajo en una construcción colectiva. Por ello, necesito ceder los méritos de su colaboración y apoyo durante el mismo.

A mi Familia: Tere, Miguel, Kuky, Nana, Carmen, Carlos, Cristy y Carol porque justo como una cuerda, cada uno me otorgó el soporte que requería desde la lejanía. Agradezco por estos dos años de unión y apoyo.

Porque de los grandes aprendizajes que obtuve fuera de la academia fue la solidaridad, hay personas a las que admiro y agradezco por ello: Adriana Ruiz, Roberto Campos, Aura Cumes, Nico Morales y Margarita Sáez, Cecilia Acero y Miguel Urbina quienes me han aportado esta valiosa enseñanza y apoyo, tanto en el ámbito académico como en el personal.

A mi internacional familia de elección en México: Gen Garibay, Marta Martin, Natalia Galeano, Nico Morales, Graciela Muñoz, Tais Itacaramby, Pablo Guillen y la nueva miembro Mayita Guillen. Sin mi equipo morado esta odisea no hubiera llegado a buen puerto. Su apoyo y cariño siempre serán valorados.

A mi asesor: Sergio Lerín por apoyarme durante el proceso de estudio de la maestría, así como otorgarme la libertad de acción durante la elaboración de la tesis. De la misma forma, a la terna evaluadora: Lina Berrio, Diana Reartes y Jaime Page, por el tiempo dedicado a la lectura del manuscrito, que dio lugar a acertados comentarios y recomendaciones. También a Alfredo Paulo, quien confirió valiosos consejos para reorientar el proyecto durante en el primer coloquio.

A la bolita guatemalteca quienes pusieron su granito de arena: Gaby Escobar, Rocío García, Aura Cumes, Francois Lartigue, Rachel Sieder, Carlos Flores e Iranzu Garriz.

Al pueblo latinoamericano que por medio de sus presupuestos nacionales, nutren económicamente a las Becas OEA, entidad que financiara parcialmente mi estancia y estudios en México. Un agradecimiento especial a Ana Paola Cuevas de LASPAU, por su eficiente trabajo como asesora de la beca. También al pueblo mexicano, que por medio de sus impuestos, sostienen becas educativas de postgrado, dando oportunidad tanto a nacionales y extranjeros; becas de las cuales fui parcialmente beneficiaria, por medio de CONACYT a través de CIESAS (Unidad D.F). Agradezco a Mauricio Páez, Miryan Ruiz, Yadira Lazcano, Rogelio Reyes, Evelyn Castro y Ricardo Mejía por facilitar todo trámite dentro de la institución.

A todos los trabajadores de salud del Hospital Básico Comunitario de San Andrés Larráinzar y el Centro de Salud de la comunidad, en especial a sus directores, quienes abrieron las puertas para realizar este trabajo. No puedo dejar de agradecer a los y las pasantes de medicina y enfermería de la UNAM, quienes realizaban su trabajo social y me otorgaron tiempo personal para ser entrevistados.

A todas las parteras y mujeres andreseras quienes abrieron las puertas de su casa y aportaron su valioso tiempo para ser entrevistadas. Un agradecimiento especial a Conchi Hernández y su familia, sin ella todo esto no hubiera sido posible.

A mis compañeros y amigos de la Maestría y Doctorado del CIESAS: Erick Macías, Elías Vargas, Lucía Gómez, Vera Lazcano, Iris Jiménez, Liliana Arévalo, Mathilde Ledoux, Héctor Nahuelpan y Paulina Cea; quienes hicieron que disfrutara cada rincón de México.

INDICE GENERAL	4
Introducción	8
CAPITULO I	
SAN ANDRÉS LARRÁINZAR	
1. 1 San Andrés (Sakamch'en) de los Pobres- Larráinzar.	12
1.1.1 Población	15
1.1.2 Educación	16
1.1.3 Uso del traje tradicional	17
1.1.4 Sistema de organización político-administrativa	19
1.1.5 Religión	23
1.1.6 El mito de creación	24
1.1.7 Representación del orden cósmico y su relación con los cargos religiosos.	28
1.1.8. Economía	36
1.2. San Andrés en la historia	
1.2.1 Contexto Colonial de los indígenas de la zona	40
1.2.2 Los conflictos y la dominación jkaxlan.	43
.	
CAPITULO II	
2. Antecedentes históricos y marco conceptual sobre interculturalidad y derechos en salud	
2.1. Percepción del “indio” y creación del Instituto Nacional Indigenista.	49
2.1.1 Ser “indio” en México.	
2.1.2 La filosofía indigenista de “la aculturación inducida”	56
2.1.3 El Instituto Nacional Indigenista, la antropología y su relación con las políticas de Salud en Chiapas.	57
2.1.4 La acción indigenista en Chiapas. El Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil.	58
2.1.5 Reconociendo la diversidad en México.	62
2. 2 Políticas públicas e interculturalidad	
2.2.1 El camino hacia la interculturalidad.	67
2.2.2 Derechos e interculturalidad	71

2.2.3 Conceptualizaciones sobre modelos de atención e interculturalidad	77
2.2.4 Implementación de la interculturalidad en Salud	84
2.3 Experiencia de la aplicación del enfoque intercultural en México	91
2.3.1 La interculturalidad en la política pública de la Secretaría de Salud de México.	98
2.3.2. La interculturalidad y la salud reproductiva en México	101

### CAPITULO III

3. Proceso Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema.	106
3.2 Metodología.	108
3.2.1 Técnicas para la recolección de datos y problemáticas presentadas durante la recolección.	110
3.2.2 Buscando los contactos.	111
3.2.3 Analizar y escribir.	118

### CAPITULO IV

4. Embarazo, parto y puerperio en San Andrés	120
4.1 Embarazo, peligros y cuidados necesarios	121
4.2 La petición del “favor” a la partera.	123
4.2.1 Empieza la intervención de la partera en la atención de la Embarazada.	126
4.3 El parto	129
4.4 Cuidados en el puerperio	132
4.5 El oficio de la partería en San Andrés	135
4.5.1 Sobre el sueño y el inicio de ser partera	136

### CAPÍTULO V

5. De la palabra a la acción. ¿Se aplican las políticas interculturales en salud en San Andrés?	140
5.1 Los espacios físicos de la Secretaría de Salud, para otorgar servicios de salud pública en San Andrés	143
5.1.1 Unidades físicas de atención a la salud:	144

5.2. Los pasantes de servicio social	144
5.3 Centro de salud	150
5.3.1 El programa Oportunidades y las embarazadas	153
5.3.2 Las embarazadas con seguridad social	154
5.4 Hospital	155
5.4.1 Las jornadas de operaciones extramuros en el hospital	157
5.5 Interculturalidad en la atención de pacientes	161
5.5.1 Interculturalidad en el imaginario del trabajador de salud	163
5.6 La creación de la Casa Materna	166
5.6.1 La casa materna y la llegada de las pasantes de enfermería	170
5.6.2 La casa materna y las capacitaciones a las parteras.	173
5.6.3 La casa materna en la atención de mujeres	180
Capitulo VI	185
6. En el limbo: Trayectorias de las mujeres en la atención del parto.	
6.1 Por los senderos de la atención.	187
6.1.1 Llegando al hospital: las negociaciones y los traslados.	205
6.1.2 De maternidades y desafíos	209
VII DISCUSIÓN FINAL.	
7. Ponerle curita a una arteria abierta.	217
7.1 No podemos culparnos de algo que no podemos ver, pero si de algo que no queremos ver.	
7.2. ¿Lo intentamos?	227
BIBLIOGRAFIA	230
ANEXOS	
Mapa de Municipio de San Andrés Larráinzar	246
Hoja de control a la labor de la partera	247
CUADROS	
Cuadro No.1 Cargos religiosos	32
Cuadro No.2 Calendario de fiestas	35
Cuadro No. 3 Barreras para otorgar atención en salud	88
Cuadro No. 4 Enfoques de Interculturalidad.	89

Cuadro No. 5 Programas nacionales a poblaciones indígenas 1948-2001	94
Cuadro No. 6 Contenido de las capacitaciones a trabajadores de salud.	100
Cuadro No. 7 Acuerdos internacionales y nacionales	140
CuadroNo.8 Calendarización de capacitaciones dentro de la casa materna a parteras	174
Cuadro No. 998 Razón de mortalidad materna en 3 estados con mayor prevalencia	211

## IMÁGENES

Imagen No. 1 Traje femenino	17
Imagen No. 2 Mayordomos y me'marmotas.	32
Imagen No. 3. Distribución de casa materna	167
Imagen No 4 Camilla ginecológica en la Casa Materna	169
Imagen No. 5 Interior de temascal en la parte posterior de la casa Materna	175
Imagen No. 6 exterior de la casa Materna	175
Imagen No. 7 Gobernador del estado en una de la inauguraciones de la Casa Materna.	175

## INTRODUCCIÓN

Oír frases como “nuestros indígenas” o “nuestros pueblos originarios” en México fue algo que me llamó la atención de inmediato, ya que es una situación que está enraizada no solo en el lenguaje popular, sino está incluso en lenguaje de académicos. Algo que parece tan insignificante, encierra una serie de significados, llevando implícita la desigualdad con la que se visualiza a los pueblos indígenas en México. Una forma de apropiación, pero al mismo tiempo una forma de demarcar distancia de los pueblos indígenas, posicionándolos desde allí ya en una clara desventaja y subordinación.

La lucha del acceso a servicios básicos, a su autodeterminación, a su autonomía, al respeto, tanto de ellos como de ciertas organizaciones e instancias nacionales e internacionales, son algunas que se han emprendido desde diversidad de sectores para reducir las brechas de desarrollo que mantienen aún las poblaciones indígenas frente al resto de la población. Se ha marcado así, la necesidad de la búsqueda del respeto los derechos que por siglos les han sido negados desde el Estado y la sociedad.

La búsqueda de estas condiciones, ha obligado a los Estados a crear políticas para alcanzar dichas metas, siendo temas obligados educación y en salud, en el marco del respeto a las identidades. Una de estas políticas dirigidas en especial hacia los pueblos indígenas, es el de la implementación de políticas interculturales o de adecuación cultural, sin embargo estas políticas en muchas ocasiones se vuelven discursos oficiales que en la realidad no llegan a concretarse en acciones, ya sea porque no se aplican o bien porque están mal aplicadas.

Alcanzar las metas de implementaciones de políticas interculturales en salud, es un tema pendiente, el cual no es imposible pero si presenta dificultad, ya que es como ponerle una curita a una arteria abierta. Si no se cambian las condiciones estructurales, podrán seguir surgiendo políticas con diversos nombres apropiados políticamente, pero que poco sirven para cambiar realidades, provocándose así un



enmascaramiento a la negación de los derechos de los individuos como usuarios y la calidad de atención que es obligación de dichas instituciones otorgar.

El trabajo está dividido en 7 capítulos que intentan dar un panorama preliminar de lo que hasta finales de 2010 pasaba en la cabecera municipal de San Andrés Larráinzar/ Sakam'chen de los Pobres, en relación a cómo se implementan políticas interculturales en los servicios de salud y sus desafíos frente a la relación con parteras y mujeres en proceso gestacional, del parto y el puerperio.

Parte de una pequeña relación descriptiva de la localidad, con el fin de ubicar al lector en el espacio en el que se realizó la recolección de los datos. En dicho capítulo se toman en cuenta, aquellas investigaciones clásicas realizadas en el siglo pasado en los Altos Chiapanecos, complementándose con lo que para 2010 pude observar, dando un marco a los siguientes capítulos. A pesar que en los grandes clásicos se abarca una zona muy amplia en donde habitan los pueblos tzotziles, los datos que recolectase solo refieren a la cabecera municipal de San Andrés, respondiendo a la delimitación en mi investigación. Es necesario aclarar que los datos recopilados en el siglos pasado, por el tiempo pudieron haber tenido cambios substanciales; sin embargo no abarqué esos datos en el trabajo de campo, por lo que se pide al lector que los ubique como una referencia de la zona tzotzil para el siglo anterior y precaución para hacerlos válidos en su totalidad a la fecha.

En el segundo capítulo se aborda la dinámica histórica entre Estado-San Andrés, que implica una serie de relaciones sociales marcadas por la discriminación, los olvidos, pero también las luchas de este pueblo por reclamar sus derechos, en algunos momentos álgidos y en otros pasivos. Ligeramente se aborda también, las políticas del Estado para la atención de los grupos poblacionales de origen indígena, pero sobre todo aquellas destinadas al área de los Altos, desde el siglo pasado hasta el momento. Un segundo gran tema contenido en este capítulo, aborda el camino transitado del reconocimiento de "los otros" hasta las

denominadas políticas de interculturalidad, sus conceptualizaciones teóricas para su aplicación al área de la prestación de servicios públicos de salud.

El tercer capítulo se encuentra plasmado el proceso metodológico seguido a lo largo de la elaboración de esta investigación. Pretendo al dejarlo previo al análisis de lo encontrado en el campo y por medio de la narración del proceso investigativo desde mi subjetividad, otorgarle al lector elementos, para comprender el desarrollo de la investigación. Ubicarlo en la interacción con los actores sociales con los que se trabajó, recordándole que yo también me encuentro en esta investigación como un actor activo, y por ende influyendo para bien o para mal en los resultados obtenidos, su análisis y presentación de resultados.

El cuarto capítulo contiene datos que abordan la concepción del proceso del embarazo, parto y puerperio de dicha población, apoyado con investigaciones realizadas en la zona maya-tzotzil. En estos datos se entrelazan todos los actores. Este material es resultado de las narraciones de las parteras, las mujeres y otros pobladores de la localidad.

El quinto capítulo aborda una descripción de los servicios de salud con los que cuenta la cabecera de San Andrés, especialmente el hospital, el cual teóricamente tiene la aplicación de políticas interculturales. Se detalla el esfuerzo que en la institución han tenido para implementar estas políticas, sus fallos e imposibilidades para lograrlo. En él se describe la relación que existe entre pacientes, parteras y trabajadores de salud, en el marco la atención en salud dentro de la institución y los resultados de esas múltiples interacciones.

El capítulo sexto, aborda los resultados arrojados de las entrevistas con las madres. Dividido en experiencias de cada una de ellas en la atención de los partos y girando desde allí las atenciones previas y posteriores, relatando la experiencia del proceso gestacional. En dicho capítulo, se encuentran representadas las entrevistadas en 4 casos. En él, relatan las complicaciones que presentaron en su

parto y las estrategias desarrolladas para darle solución. El segundo tema que le compone, es cómo a través de la carrera del enfermo, estas madres sintetizan todas las formas de atención profesional, comunitaria y profana, para darle solución a un momento crítico. Un tercer componente se deriva de la relación Casa Materna- mujeres- parteras- trabajadores de salud en momentos de crisis para el traslado de las mujeres.

El séptimo apartado, es la discusión final realizada para poder dar cuenta del funcionamiento del sistema de salud, representado en la instancia hospitalaria y su intento de implementación de políticas de adecuación cultural, los problemas y desafíos que presenta el Sector Salud para que dicho proyecto sea viable.

## CAPITULO I

### 1. SAN ADRES LARRAINZAR

#### 1.1 San Andrés (Sakamch'en) de los Pobres- Larráinzar

Para el Estado mexicano, el nombre de San Andrés Larráinzar es el que es reconocido para uso oficial, sin embargo a partir del levantamiento indígena-campesino del EZLN en 1994, suele conocerse también como Sakamch'en de los Pobres. Si bien este fue el nombre que tuvo otrora, el mismo cayó en desuso por diversos motivos, retomándose nuevamente a finales del siglo XX como una forma de reivindicación política del territorio.

Lo primero que llama la atención al aproximarse a los municipios autónomos zapatistas son sus nombres. No se trata de un capricho ni de una decisión improvisada. Fue un tema de debate durante los Diálogos, consensado y recogido en los Acuerdos de San Andrés, donde se estableció específicamente que “los municipios con población mayoritariamente indígena podrán proponer al Congreso Local el nombre que deba llevar su municipio. “Dar nombre a una cosa, etiquetarla, ponerle un asa, rescatarla del anonimato, en suma identificarla... es una manera de darle el ser”, dice Salma Rushdie. Los rebeldes zapatistas no solo recatan a sus municipios del anonimato, como cuando sustituyen el nombre de El Bosque, por San Juan de la Libertad. Los rescatan también de los finqueros cuando convierten a San Andrés Larráinzar en San Andrés Sakamch'em de los Pobres. (López Monjardin, 1999, :131-132)

Por haber sido el Licenciado Manuel Larráinzar, un terrateniente chiapaneco originario de San Cristóbal de las Casas, la denominación de San Andrés “*Larráinzar*” es rechazado por los pobladores (Hernández Montejó et. al, 2006:19); sin embargo para denominar al municipio, se mantiene el nombre de San Andrés, quien es el patrón religioso católico del poblado. El aspecto religioso católico es importante en la cotidianidad de San Andrés, posiblemente por dicho motivo, el nombre no haya sufrido transformación. El municipio quedó establecido con el nombre de Larráinzar en 1930 (Hernández Díaz, 1997:19).

Sin embargo, el nombre de la población ha cambiado a través de los años. Istacostoc (Hernández Díaz, 1997:19 y Gorza, 2006:7), fue el nombre en Nahuatl

que detentó la comunidad, que se traduce como caverna blanca, que hace referencia a una formación geológica que se encuentra en las afueras del centro del municipio, que es utilizada aún para ceremonias de religiosidad maya- tzotzil (entrevista A1), sin embargo el nombre de Sakam'chen tiene el mismo significado en el idioma de la región. Los andreseros se hacen llamar a sí mismos jchi'iltik y a su lengua materna le denominan bats'i k'op que se traduce como *lengua verdadera* (Ruiz Ruiz, 2006:20) y (Hernández Díaz, 1997:24). Es decir, el llamarles tzotziles a los pobladores de la región, es una visión externa que tiene sus orígenes en la ocupación española.

Según la oralidad de la población, este pueblo se mantuvo errando por varios lugares de la región, hasta establecerse de forma definitiva en donde se encuentran en la actualidad. En la tradición oral, es el Santo patrono San Andrés, aquel que decidiría el lugar final de asentamiento. Los pobladores ubican como uno de los primeros lugares de asentamiento lo que hoy es el territorio sur de Simojovel (Hernández Díaz, 1997:93). Posteriormente se abandonó este lugar llevándose dos imágenes de San Andrés Apóstol; San Andrés Mayor, y San Andrés Menor.

A la altura del actual pueblo de San Isidro, San Andrés Mayor comenzó a pesar demasiado y tomaron los hombres la decisión de dejarlo en la Iglesia de Simojovel, mientras San Andrés Menor llegó hasta Pomtehuiz, sin embargo abandonaron después este lugar y se establecieron en un lugar llamado Sakal Ch'en, actualmente conocido como "Chanal lum". Se establecieron de forma definitiva en el territorio que ocupa en la actualidad el pueblo (Hernández Montejo et. al, 2006: 17-18).

San Andrés Larráinzar- Sakamch'en de los Pobres está localizado geográficamente entre los paralelos latitud 16° 53' N, longitud 92° 43' O y a una altitud entre 700 y 2600 msnm<sup>1</sup>, lo que da como resultado un rango de temperatura entre los 12-24°C, siendo el promedio 18°C "tiene clima templado húmedo con abundantes lluvias en verano, y el poblado está creciendo sobre

---

<sup>1</sup> <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/07/07049.pdf>

terreno previamente ocupado por agricultura” (INEGI, 2011:3). San Andrés ocupa el 0.19% de la superficie total del Estado de Chiapas, conformado por 66 comunidades (INEGI, 2011:2), con un total de 189 Km<sup>2</sup> (Hernández Montejó et. al, 2006:12). El sistema de tenencia de dichas comunidades puede ser de tipo ejidal, comunal o propiedad privada (op.cit:15).

Las comunidades que conforman todo el municipio de Larráinzar- Sakam' chen son<sup>2</sup>: Nintetic, K'ante'el, Pocolton, Nashinich, Tzutzben Bajo, Tzutzben II, Tavilhucum, Cabecera Municipal (San Andrés), La Laguna I, Jocolho, Nachitom, Shanate, Suytic I, Tivo Alto, Chonomyaquilhó, Muctahuitz, Echtik, Talonhuitz, Los Ángeles, Oventic Chico, Oventic Grande, Bayelemó II, Tzajalhó, Tiabnal Alto, Jolbax, Tres Puentes I, Chichelalho, Chalotoj, Naxoch', Pathuitz, Guacamaya, Latzviltón II, Luquilhó, Pantetic, Tentic Bajo, Jolnach, Mehonó, Pechtón II, Yolte II, Ajtik, Carrizal, Kaomtealhucum I, Kaomtealhucum II, Natoc, Batzitetic, Unenaltic, Peña Blanca, Chahuquilhucum, Pontehuitz, Bachen, Ok'ochton, Bachen, Peña Blanca (Sakpuk'ano), San Cristobalito, Bashantic II, Pikintetik, Noctic II, Tajlebilho, Bajoveltic, Sotztetic, Arcochen, Yutchen, Buena Vista, Stenlejsotztetic, , Chichilton, Potobtic II, Santo Domingo, Majoval. Algunas de ellas son comunidades Autónomas.

Sus colindancias son con los municipios chiapanecos de El Bosque y Santiago el Pinar, Chalchihuitán, Chenaló y Aldama al norte, al este con Santiago el Pinar, Chamula y Aldama, al sur colinda con Chamula y al oeste con Ixtapa y Bochil. La conformación del suelo es de vocación agrícola-forestal, estando dividido el uso del suelo en un 34% para la agricultura, 0.48% de pastizal cultivado, 64.95% de bosque, ocupando la zona urbana un total de 0.57% del territorio (INEGI, 2011:2).

En el territorio se encuentran según comenta Miguel Hernández, cerros que son parte importante para el mundo sacro en la comunidad siendo estos: Jol namo'och, Balavitz, Tentik, Patvitz, Lats Biltón, Ta' lom vitz, k'alob', Jol bax. También cuenta con afluentes hídricos como el Kabtel uk'um en la comunidad de

---

<sup>2</sup> Mapa de San Andrés, otorgado por el Ayuntamiento Constitucional en 2010.

Batz'i te'tik, el Yuk' umal oxib k'o. Estos son de afluente constante, pero también se encuentran otros que son temporales como el Chaikil uk'um, Sikil uk'um y el Ik'anej uk'um que aumentan en época lluviosa (Hernández Díaz, 1997: 20-21). A pesar de que se recopilan datos bibliográficos de la totalidad del municipio, la mayoría de los datos recopilados personalmente refieren a la cabecera, en donde se delimitó el área de estudio.

### 1.1.1 Población.

El INEGI<sup>3</sup> informa que para el censo de habitación y población realizado en 2010, la población del municipio de San Andrés Larráinzar era un total de 20,349 que refiere a un porcentaje del 0.42% de la población total de el Estado de Chiapas, que para ese entonces contaba con un total de 4.793,406 habitantes. Se encuentra un aumento de 3029 habitantes en la población de San Andrés, en relación con el censo de 2005. De este total de habitantes de la Población de San Andrés Larráinzar, el 49.33% son de sexo masculino (10,039) y el 50.66% son de sexo femenino (10,310), teniendo una cantidad de población de 136.8 habitantes por Km<sup>2</sup> y un total de 3309 viviendas habitadas, lo que nos da un promedio de 6 u 7 personas por local de habitación.

El municipio se caracteriza por la dispersión habitacional, con poblaciones de menos de 500 personas (Aguilar et al, 2010:338). La jefatura del hogar según datos del INEGI, para el 2005 seguía siendo predominantemente masculina, contando con un total de 2486 hogares con jefes varones y 256 hogares con jefas del hogar, que da un total de 2742 hogares censados.

La población de San Andrés es predominantemente de origen maya- tzotzil, siendo una minoría aquellos catalogados como ladinos<sup>4</sup>. *“Los indígenas nos identificamos de los ladinos porque ellos no usan la nagua, hablan el idioma, pero no usan el traje”*<sup>5</sup>. A pesar de que existe un bajo porcentaje de población ladina, la

---

<sup>3</sup> <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=07>. y [http://www.censo2010.mx/doc/cpv10p\\_pres.pdf](http://www.censo2010.mx/doc/cpv10p_pres.pdf) Revisado el 09/02/2011

<sup>4</sup> En el apartado Contexto colonial de los indígenas de la zona, se da una definición amplia de los que en este estudio entiendo como ladino.

<sup>5</sup> Entrevista A1

mayoría de la población es maya hablante, incluso los ladinos. Son las mujeres con una edad promedio de 40 años, quienes en su mayoría no dominan el castellano, posiblemente por el ingreso de la educación formal a la comunidad, las poblaciones de mujeres jóvenes dominan con mayor facilidad o completamente el español. Esto significa que muchas ocasiones, sean los hombres los intermediarios entre las mujeres y aquellos que no hablen tzotzil.

### **1.1.2 Educación.**

San Andrés cuenta con infraestructura escolar estatal en la cabecera municipal y en los otros poblados. Dentro de la cabecera municipal se cuenta con 1 escuela pre-escolar, 2 primarias, 1 secundaria y una de Bachillerato. En total se cuenta con 242 aulas, 2 talleres y 1 laboratorio (Hernández Montejo et.al, 2006:15). Las comunidades autónomas cuentan con su propia infraestructura educacional de la cual no fue posible obtener información.

El INEGI reporta en el último censo 2010<sup>6</sup>, que 9,042 personas mayores de 5 años, contaban con educación primaria, es decir el 40.43% del total de la población. Los maestros que laboran en las distintas instituciones educativas de la comunidad, suelen ser sancristobalenses o de otros municipios cercanos. La educación que se da a nivel primario en la cabecera es totalmente monolingüe (español), sin importar si los niños hablan poco castellano. Algunos de los maestros cuentan ya con varios años de laborar en la comunidad, sin embargo no han aprendido el idioma o bien lo hablan poco. No obstante, hay dentro de la planta de personal, también originarios de la comunidad.

La educación primaria y secundaria tiene vínculos con el servicio de salud, ya que las psicólogas y la nutricionista suelen tener períodos de clases destinados a charlas sobre alimentación adecuada<sup>7</sup> y salud sexual. Ambos contenidos carecen

---

<sup>6</sup> <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=07>



de pertinencia cultural, ya que son adecuados a la currícula nacional y por tanto ajenos a la cotidianidad de la población.

### 1.1.3 Uso del traje tradicional

Como en muchas comunidades mayas, son las mujeres quienes siguen utilizando el traje originario de la comunidad, sin embargo los hombres mayores y aquellos que tienen cargos importantes (religiosos u otros) suelen también utilizarlos.

Imagen 1. Traje femenino.



La tela del tzaekil o nagua<sup>8</sup> suele comprarse ya tejida en ventas dentro de la comunidad. Esta es una tela<sup>9</sup> de algodón en color azul marino, en la cual le bordan dos franjas delgadas haciendo una cruz. Normalmente son pequeños cuadros de colores que conforman una línea vertical y una horizontal a lo largo y ancho de la falda, pero pueden presentarse también como motivos bordados flores o rombos de diferentes colores. El Tzaekil se amarra a la cintura con el Chuquí<sup>10</sup>, que en su mayoría es de color rojo o corinto. Al amarrarse a la cintura el Tzaekil, esta debe quedar con pliegues, dando a la falda una forma amplia. Suele acompañar el traje un reboso de colores diversos.

El k'ujil' suelen elaborarlos ellas mismas en su hogar.<sup>11</sup> La blusa cuenta con mangas cortas abombadas y que terminan en tejido, la pechera suele ocupar entre un tercio y medio pecho, el resto es una tela de algodón. El tejido de las mangas y la pechera son bordados a mano en telares de cintura. Sus colores más comunes

---

<sup>8</sup> Falda

<sup>9</sup> La tela también es de telar, pero por ser ya comercial, estos se producen en telares industriales

<sup>10</sup> Faja

<sup>11</sup> Hüipil o blusa.

son el rojo, corinto, negro o púrpura como colores dominantes, pero también se suelen utilizar de forma mínima el amarillo o azul para pequeños detalles. Como todo atuendo ya sea de origen indígena u occidental, suele pasar por modas; lo que significa cambios en los diseños e incluso en los colores. Por este motivo, tanto colores como diseños, han ido cambiando a través de los años, incluso por influencias externas.

Las figuras que comúnmente se presentan en los bordados son rombos, pero pueden existir algunas otras figuras como flores. Es raro encontrar mujeres que se autodenominan indígenas con trajes occidentales, pero esto ocurre más en las jóvenes y adolescentes. Tanto hombres como mujeres, suelen utilizar en su cotidianidad, sandalias de plástico en el caso de las mujeres y en los hombres sandalias de cuero o botas de hule, utilizando el zapato de vestir normalmente solo para salir del pueblo.

En la década de los setenta, había por lo menos tres tipos característicos de huipiles ceremoniales y nueve tipos de huipiles de diario. Actualmente, los pocos huipiles ceremoniales que existen coinciden en un estilo complicado que ha sido preservado de la generación anterior. Los huipiles de diario se clasifican en tres estilos, y todos tienen la misma distribución: un rectángulo pequeño en las mangas y uno más grande alrededor del cuello, con una abertura hilvanada al frente para ampliar el cuadrado del cuello.

El estilo más antiguo consiste en un patrón brocado a rombos pequeños con puntos de color al centro, formando filas diagonales en amarillo, turquesa y rosa. Las blusas con un retoque de brocado alterable, o con un retoque alterable en punto de cruz (los patrones de ambos son iguales), son cada vez más populares. Para los no entendidos, lo que distingue a estos tres huipiles es el color, el cual es indicador de los distintos momentos. El rojo, que prevalecía en la década de los setenta, fue remplazado por el color granate en los años noventa; seguido por el azul marino, el celeste y el marrón. En el mercado de San Andrés, todos estos tonos pueden ser vistos al mismo tiempo. Hace una generación, las mujeres utilizaban el mismo tono de rojo (Morris JR, 2009:53-54)

Los andreseros que utilizan el traje regional que en su mayoría son los ancianos, suelen utilizar camisa de manga larga y pantalones de manta blanca ajustados a la rodilla, con una faja a la cintura (comúnmente roja). Encima de ella llevan un

poncho (zarape) de lana cruda en color negro o café que ajustan en la cintura con un cinturón rojo tejido. El uso de sombrero de paja, usen o no el traje es común.

Aquellos hombres que tienen cargo dentro de la comunidad, suelen utilizar cotidianamente el traje, que se acompaña de un sombrero de paja, en el cual están adheridas cintas de colores diversos.

El bordado de los trajes que usan los pobladores de San Andrés, dista de aquellos que destinan a la venta para un mercado especialmente de turistas. Se diferencian en los motivos e incluso en la tela, ya que los huipiles están hechos completamente en telar de cintura. La venta de tejidos a turistas suele ser mayoritariamente de confección femenina, sin embargo el tejido puede ser convertido para cubiertas de cojines, monederos u otros que sean de interés a los compradores.

#### **1.1.4 Sistema de organización político-administrativa.**

Es necesario aclarar que dentro de la comunidad se encuentran 3 organismos encargados de regir el actuar de los individuos: el ayuntamiento constitucional, el ayuntamiento autónomo y el ayuntamiento tradicional o consejo de ancianos.

En el artículo “los otros acuerdos de San Andrés (1959-2005)” (Aguilar Hernández et. al: 2010) se afirma que la historia contemporánea de San Andrés Larráinzar puede ubicarse en 1959, cuando se empezaron a nombrar a los presidentes municipales por períodos de 3 años. Antes de eso, las autoridades eran designadas por los ancianos, en donde se adquiría prestigio, dando como resultado que estos tuvieran también que asumir, un cargo asociado al aspecto religioso, al culminar su cargo político.

Al tomar los hombres cargos de poder político en San Andrés tuvieron que abandonar sus labores agrícolas, además de requerir grandes gastos económicos al tomar el cargo religioso, por ello el tiempo que duraban en el cargo, lo reducían a un año. A pesar de ello las autoridades tuxtlecas exigían que los cargos tuvieran una duración de tres años. Como una forma de burlar dicho mandato, se buscaba

a tres jóvenes que tuvieran los mismos nombres y apellidos para que fueran rotando sin que las autoridades tuxtlecas lo supieran, sin embargo en el trienio de 1956-1958, no pudieron encontrar tres homónimos, por lo que los tuxtlecos descubrieron el engaño, imponiendo desde entonces su sistema de cargos y exigiendo que los pobladores abandonaran el sistema de elección que tradicionalmente les había regido (Aguilar Hernández et. al, 2010: 339-342).

La progresiva pérdida del poder de los ancianos y la ingerencia<sup>12</sup> creciente de las autoridades estatales y del PRI en la designación de los munícipes, fenómeno que fue común en toda la región de los Altos...

El alargamiento del periodo del presidente municipal a tres años fue acompañado de cambios todavía más significativos: Por primera vez el presidente municipal “electo” resultó ser un maestro bilingüe –Lorenzo Díaz Hernández-, que se valió de sus contactos en San Cristóbal de las Casas y en Tuxtla Gutiérrez para alcanzar el puesto, marginando a los principales de la decisión. Además se tuvieron que crear varios cargos previstos por la Ley: Síndico y primer regidor. En 1962, estos cargos se completaron con los demás regidores. Fue así que se creó el ayuntamiento constitucional que durante muchos años sesionó junto con el ayuntamiento tradicional. (Aguilar et. al, 2010: 341-342)

En los estudios antropológicos hechos en la comunidad de San Andrés, se refiere que existen dos leyes que funcionan paralelamente: El mantal o ley mandar y el Smelol. El Mantal se asocia sobre todo con el Ayuntamiento Constitucional, ya que “tiene como función conferir mandato autoritario a la sociedad; es decir obliga a cumplir el orden establecido, aún en contra de la voluntad de la multitud” (Hernández Díaz, 2000: 26).

El Smelol que significa “La distribución equitativa” (Oshiai, 1985:26). En esta normativa se busca “conocer el acto, la verdad del asunto, para después aplicar la justicia” (Ibid). Aunque ambas estaban asociadas al derecho consuetudinario, ha sido prácticamente la última la que ha quedado como parte del mismo, por el hecho de que el mantal se ha asociado con el actuar de las autoridades por elección.

---

<sup>12</sup> Textual de los autores.

Para 1953, Aguirre Beltrán refería que “*Los funcionarios de los gobiernos municipales en los Altos de Chiapas actúan conjuntamente y en subordinación a los funcionarios que integran el gobierno tradicional, lo cual representa una clara combinación de elementos prehispánicos y coloniales*” (Holland, 1978:56). En la actualidad, han sido pocas las variaciones, teniendo el gobierno municipal un poco más de autonomía de los tradicionales, sin embargo su vinculación sigue siendo muy fuerte. Al presente la administración de la población se estructura de la siguiente manera:

a) *Ayuntamiento Constitucional*: Es la única organización administrativa reconocida por el Estado. Son electos cada 3 años y se rigen en base a las leyes Federales y Estatales. Se compone de Presidente Municipal, un síndico y su respectivo suplente, un tesorero, seis regidores y tres regidores suplentes (Hernández Montejó et. al, 2006:17). Este organismo es controlado por el Estado de Chiapas. El PRI<sup>13</sup> es el partido que ha ocupado históricamente este cargo.

En la actualidad en el municipio existen 4 partidos políticos: PRI<sup>14</sup>, PVEM<sup>15</sup>, PAN<sup>16</sup>; PRD<sup>17</sup>.

Cargos en la Presidencia Municipal 2008-2010 (Iniciaron cargo el 1 de enero de 2008 y lo dejaron el 31 de diciembre de 2010)

- Presidente municipal: Alfonzo Díaz Pérez
- Síndico municipal : Manuel Díaz Hernández
- Síndico Suplente: Antonio Hernández Gómez
- Tesorero Municipal: Felipe Díaz Montejó
- 1er. regidor: Manuel Gómez Pérez
- 2do. regidor: Manuel Gómez López

---

<sup>13</sup> Partido Revolucionario Institucional.

<sup>14</sup> Partido Revolucionario Institucional

<sup>15</sup> Partido Verde Ecologista de México

<sup>16</sup> Partido de Acción Nacional

<sup>17</sup> Partido de la Revolución Democrática

- 3er. regidor: Marcelo Pérez Pérez
- 4to. regidor: Lorenzo Pérez Ruiz
- 5to. regidor: Fernando Ruiz Díaz.
- 6to. regidor: Lucas Ruiz Pérez.
- 1er suplente: Sebastián Pérez Díaz.
- 2do suplente: Miguel Pérez Díaz.
- 3er. Suplente: Andrés Sánchez Díaz
- Secretario Municipal: Lic. Emetrio Díaz Ruiz

A cargo de la Presidencia Municipal, se encuentra la policía. Actualmente se encuentran destacados en el lugar 16 personas. 2 son superiores y 14 de ellos son elementos. La municipalidad cuenta con un total de 72 empleados. Posterior a 1994 se erige en la entrada al municipio, un destacamento militar el cual generalmente coloca puestos de control a la entrada de la cabecera municipal.

*b) Honorable Ayuntamiento Tradicional:* Está compuesto por 31 miembros que tienen el cargo por un año (del 1 de enero al 31 de diciembre). El ayuntamiento se compone por 2 jueces, un propietario y un suplente, 5 baxtonetik (portadores del bastón), 3 alcaldes, un primer y segundo gobernador, un síndico, once regidores, diez policías y un escribano (Hernández Montejó, 2006:17). Se basan en el derecho indígena, considerándose dichos cargos de carácter sagrado. El consejo de ancianos es el encargado de mantener las tradiciones y la identidad andresera (Holland, 1964).

En la actualidad, en cada localidad existe un agente auxiliar municipal, encargado de la organización comunitaria. El cargo se da por estatus y todos están relacionados con la vida religiosa. A estos auxiliares se les denomina con el nombre de principales que según Holland, es una reminiscencia de la organización político- religiosa prehispánica. Al dejar sus puestos dentro de la cabecera municipal, estos regresan a residir a sus parajes. Dentro de sus lugares de

residencia, fungen como conciliadores en los problemas comunitarios, pudiendo tomar también decisiones que influyan en la dinámica comunitaria, además de ser los representantes del lugar ante las autoridades mayores en el centro municipal (Holland, 1964:64). Cabe señalar, que no fue posible obtener una descripción sobre el ayuntamiento autónomo.

### **1.1.5 Religión<sup>18</sup>**

La vida religiosa es de suma importancia y se refleja en la cotidianidad de la población, teniendo un fuerte enlace con su historia comunitaria. Aunque la mayoría de los habitantes de la cabecera municipal es practicante de la religión católica, existe un grupo de personas que adscriben su religiosidad hacia alguna congregación cristiana. Dentro de la cabecera existen 4 iglesias cristianas que se encuentran en las cercanías del centro, pero no cuentan con gran cantidad de practicantes: Pentecostés, Testigos de Jehová, Presbiterianos y la Iglesia de Cristo.<sup>19</sup>

Para el año de 2006, Hernández Montejo y Hernández (2006:15) refieren que el 75% de la población del municipio se adscribían a la religión católica, el 10% como adventista del séptimo día y el 15% restantes se distribuían entre la iglesia Pentecostal, Testigos de Jehová, Presbiterianos y otras. A pesar de que los conflictos de convivencia entre católicos y protestantes no han tenido las dimensiones de otros lugares de los Altos de Chiapas, esta no ha carecido de los mismos, como son los eventos de 1980, con la expulsión de 300 evangelizadores adventistas (Hernández Montejo et. al, 2006:22). Sin embargo, la religión sobre todo la católica, ha jugado un papel muy importante en la vida política del pueblo y de la región de los Altos.

Desde el siglo XIX los andreseros no contaban con un párroco designado, pero en 1962 James Locket más tarde conocido como *Diego Andrés*, llegaría para hacerse

---

<sup>18</sup> Todo dato que refiere a la representación de la cosmogonía, son recopilaciones bibliográficas de investigaciones realizadas a mediados del siglo pasado. No recopilé datos para conocer las variantes que han tenido desde entonces.

<sup>19</sup> Datos recopilados en campo

cargo de la Parroquia. Tanto *Samuel Ruiz*, quien posteriormente tomaría la vía de la Teología de la Liberación, como Diego Andrés que se adscribiría en la línea católica conservadora, llegarían a conformar importantes acciones que explican en parte, la situación política en la actualidad de los Altos de Chiapas. En San Andrés, se formaliza así una “clara división entre “tradicionalistas y renovadores”. Finalmente, San Andrés expulsa al párroco Diego Andrés, quien se alojaría posteriormente en el municipio cercano del Bosque perteneciente a la diócesis de Tuxtla Gutiérrez, lo que le permite seguir manejando fieles de la comunidad de donde fue expulsado (Aguilar Hernández et. al, 2010: 342-348).

A pesar de las crisis relacionadas con la adscripción religiosa, la vida cotidiana tiene un fuerte vínculo como ya se ha dicho, entre la vida política y religiosa. Los católicos por ser la mayoría de la población practicante, cuentan con innumerables ritos y organizaciones que dedican a la celebración de los santos. El investigador japonés Kosiyazu Ochiai en los años 80, haría una recopilación detallada de la vida religiosa de la comunidad en su obra “*Cuando los Santos vienen marchando. Rituales públicos intercomunitarios tzotziles*”. En la obra se muestra la importancia de las relaciones intercomunitarias que se entrelazan a través de la práctica religiosa en la región, teniendo sus bases en aspectos precolombinos, que tiene un fuerte vínculo en la cosmogonía y cosmología de los andreseros. Los mitos de creación y el orden cósmico que se describen a continuación, responden exclusivamente a los datos bibliográficos que investigadores realizaron en las décadas de los 70 y 80 del siglo pasado; entendiéndose que en la actualidad, estas representaciones pudiesen haber cambiado y sintetizado con otras formas de pensar el mundo las cuales no lograron abordarse dentro de la indagación en la comunidad de estudio.

#### **1.1.6 El mito de creación.**

En los estudios etnográficos que realizara W. Holland en el siglo XX en la comunidad de Larráinzar, logró recopilar de informantes, ideas cosmogónicas. Es interesante contrastar los hallazgos del investigador, con los mitos de creación que de otras zonas mayas, en la cual se comparten similitudes en dichas



representaciones. En San Andrés, se refieren a una creación del mundo y del ser humano en 3 etapas o mundos, esta curiosamente tiene vínculos muy cercanos a lo descrito en el Popol Wuj. En el libro sagrado del pueblo k'iche', se describe una creación del mundo y del hombre en varias etapas; de lo imperfecto, a lo perfecto.

Se puede resumir el mito de creación-formación del mundo y el hombre que se encuentra en el Popol Wuj de la siguiente manera<sup>20</sup>: Los creadores y formadores, *Tepew y Q'ukumatz*, Kaqulja Jun Raqan, Ch'ipi Kaqulja y Raxak Kaqulja se consultan y meditan para crear un espacio, que solo era ocupado por agua y oscuridad. En ese instante crean al corazón del cielo y corazón de la tierra, llenando el vacío creando la tierra, su vegetación y animales. Los animales nunca pudieron adorarles, por lo que deciden que para ello, es necesario crear al hombre. El hombre de barro, fue su primer intento fallido, creyéndoles imperfectos pues no pudieron adorarles a los formadores, por lo que fueron destruidos.

El segundo intento fue la creación del hombre de madera, quienes tampoco pudieron adorarles, decidiendo nuevamente destruirlos a través de inundaciones. Los hombres que se salvaron de la destrucción por haber subido a tierras altas y a las copas de los árboles, se convierten en monos. El último intento fue crear a los hombres de maíz. Se creó su carne de masa de maíz, dando origen a cuatro hombres y sus respectivas esposas. Estos poblarían y adorarían al Corazón del Cielo y el Corazón de la Tierra. El mito de creación del pueblo K'iche' (pueblo maya), al compararlo con el relato recopilado por Holland tiene grandes similitudes, a pesar del tiempo transcurrido entre la recopilación de ambos.

Lo que Holland recopilara de la tradición oral en San Andrés entre 1957 y 1959, se cita a continuación. Este relato también ubica que la creación de la tierra y el hombre está dividida en 3 etapas:

“Este es el primer mundo y, antes de él, hubo otros dos. En el primero, la tierra era completamente plana y no había sol, sino solo una luz débil. Había muchas personas en

---

<sup>20</sup> Este mito se encuentra contenido en los libros 1 y 4 del Popol Wuj. A pesar de que hay muchas traducciones del libro, una de las más recientes es la investigación y re-traducción realizada por el académico de origen maya k'iche' Sam Colop, la cual tiene desde mi punto de vista, elementos más precisos en su traducción y forma de presentación literaria del manuscrito.

ese mundo, pero eran imperfectas y no sabían morir; esto no agradaba a los dioses y por ello enviaron un diluvio que acabara con el mundo. Únicamente los sacerdotes escaparon a la muerte porque eran monos aulladores y monos arañas y treparon a los árboles más altos para salvarse.

...Destruído el primer mundo y muerto sus pobladores, fue creado otro y nuevamente poblado por personas. Pero estas también eran imperfectas porque no permanecían muertas después de morir; a los tres días volvían a vivir y seguían viviendo eternamente. Esto también disgustó a Dios quien decidió, entonces, destruir el mundo con un torrente de agua caliente. Cuando comenzó a caer el agua, algunas personas se refugiaron en las cuevas, pero todos murieron y por ello encontramos con frecuencia huesos humanos en las cuevas: son los restos de los habitantes del segundo mundo.

Después de esto, Dios pensó que podía intentar otra vez y envió a su hijo Jesucristo a la tierra para que creara el tercer mundo. Los primeros habitantes fueron tres parejas de ladinos. Eran ricos y su trabajo era leer y escribir. Entonces Dios pensó que era necesario que existiera alguien para hacer los trabajos pesados y creó tres parejas indígenas pobres para servir a los otros. Estas personas se multiplicaron rápidamente y muy pronto llenaron el mundo de gente. (Holland: 1978,72)

Lo que se maneja en la versión recabada por Holland, es un sincretismo entre la cosmogonía indígena maya que existía al momento previo y durante la Colonia reflejado en el Popol Wuh (documento estudiado y traducido por el Padre Ximenez a finales de 1600) y las relaciones sociales, en las que la sociedad indígena chiapaneca se encontraba en el momento que se realizó la entrevista<sup>21</sup>, y que se describe en el relato anterior. Aquí se vislumbran las claras implicaciones del dominio del ladino sobre el indígena, y la concepción del primero como el aquel que tiene posibilidades de ocio, que se encuentra relacionado con el poder adquisitivo y de dominación; y por el otro lado, el del indígena definido como un sirviente.

Da cuenta de la dominación económica, social y política de que es objeto el indígena, por parte de los blancos (sociedad pigmentocrática). En el relato se evidencia las relaciones entre ambos grupos étnicos que se materializan en

---

<sup>21</sup> Años después se daría una expulsión de ladinos de San Andrés y que posteriormente se describe en el apartado llamado “los conflictos y la dominación jkaxlan”.

racismo y discriminación. Relaciones subordinadas asumidas y naturalizadas desde la representación del ser indígena frente al ladino (blanco).

De hecho desde el momento de la colonización se reivindicó una supuesta superioridad racial frente al indígena, para justificar los privilegios derivados de la conquista y para contrarrestar las ventajas de ser minoría frente a los dueños originales del territorio. El imaginario racista, como lo bautiza Marta Casaus para el caso de Guatemala, generó estereotipos que se han reproducido a lo largo del tiempo y que hoy por hoy contribuyen a sobrevalorar negativamente las diferencias, convertidas en prejuicios atemporales, propias de la sociedad local.

La idea que el indio trae consigo marcas indelebles de barbarie, forma parte del mismo paquete, al igual que otros rasgos de carga negativa que se le atribuyen (pereza, indolencia, estupidez, alcoholismo, terquedad), su supuesta ausencia de valores civilizatorios surge por contraste ante las formas de vida que los españoles trajeron consigo. (Guillen, 2003: 16-17)

Piero Gorza también recopiló de otras publicaciones que abarcan la zona de San Andrés, relatos sobre los mitos de creación en la región. El primer relato recopilado del libro *“Tradición oral en San Andrés Larráinzar, algunas costumbres y relatos tzotziles”*, publicado en 1985 por M. Hidalgo Pérez, refiere que: *“Vaxakmen el todo poderoso, el sostenedor de los pilares del mundo, tomó de sí mismo las piedras para compactar el suelo. Nuestro padre Vaxakmen es el que formó el valle y los cerros, es el dueño de la tierra, el creó la tierra”* (Gorza, 2006:27). En una publicación posterior del mismo autor, denominada: *“Cuentos y relatos indígenas”*, se relata que *“Un fugitivo de la gran lluvia caliente buscó cobijo en una cueva, donde estaba una perra. Cuando el hombre salió para trabajar, el animal coció tortilla y pozol. A su regreso, el joven se quedó asombrado y, finalmente, se casó con la perra, procreando a nuestros antepasados”* (Gorza, 2006:28). Aunque con variantes, todas se vinculan con la versión recopilada por Holland a mediados del siglo XX.

Estudios más recientes a los elaborados a mediados del siglo pasado, refieren la existencia de cambios en los mitos de creación, sin embargo para la tradición oral, estos cambios son básicos para su misma supervivencia en el tiempo. Si

comprendemos que el mito se construye y reconfigura constantemente por ser un proceso histórico, social e ideológico, como refiere Page (2005:105). En el caso de Chenaló y Chamula, que son los lugares en donde recopiló esta información; el investigador afirma que por factores políticos y sociales propios del área, aquellos relatos que aún se mantenían con una fuerte carga pre- hispánica hasta mediados del siglo pasado, han dado lugar a nuevos relatos reconfigurados. El autor sitúa el origen de estos cambios en la incursión de las campañas evangelizadoras de tradición judeocristianas. A pesar de estas variaciones, suele guardarse la esencia, ya que las deidades han sido reconfiguradas, construyéndose básicamente en las judeo-cristianas, Sin embargo; las relaciones de habitación de seres del infra y supra-mundo con los hombres y su asociación a través de la madre tierra- Virgen María, como sustentadora de vida<sup>22</sup>, aún pervive.

### **1.1.7 Representación del orden cósmico y su relación con los cargos religiosos de los andreseros<sup>23</sup>.**

La idea del plano cósmico dentro de todos los grupos mayenses es similar. La unión de naturaleza y cuerpo es esencial para entender relación hombre-religiosidad- naturaleza. La mayoría de los estudios para el área maya refieren a que el axis mundo está representado por una ceiba, que sostiene al mundo (Kocyba, 2007:13). La ceiba da orientación, a los cuatro puntos cósmicos que crean una plataforma, así como dos puntos más, representados por el inicio y el final de la ceiba, es decir el cielo y la tierra. Köhler (1995:111), critica los escritos de Holland, al afirmar que Holland quiso por la fuerza, encajar a esta comunidad de origen tzotzil con el esquema de los datos pre-colombinos para el área de las tierras bajas mayas y que por ende, sus datos no estaban documentados etnográficamente en relación a los niveles ascendentes y descendentes.

Según Kocyba, en San Andrés, el concepto de centro del mundo se representa a partir de una cruz como eje que se planta en medio de esta plataforma. Es decir, una suplantación de la ceiba que se evidencia en los restos arqueológicos mayas,

---

<sup>22</sup> Para mayor detalle revisar: Page, Pliego, 2005 “El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula, Chenaló, Chiapas”. UNAM, México.

<sup>23</sup> Estos datos referirán a lo recabado por los investigadores que abarcaron el área a mediados del siglo pasado.

por la cruz cristiana. Así, Holland (1978) también refiere que en San Andrés, existe una fuerte importancia del simbolismo de las cruces, pues existen trece cruces guardando las entradas, salidas y las principales calles de la cabecera. Una cruz principal al interior de la iglesia, radicando su importancia en que es en esta, en la que Cristo fue crucificado. Le siguen en importancia, la que se encuentra afuera de la iglesia y por último, las que se encuentran diseminadas en todo el poblado. Estas están instaladas como forma de protección a los viajeros y como punto clave para realización de ceremonias.

Para los tzotziles de Zinacantán, las cruces son puertas que llevan directo a los dioses. He allí la importancia de las cruces en todos estos poblados de origen tzotzil (Kocyba, 2007:13)

Los tzotziles en San Andrés conservan la creencia en cuatro dioses que sustentan el mundo con sus hombros. Llamados Cuch Vinahel Balumil “sustentadores del cielo (y) de la tierra”, están instalados en los cuatro rincones del mundo. Sus más ligeros movimientos producen el temblor de tierra o un terremoto. Los dioses de los cuatro puntos cardinales ocupan posiciones intermedias entre las de los Cuch Vinahel Balumil... Están relacionados con los colores direccionales del mundo, pero no dispuesto de igual modo que los de Yucatán y los códigos mayas. (Holland en Thompson, 2004:16).

Los dioses cargadores del mundo (Kuch Vinajel-Balumil), son cuatro seres ubicados en las cuatro esquinas, quienes sostienen el mundo en sus hombros. Existen también dioses de los cuatro puntos cardinales que se encuentran entre los cargadores, quienes desempeñan funciones relacionadas con la vida y se asocian a un color. “El dios blanco de oriente manda la lluvia; el dios blanco en el norte es el del maíz, el dios colorado en el sur sopla el viento, y el dios negro en el occidente manda la muerte. En conjunto se les denomina Vashak Men (Holland: 1978, 92).

También Ochiai refiere que el universo se compone de 3 capas universales mayores, sostenida por cuatro pilares, siendo la cabecera municipal “el ombligo de la tierra”. Debajo de la tierra, se sostienen los cuatro pilares en el inframundo, cada uno de los estratos, cielo, tierra e inframundo son habitados por dueños

sobrenaturales. En estos estratos habitan tanto dueños (sol, luna, santos y arcángeles), dioses protectores, seres humanos, dueños de la tierra, sostenedores de la tierra, demonios, duendes y los muertos. Esto se representa claramente en las manifestaciones festivas de la religión católica en San Andrés (Ochiai,1985: 43-45). El cielo es visto como una montaña con trece escalones, seis en oriente y seis en occidente; siendo el último escalón, formado por la punta del cielo. Del centro del mundo sube una ceiba, que llega hasta el cielo, Es allí donde residen los dioses buenos. Los espíritus de los curanderos y principales muertos, suben por las ramas de la ceiba sagrada, donde al llegar a la rama 13, ocupan lugares junto a los dioses principales (Sol-Luna). Existen en el mundo inferior dioses malos “que tratan de ganar nuevos habitantes para el mundo de los muertos” (Holland, 1978:69).

“Los tzotziles contemporáneos conservan las mismas cinco clases de dioses que tenían sus ancestros mayas: 1) dioses de los cielos, 2) dioses cargadores del mundo y los cuatro puntos cardinales, 3) dioses de la tierra, 4) dioses del mundo inferior y 5) dioses del linaje y ancestrales”. El sol y la luna son las figuras centrales y para todo fenómeno natural, le corresponde una deidad que tiene temperamentos similares a los humanos y pueden tanto premiar, como castigar. Si bien los hombres son imperfectos y mortales, los dioses son inmortales y perfectos por no poseer las costumbres de los mortales. Por tanto para los humanos, se les hace necesario rendirles ceremonias y cumplir con las fiestas, con el fin de recibir los favores de los dioses. (Holland, 1978:71).

En el ideario tzotzil, existe una suplantación de los dueños (sol, luna) con las imágenes de los santos católicos. El Cristo y la Virgen son el equivalente al Sol y a la Luna, siendo el primero hijo del segundo. “Los andreseros creen que hace mucho tiempo, la población indígena creció tanto, que el Cristo/Sol dividió la tierra en pequeños poblados asignando a cada uno sus hermanos a los santos como patronos protectores. Generalmente, los santos, Cristo y la Virgen María son hermanos” (ibid, 53). Por eso, la visita e intercambio de los santos durante las festividades religiosas entre comunidades, es de vital importancia.

De la misma forma, las personas que cuidan a los santos y que conforman las mayordomías en los diferentes cargos religiosos tienen importancia en el hecho de

que son ellos los que mantienen comunicación entre los dioses y la comunidad. La Virgen- Luna (Ch'ul metik), es un importante símbolo de fertilidad tanto en el humano como en el ciclo agrícola (Holland, 1978:78), dándosele igual importancia que al dios sol. Holland logró identificar que los dioses terrestres corresponden a una idea de “capitanes, ángeles y maestros”, como entes sobrenaturales que habitan en montañas, en la tierra o en los ojos de agua<sup>24</sup>. A estos seres cuidadores les denominan con nombres de santos y ángeles “católicos”. Estos seres también tienen carácter dual. Son estos los que eligen a los curanderos a través de los sueños, enseñándoles su labor por este mismo medio.

En los lugares donde estos habitan, se suele identificar con cruces. De la misma forma. Los dioses del mundo inferior, también son seres sobrenaturales, pueden favorecer la vida, como también obstaculizarla, Todo suceso que refiere a una destrucción o padecimiento, generalmente se piensa como obra de estos seres del inframundo. Ellos son concebidos como los causantes de los males, enfermedades e incluso la muerte. Dentro de este sincretismo religioso, se ubica a San Andrés, como la deidad más poderosa en Larráinzar, quien también cuenta con un carácter dual (Holland, 1974:92-80), estando en el plano de los “dioses buenos”.

De esta forma la práctica de la religiosidad, se encuentra relacionada con el sistema ritual tzotzil, en el que individuos y grupos pueden establecer contacto con las fuerzas sobrenaturales, según Holland. Para llevar este vínculo entre las fuerzas sobrenaturales y el mundo terrenal, se cuenta con intermediarios como lo son los jpoxtavanej y las personas que cuentan con cargos religiosos, quienes están obligados a llevar correctas relaciones entre ambos mundos (sacro y profano), cumpliendo con sus deberes y obligaciones en el cumplimiento de una vida ejemplar.

---

<sup>24</sup> Idea similar a los grupos mayenses en Guatemala que identifican como: “dueños de los cerros, Dueños de los ojos de agua, dueños de los bosques, etc...

Imagen No. 2 Mayordomos y me'marmotas. Fuente: Liliana Arévalo Peña



Los cargos religiosos siguen siendo de un carácter muy importante en la comunidad, en donde toda la familia participa, representando un gran estatus para el individuo y su grupo familiar. Existen 3 categorías para los cargos religiosos: los encargados de la Iglesia, los anfitriones

de la iglesia y los especialistas rituales. Los encargados de la iglesia se componen de dos fiscales, dos sacristanes y 27 mayordomos (que duran 1 año en el cargo), “las martomas y los sacristanes son los supervisores de los mayordomos” (Hernández Montejo et. al, 2006:26).

Cuadro No.1 <sup>25</sup> Cargos religiosos

CARGO	CARACTERISTICAS	FUNCIÓN
Mayordomos (Martomaetik). Sistema de rango en base a la antigüedad.	Casados. Son buscados por carecer de vicios y su lealtad comunitaria	Cuidado de imágenes de los santos de la Iglesia
Mayordomos grandes (Banquilal muk ta marmota)	Hombres de mediana edad, con conocimiento ritual.	Encargados de la imagen mayor de San Andrés.
↕		
Mayordomos menores (Itz'i nal muk ta marmota)	Jóvenes (menos de 25 años)	Encargados de la Imagen menor de San Andrés.

<sup>25</sup> Cuando los santos vienen bailando. Kazuyasu Ochiai. P. 27-35 e Historias y tradiciones de San Andrés Larráinzar. José y Juan Hernández P. 26-34 y Medicina Maya en los Altos de Chiapas de William Holland PP. 59-63.



Me' marmota	Esposas de los mayordomos	Apoyo a los mayordomos. Cuidado de las imágenes de los santos de la iglesia.																																						
Anfitriones de la fiesta  Alferéz y sus Ayudantes	<p>Este cargo debe ser pedido hasta con 2 años de anticipación ante los principales del ayuntamiento regional. Se toma obligatoriamente por haber ocupado un cargo en el ayuntamiento constitucional.</p> <table border="1" data-bbox="540 646 943 1831"> <thead> <tr> <th>CARGO</th> <th>FIESTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presidente municipal</td> <td>San Miguel</td> </tr> <tr> <td>Alcalde 1°</td> <td>San Andrés Apóstol</td> </tr> <tr> <td>Gobernador 1°</td> <td>Sagrado Corazón de Jesús</td> </tr> <tr> <td>Gobernador 2°</td> <td>Natividad</td> </tr> <tr> <td>Síndico</td> <td>Virgen del Rosario</td> </tr> <tr> <td>Regidor 1 °</td> <td>San Martín</td> </tr> <tr> <td>Regidor 2°</td> <td>Virgen de Guadalupe</td> </tr> <tr> <td>Regidor 3°</td> <td>San Francisco</td> </tr> <tr> <td>Regidor 4°</td> <td>Dios Padre</td> </tr> <tr> <td>Regidor 5°</td> <td>San Antonio</td> </tr> <tr> <td>Regidor 6°</td> <td>San Jacinto</td> </tr> <tr> <td>Regidor 7°</td> <td>San Dionisio</td> </tr> <tr> <td>Regidor 8°</td> <td>Virgen de la Asunción</td> </tr> <tr> <td>Regidor 9°</td> <td>San Nicolás.</td> </tr> <tr> <td>Regidor 10°</td> <td>San Bartolomé</td> </tr> <tr> <td>Regidor 11°</td> <td>San Lucas</td> </tr> <tr> <td>Mayor 1°</td> <td>Sto. Santiago</td> </tr> <tr> <td>Mayor 2°</td> <td>Sta. María</td> </tr> </tbody> </table>	CARGO	FIESTA	Presidente municipal	San Miguel	Alcalde 1°	San Andrés Apóstol	Gobernador 1°	Sagrado Corazón de Jesús	Gobernador 2°	Natividad	Síndico	Virgen del Rosario	Regidor 1 °	San Martín	Regidor 2°	Virgen de Guadalupe	Regidor 3°	San Francisco	Regidor 4°	Dios Padre	Regidor 5°	San Antonio	Regidor 6°	San Jacinto	Regidor 7°	San Dionisio	Regidor 8°	Virgen de la Asunción	Regidor 9°	San Nicolás.	Regidor 10°	San Bartolomé	Regidor 11°	San Lucas	Mayor 1°	Sto. Santiago	Mayor 2°	Sta. María	<p>Recepción de los estandartes de la iglesia que representan a los santos. “Ofrecimiento de la comida a los funcionarios del ayuntamiento regional bajo los estandartes y regreso de los estandartes al santo templo”<sup>26</sup></p> <p>Estos cargos requieren de fuerte solvencia económica.</p>
CARGO	FIESTA																																							
Presidente municipal	San Miguel																																							
Alcalde 1°	San Andrés Apóstol																																							
Gobernador 1°	Sagrado Corazón de Jesús																																							
Gobernador 2°	Natividad																																							
Síndico	Virgen del Rosario																																							
Regidor 1 °	San Martín																																							
Regidor 2°	Virgen de Guadalupe																																							
Regidor 3°	San Francisco																																							
Regidor 4°	Dios Padre																																							
Regidor 5°	San Antonio																																							
Regidor 6°	San Jacinto																																							
Regidor 7°	San Dionisio																																							
Regidor 8°	Virgen de la Asunción																																							
Regidor 9°	San Nicolás.																																							
Regidor 10°	San Bartolomé																																							
Regidor 11°	San Lucas																																							
Mayor 1°	Sto. Santiago																																							
Mayor 2°	Sta. María																																							

<sup>26</sup> Historias y tradiciones de San Andrés Larráinzar. José Hernández Montejo y Juan Hernández Ruiz.

	Magdalena	
	Mayor 3°	Santa Marta
	Mayor 4°	Santa Ana
	Mayor 5°	Santa Margarita
	Mayor 6°	San Felipe
	Mayor 7°	San Pedro Mártir
	Mayor 8°	Santa Catarina
	Mayor 9°	Virgen de la Soledad
	Mayor 10°	Santa Rosa
Consejeros rituales (Nakavanej)  Asistentes abates (Yabatalperes)	Expertos en rezos.	acompañantes  Músicos
Especialistas rituales  Larineros  Jinetes (Kapitanes)  Danzantes rojos (Tsajal ak'ot)	Mediadores entre Alférez e Iglesia  6 jinetes por periodos de 6 años. En la fiesta del quinto viernes, el primer jinete deja el puesto.  12 danzantes. Periodos de 8 años. El cargo puede durar hasta doce años. No es un cargo de mayor prestigio.	Músicos de trompeta, tambor y flauta (dedicados a la música Sagrada). Arpa, guitarra y violín (Dedicados a la música secular).  Después de varios años de haber dejado el puesto de primer jinete, , regularmente se asume el cargo de síndico a quien le corresponde reclutar nuevos alférez  Escoltan la imagen de San Andrés

Estos cargos se relacionan con el cumplimiento en la celebración del calendario ritual de la comunidad<sup>27</sup>. Las festividades que llevan a cabo en el año son los siguientes:

Cuadro No.2 Calendario de fiestas

<b>FIESTA</b>	<b>FECHA DE CELEBRACIÓN</b>
Señor de Esquipulas	14 y 15 de enero
San Sebastián, San Pablo y San Vicente	21 y 22 de enero
Carnaval	5 días antes del miércoles de ceniza
Señor de Tila	Variable
Virgen de la soledad	Sábado Santo
San Felipe, San Pedro Mártir y Santa Catarina	22 y 23 de abril
Santa Cruz	3 de mayo
Jesucristo y Santa María	24 de mayo
San Antonio y Dios Padre	3 y 4 de junio
San Juan Mayor, Corazón de Jesús, San Pedro y San Juan Menor.	17 de junio
Santiago, Santa María Magdalena, Santa Marta y Santa Margarita	22 de Julio
Virgen de la Asunción, San Jacinto y Santo Domingo	12 de agosto
San Agustín, San Bartolomé y Santa Rosa	26 de Agosto
Natividad y San Nicolás	9 de Septiembre
Virgen del Rosario, San Miguel y San Francisco.	30 de septiembre

<sup>27</sup> Cuando los santos vienen bailando. Kazuyasu Ochiai. P. 37 e Historias y tradiciones de San Andrés Larráinzar. José y Juan Hernández P. 34-35

San Lucas y San Dionisio	21 de octubre
San Andrés Apóstol mayor y menor	27 al 30 de noviembre. Fiesta patronal
Virgen de Concepción	7 y 8 de diciembre
Virgen de Guadalupe, San Martín y Juan Diego	10- 12 de diciembre
Nacimiento del Niño Jesús	24-25 de diciembre

### 1.1.8. Economía.

La cabecera municipal cuenta con una serie de comercios informales encontrándose carnicería, peluquerías, bares o cantinas, abarroterías, panaderías, farmacias, librerías (venta de material escolar), electrónicas, talleres automotrices, carpinterías, comedores, misceláneas, venta de hilos y telas para la “nahua”, centros plásticos, venta de materiales para construcción, tortillerías, car wash y fruterías.<sup>28</sup> Tal vez de los locales más formales que existe, es una zapatería que se encuentra a media cuadra del parque y donde venden zapatos escolares, zapatillas deportivas, botas, y la venta de celulares ubicada enfrente del parque entre otros. Una farmacia que funciona también como consultorio médico y donde atienden médicos originarios de San Andrés. Los días sábados, abre una veterinaria que se ubica en el camino que conduce a Nachitón.

Estos locales que se visualizan más formales, suelen ser de las personas que tienen mayor capacidad económica. Existen varios negocios que se dedican a la venta de películas piratas, las cuales cuentan con una existencia no menor de 500 discos cada una. Dentro de la comunidad se encuentra centros de entretenimiento como las denominadas maquinitas (2 locales), que son juegos computarizados en las cuales los niños y jóvenes que salen de la escuela, suelen ir a jugar. Dentro de

---

<sup>28</sup> Las tortillerías que se ubican en el pueblo, hacen las tortillas de forma semi-industrial y con harina de masa Maseca, con lo que el proceso manual y de maíz criollo se ha perdido, siendo los parajes los que utilizan aún el proceso artesanal.

algunos negocios existen también máquinas de apuestas y cercano al destacamento militar, existe un local improvisado para el juego de billar.

La comunidad cuenta con dos cooperativas de transporte que tienen carros tipo sedan y combis para el traslado de pasajeros. En el momento de la estancia en la comunidad, los pasajes costaban 17 pesos en combis colectivas y 20 en los taxis colectivos. Dentro de la comunidad los transportes se toman en el parque de San Andrés y en la Ciudad de San Cristóbal de las Casas. Cada una de las cooperativas cuentan, con predios ubicados cerca del mercado de dicha ciudad. Existe además transporte hacia Santiago El Pinar, Bochil, Puerto Cate y Aldama.

Holland refiere que a mediados del siglo XX, únicamente existía terracería y era un camión el que transportaba personas hacia la comunidad, Los cooperativistas de transporte cuentan que iniciaron hace 30 años y en ese entonces solamente era un camino de terracería. En ese tiempo solo había un autobús que bajaba a las 6 de la mañana y salía de regreso de San Cristóbal a las 2 de la tarde. Durante los años 80, se hizo una ampliación del camino de San Cristóbal hacia Chamula y posteriormente hasta Chenalhó. Entre el 94 y 97 (Gorza, 2006:8), se hizo el tramo pavimentado hasta Puerto Cate y con ello introdujeron en un inicio las combies y posteriormente los taxis. La cooperativa Yajval lum es la que más cooperativistas asociados tiene.

Ambas cooperativas cuentan con asociados que poseen en propiedad carros y deben pagar una cuota diaria por mantenimiento a la cooperativa. En ambas, la mesa directiva cambia cada 2 años por medio de votaciones.

La reventa de gasolina es una práctica común en todo el camino hacia San Andrés y el poblado no es la excepción. En las salidas a los poblados vecinos se encuentran lugares que venden la gasolina y se identifica porque en las afueras de las casas o locales exponen galones llenos del líquido, normalmente son tiendas de abarrotes.

Existen cooperativas de tejedoras en donde las mujeres venden sus bordados y tejidos. Una de ellas se encuentra en la entrada del pueblo, que es el paraje

artesanal Pasluchetic<sup>29</sup> y otra se encuentra a unas cuadras del parque, llamada mujeres por la dignidad. Ambas cooperativas mandan sus productos al resto del país o al extranjero. En el año 2010, las tejedoras del Pasluchetic ganaron el Premio Nacional de Ciencias y Artes, en el rubro de tradiciones populares, junto a artesanos de Baja California.<sup>30</sup> Las mujeres suelen vender también al interior de sus casas sus tejidos o bien trabajar bajo encargo. Los tejidos pueden ser sencillos y ocupar desde horas o días, hasta trabajos de gran magnitud en los cuales pueden durar más tiempo. Este tipo de trabajo se realiza en los tiempos libres que las mujeres tienen, ocupando las horas que quedan posterior a los trabajos domésticos o el cuidado de los animales como los borregos.

Las aves de corral y el ganado ovino suelen ser para ventas esporádicas y más bien se utilizan para el consumo al interior del hogar. Los días de mercado son los sábados y los domingos. Este día el pueblo se ve más lleno, pues llegan personas de los parajes vecinos, ya sea para comprar o vender. Existen dos mercados que los habitantes denominan en base a la dicotomía constitucional-autónomo. El autónomo está ubicado en la parte baja del municipio, estando este techado y el constitucional, que se encuentra detrás de la catedral de San Andrés, siendo este un poco más pequeño en el tamaño de construcción, pero los negocios se distribuyen en las cercanías los días de mercado. Las verduras que allí se venden suelen ser también cosechas propias de los vendedores. Este es probablemente el día en que más turistas suben, sin embargo la afluencia de turistas no es grande.

Los turistas suelen ir con mayor regularidad a Oventik, en donde se encuentra uno de los caracoles zapatistas dentro del territorio que abarca el municipio de San Andrés.<sup>31</sup> Sin embargo las personas refieren que en años anteriores si solían ir

---

<sup>29</sup> Tejedoras en idioma tzotzil.

<sup>30</sup> <http://www.jornada.unam.mx/2010/12/13/index.php?section=cultura&article=a06n1cul>

<sup>31</sup> En San Cristóbal se puede encontrar carteles que dictan “Tour para antropólogos” y que llevan directo a Oventik <http://www.joveltravel.com/recorridos-san-andres-larrainzar.html> <http://www.soltours.com.mx/tourzapatista.php> , <http://www.cabanasmoxviquil.com/tours.php?page=2> y publicidad pegada en hospedajes de San Cristóbal de las casas. (diario de campo).

turistas extranjeros o nacionales, probablemente por la importancia que tiene la cabecera de San Andrés en la firma de los acuerdos entre el Estado y el EZLN.

“Aquí hubo un tiempo en que si venían gringos y personas. Era chistoso verlos porque venían y se ponían las nahuas y andaban descalzos; como que eran pobrecitos, solo que no lo eran, solo es que les gustaba andar así, pero desde que hubo un problema con no sé qué de una cámara de fotos y los detuvieron algunos días, como que dejaron de venir, como que allá [en San Cristóbal] les advierten” (diario de campo)

Aún así, hay compañías de viajes en San Cristóbal, que como parte de sus actividades comerciales y que con el fin de captar más turistas nacionales o extranjeros ofrecen dentro de sus viajes “tours Zapatistas”, anunciando al pueblo de San Andrés como el “Corazón del zapatismo” (Jovel travel, Cabañas Moxquivil y Soltour). Existen otras compañías no formales que ofrecen “tours alternativos” que tienen el mismo fin, que incluso denominan “tours para antropólogos”. Sin embargo, ninguno de estos, representa un ingreso significativo a la comunidad, más que la pequeña compra de algunos tejidos.

El día de pago del programa de Oportunidades, la economía informal se activa, pues los vendedores ambulantes de comunidades cercanas se posicionan cerca del Centro de Salud, lugar en donde las mujeres cobran, estos suelen vender productos lácteos, radios, baterías, cinchos u otras mercancías. No obstante, los vendedores ambulantes de la comunidad, suelen estar presentes a diario. Ellos suelen vender sobre todo alimentos procesados en las cercanías del parque, como tacos, helados, chicharrones (frituras a las que se les suele echar salsa valentina) u otros.

Suelen ir comerciantes de otras comunidades para vender pescados y mariscos, sube también el camión que vende agua purificada y personas que se trasladan en pik ups para la compra de chatarra y venta de colchones. Estos comerciantes suelen usar el megáfono para anunciarse en las cercanías.

Cabe señalar que la migración hacia centros urbanos también se da en la comunidad. Las mujeres suelen viajar a San Cristóbal para ser empleadas en el sector servicio, existen grupos de mujeres jóvenes que han migrado para formar

parte del servicio doméstico en la ciudad de San Cristóbal u otras cercanas como Tuxtla. Los hombres suelen migrar hacia ciudades como Cancún. Las personas con las que se tuvo charlas informales comentaron que la migración hacia Estados Unidos es mínima y se reduce a migración interestatal.

## **1.2. San Andrés en la historia**

### **1.2.1 Contexto Colonial de los Indígenas de la zona.**

Para empezar a escribir sobre el problema de tierras y la expulsión de los ladinos en la comunidad de San Andrés, es necesario enmarcarme en una definición de "ladino" o lo que sería similar que dentro del área de estudio denominan con la categoría jkaxlan. Para este efecto, Arturo Taracena,<sup>32</sup> define la categoría ladino de la siguiente manera:

Por "ladino étnico" me refiero a los sectores mestizos, zambos, mulatos, negros, indígenas aladinados y españoles rurales empobrecidos que fueron conformando el sector ladino durante los tres siglos que duro la Colonia. Ya Fuentes y Guzmán dejaba testimonio de ello, así como todos los funcionarios, cronistas o historiadores que le precedieron... Por "ladino político" aludo al segmento de la sociedad que el Estado liberal definió como tal, cuando estableció la bipolaridad étnica en el país. En oposición al mundo indígena, los ladinos étnicos se vieron acompañados en el nuevo imaginario nacional por criollos, blancos extranjeros... De ahí que la primigenia noción racial que caracterizaba a los ladinos de origen colonial cediese lugar a una claramente social, que a finales del siglo XIX y en el XX terminó por definir al mundo ladino entendiéndolo como "no indígena". No se trata pues de aquellos a quienes solamente los une el español y el vestido a la occidental, sino de quienes se han identificado con un imaginario nacional dominante, independientemente de que existan diferencias sociales en su seno. Es decir, no se trata solamente de características culturales, sino de procesos históricos y de relaciones de poder concretas a nivel local, regional y nacional (Berganza y Cazzali, 2006)

Para el contexto de San Andrés, Lucas Ruiz Ruiz define de la siguiente forma las diferencias entre uno y otro desde la visión emic:

---

<sup>32</sup> Taracena, aún cuando proviene de Guatemala describe un fenómeno que atraviesa a toda el área indígena maya de las tierras altas, su uso sigue vigente para ambos países que comparten una región común.



En este sentido podemos encontrar que los indígenas de Larráinzar no se autonombran tsotsiles ni mucho menos indios, sino que se identifican a sí mismos como *jchi'iltik*, término que en su traducción literal quiere decir *nuestro compañero*. Este mismo término se usará en plural, a saber: *jchi'iltaktik*, y significa la reivindicación identitaria del *jchi'iltik* y coadyuva con elementos que nos llevan a determinar que los términos empleados por el *otro* para nombrar a los indígenas reflejan posiciones desde lo exterior...

Por otro lado, el término *jkaxlan* significa la manera en que los *jchi'iltaktik* nombran e identifican al *otro*; es decir, el *jkaxlan* es visto como extraño en el territorio de los propios *jchi'iltaktik*. Simultáneamente, se usará este mismo término en plural: *jkaxlanetik*. Así, *jkaxlanetik* servirá para distinguir a los individuos y *jkaxlan* a un individuo y a un grupo social. (Ruiz Ruiz, 2006:21-22).

La idea de una dicotomía indio- ladino en la región tiende a estar bastante arraigada no siendo excepción el caso de San Andrés. Este como dice Viqueira, tiene sus orígenes en el sistema de castas que se manejaba durante la colonia y que aún tiene cierta vigencia en la zona con alta población indígena. “Toda persona era clasificada en uno de los pocos grupos existentes (indios, mestizos, mulatos y españoles durante la colonia; o indígenas y ladinos) cada <<casta>> tenía asignada un lugar de residencia y una función económica muy precisa. Así, los indígenas tenían que vivir en sus pueblos y dedicarse primordialmente a la agricultura...” (Viqueira, 2002:367).

Parte de este fragmento da cuenta de la situación que dio motivo a la expulsión de los ladinos de San Andrés en la década de 1970. El “ladino” como una persona deshonesto, mala, que quiere aprovecharse de los indígenas, es una idea que se repite en territorios que conformaron parte de la Capitanía General de Guatemala, dentro de los que se encuentra la parte de los Altos de Chiapas.

La historia de San Andrés no puede estar descontextualizada de lo que pasaba a nivel regional y es necesario ubicar la situación indígena- ladino en la historia que se arrastra desde la colonia. Destaca el recuento de la situación indígena en la colonia que hace Viqueira en su obra “Encrucijadas Chiapanecas” en donde relata lo siguiente: “La zona indígena de los altos, nunca tuvo mayor atractivo para la colonia, por lo que el control político militar nunca fue una prioridad para el área

por carecer de ámbar, minerales preciosos u otros que les interesara. El provecho que ellos podían obtener de los “indios”<sup>33</sup> de la región, no era más que la de explotación de mano de obra. Estas comunidades han estado siempre dispersas y desde la instalación de la Villa Real de Chiapas en 1529 por Diego de Mazariegos, la relación de los indígenas en el área siempre estuvo asociada con la servidumbre y explotación de los indígenas”.

A mediados del Siglo XVII, con la crisis que sufría la Nueva España y la Capitanía General de Guatemala, las montañas Tzeltales pasaron a constituir la zona más próspera de la región y por lo tanto la explotación hacia el indígena aumentó, exigiendo tributos en dinero y siendo explotados en plantaciones de cacao. Bajo estas medidas, en el año de 1712, los “indios” de las Montañas Tzeltales se rebelan con gran fuerza, a cuyo movimiento se unen indígenas del Valle Huitipán, Simojovel y los de las montañas Chamulas. La represión tuvo como consecuencia la ejecución de varios de los líderes y la captura para explotación de indígenas, junto con otras medidas represivas, con lo cual terminó la rebelión. En el caso de las Montañas Chamulas, lograron obtener una negociación de rendición antes de que las tropas destruyeran dicha región, como pasó en otras. También por medio del Dominicano Fray José Monroy, que abre las puertas a la entrada de su orden a la región.

Ya para el siglo XVIII, la región de las Montañas Tzeltales, el valle de Huitipán y las montañas mayas constituían una gran reserva de mano de obra explotable, que no cambió en absoluto con la independencia (1821). Posterior a la Independencia las clases dominantes decretan nuevos impuestos y se despoja de las buenas tierras a las comunidades indígenas, obligándolos así al trabajo en la “depresión central”.

Esto crea nuevas prácticas de violenta explotación como el enganche que se daba a partir del endeudamiento y que permitía asegurar la mano de obra en el tiempo de cosecha en las fincas cafetaleras del Soconusco y el norte de Chiapas. Ya para la década de los 40 y 50 del siglo XX, el crecimiento demográfico de la región llevó

---

<sup>33</sup> Utilizo la palabra indio como una categoría de estratificación utilizada durante la Colonia y siglos posteriores.

a la sobreexplotación agrícola, provocando tierras cansadas y poco productivas, por lo que los indígenas tuvieron que vender sus propiedades y migrar, también obligando a dejar la vida campesina para incorporarse al sector servicios, que mantienen aún un salario menor asociado al “ser indígena” (Viqueira, 2002:276-280).

Bajo este rápido resumen de la situación regional desde la colonia hasta mediados del siglo XX expuesto por Viqueira, se entiende la situación de San Andrés y la conformación del pueblo, sus conflictos y la relación San Andrés- Chiapas. Todo ello más adelante servirá de base, para explicar los conflictos ladinos- indígenas frecuentes en la región, los que están asociados con la explotación y tenencia de tierra, así como la condición impuesta de “superioridad” que los ladinos asumían sobre los indígenas, con lo que legitimaban relaciones de dominio sobre la mayoría de la población de la región.

### **1.2.2 Los conflictos y la dominación jkaxlan.**

Andrés Aubry comenta en su artículo “La bien nombrada Sakam’chen de los Pobres”, que San Andrés jugó un papel estratégico en la región para el control militar y colonial, siendo desde el inicio, el traspatio de la Ciudad de San Cristóbal. En esta relación entre los Indígenas y los ladinos o los españoles, se empezaban a marcar las formas de explotación y dominio que caracterizaran las relaciones interétnicas en la región, viéndose a San Andrés, como una reserva de mano de obra (Aubry, 1996: 331-335). Desde la colonia, se reivindicó una superioridad racial hacia la población indígena por parte de los invasores, con el cual se justificaba los privilegios, siendo una forma de contrarrestar la “desventaja de ser minoría” frente a la población originaria, creando de esta forma el *imaginario racista* que se reprodujo a lo largo de los años y que influye en las relaciones sociales que han mantenido los grupos dominantes con la población indígena (Guillén, 2003:16).

Los antecedentes de la llegada de los ladinos a San Andrés lo ubica el investigador Lucas Ruiz en la segunda mitad del siglo XIX, cuando personas

provenientes de San Cristóbal, Comitán y Guatemala llegaron a esas tierras y se empezaron a establecer en el Jkletum (Cabecera de Larráinzar). El autor comenta que una de las razones radica en la expropiación de tierras en manos del clero “En el período de las Leyes de la Reforma, que favoreció la compra y venta de tierras en varias regiones del país, incluyendo a ex fincas adyacentes a Larráinzar”. Si bien el despojo de la tierra se dio desde la época de la Colonia, fue con las Leyes de la Reforma, que se legitimó esta práctica a favor de los ladinos durante el porfiriato. Otra de las razones que reconoce el autor para la facilitación del establecimiento del jkaxlan, refiere a razones comerciales, en donde el hecho de que los ladinos hablaran el idioma español a diferencia de los indígenas, les otorgaba beneficios para que estos se convirtieran en intermediarios y usureros. Las dinámicas de comercio desigual manejado a favor del ladino, favorecía que este, despojara de los productos de la región a los “jchi’ iltaktik que vendían en el mercado dominical y la venta de productos industrializados para la agricultura que provenían de San Cristóbal, en dónde se inflaban los precios.

La compra de grandes terrenos, incentivó a la contratación de mano de obra ladina pobre que llegó a establecerse a los pueblos cercanos a las haciendas y de esta forma, empieza a cambiar la dinámica en los centros de población que habían sido generalmente poblaciones indígenas. Si bien, en un inicio, las poblaciones indígenas eran dispersas, con la evangelización los indígenas fueron obligados a abandonar sus tierras fértiles en tierras bajas (hoy municipio del Bosque) para reubicarlos. Los finqueros se apropiaron de las tierras fértiles e iniciaron la explotación de mano de obra campesina barata especialmente para la pisca de café o crianza de ganado, estableciendo los finqueros vínculos con los ladinos ya residentes en el jteklum y en San Cristóbal de las Casas. Muchas de las formas de dominación ladina se practicaba siguiendo lazos de parentesco, ya que los dueños de las diversas fincas guardaban relaciones familiares, con lo que les facilitaba la legitimización del maltrato a los trabajadores (Ruiz Ruiz, 2006:70-78).

Muchos de los conflictos de la región se presentaron por problemas agrarios y bajo el maltrato, la dominación y explotación del indígena, se conjuntaron los

elementos para que el levantamiento indígena contra el ladino se concretara a mediados de la década de 1970. Este conflicto no fue ocasional, fue teniendo varios puntos críticos a lo largo de la historia que desencadenaron en dicha crisis.

Dentro de la recopilación “Historias y tradiciones de San Andrés Larráinzar” de José y Juan Hernández, los autores recopilan testimonios de personas que vivieron el conflicto interétnico en San Andrés. En estos testimonios, Vicente Díaz Pérez narra de la siguiente forma el conflicto de 1963: El 15 de septiembre de 1963, un grupo de mestizos golpean al presidente municipal. Ante dicha agresión los indígenas se comienzan a organizar, organizándose también los ladinos con el fin de ocupar la Presidencia Municipal. Incluso, presentaron una propuesta ante el congreso, para ocupar los cargos municipales que desde siempre lo habían ocupado los indígenas. El grupo indígena pidió apoyo y consejo a los principales en Chamula para llevar a cabo el levantamiento.

Así es que en octubre del mismo año, hombres armados se apostaron en puntos claves del pueblo “a media noche el grupo apostado por donde está ahora la capilla de la Virgen de Guadalupe comenzó a tocar la corneta y el cacho, luego le siguió el otro grupo apostado por donde está ahora la base militar y finalmente el grupo apostado por el camino que conduce a Pocolón” (Hernández Montejo, 2006:24). A pesar de ello, nunca hubo enfrentamiento, pero si sirvió de intimidación a los ladinos del pueblo. “Los indígenas demandaban al gobierno el cese de los abusos de Filiberto Pérez Franco, Arcadio Arizmendi Montoya, Aurelio Barrios Rodas, Valdemar Solís Rodas, Wilfrano Pérez, Raúl Estada, Mariano Franco y Ramón Hernández”, por lo que demandaban su expulsión. Al mismo tiempo los mestizos demandaban al gobierno protección (ibid).

A pesar de estos motivos de advertencia, los maltratos de los mestizos hacia los indígenas seguían presentes, por lo que la tensión siguió acumulándose durante los años siguientes. El conflicto entre ladinos e indígenas se basaba en hechos importantes y ligados unos con los otros. Maltrato, explotación, esclavitud, humillación y engaño a los indígenas por parte de los ladinos, apropiación de tierras y posterior legalización en la época del porfiriato; y por tanto, grandes

terrenos en manos de ladinos que afectaba la obtención de terrenos por parte de los indígenas jóvenes dentro de su territorio. La Ley de registro de la propiedad había sido además la excusa perfecta para el despojo de tierras a campesinos.

Ante el problema del acceso a tierras, en 1970 los Andreseros acuden al “Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización” para exigir regularización de sus ejidos que desde 1930 venían gestionando. No es hasta 1973 que “se efectúa el primer deslinde, pero dejan fuera de él a los ranchos de los mestizos”, situación que generó indignación. Ante esto, se conforma una comisión que llegó a la Capital con el fin de ser escuchados pero no hubo tampoco respuesta (Aguilar Hernández, 2010: 350-351). Sin embargo, el viaje para visitar a las autoridades Federales no había sido el primer intento. Los líderes indígenas de San Andrés además de pedir que se les beneficiara con los títulos de tierra, habían pedido con anterioridad a las autoridades tuxtlecas que los jkaxlanes salieran del territorio; pero las autoridades nunca hicieron caso a los reclamos, diciendo que la ocupación de los ladinos en la región no era de reciente data y por lo tanto no eran sujetos a un desalojo. (Ruiz Ruiz, 2006:133)

La indignación sobre los malos tratos, el hecho de que los ladinos quisieran inmiscuirse en las decisiones políticas de la comunidad y sobre todo el conflicto agrario de la comunidad, hicieron que líderes y comunitarios tomaran conciencia de de las relaciones de dominación que venían soportando por siglos. Estos son algunos de los hechos que causaron el desarrollo de la crisis del 16 de mayo de 1974, en el cual se desplegarían hechos, que marcarían de manera importante al pueblo de San Andrés y a sus pobladores tanto jkaxlanes (Mestizos o ladinos) como de los jchi'iltaktik (andreseros).

“En abril de 1974, un tal Lorenzo hizo tañir campanas y tambores en San Andrés. Ni PRODECH (entonces sede del control indigenista) pudo contener el revoltijo: los ladinos debían de abandonar la cabecera: los unos por atajadores, los otros por tener demasiadas tierras, otros por prestamistas usureros, otros por mal pagar su mano de obra, otros por soltar sus ganados en las milpas, cada uno por motivos documentados de la misma manera. Los lugareños se lanzaron hacia Tres Puentes, abajo de Santiago, mataron a los amos, Víctor Flores, padre e hijo, del rancho de Pamalhuitz. Rediseñaron

el catastro de la cabecera y, con machete, ejecutaron el proyecto. Los ladinos asustados que no habían huido a San Cristóbal se fueron a refugiar en la finca de Cucalhuiz. Tan sólo tres de ellos regresaron a San Andrés. (Aubry, 1996:338)

Sobre lo mismo, Lucas Ruiz Ruiz (2006) comenta en su obra que la crisis, fue un momento de mucha tensión, pero que trajo grandes beneficios de empoderamiento al pueblo que había sido explotado por siglos, y que por primera vez, volvían a sentir suyo el territorio.

Después de la expulsión de los *jkaxlanetik* en 1974, el panorama del *jteklum* cambió radicalmente. Lo que antes era un centro de operación de la dominación, se convirtió en lugar de encuentro permanente, inclusive muchos llegaban al *jteklum* “entre semana”, porque ya lo consideraban un lugar de convivencia armónica entre los mismos *jchi'iltaktik* y de intercambio de relaciones recíprocas. Se practicaba la reciprocidad positiva en un ambiente de sinceridad carente de simulación. En contraste con la época en que los presidentes municipales eran *jkaxlanetik* (Ruiz Ruiz, 2006:185)

Según Hernández y Hernández (2006), los expulsados de San Andrés, posteriormente se asentaron en lo que hoy es el Barrio de San Ramón y en la Colonia Revolución en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, donde 4 años después de la expulsión, recibieron escrituras de los terrenos en donde se reubicaron.

Kazuyasu Ochiai (1982) describe la situación en la que se encontraban a finales de 1980, los ladinos en la población tras el conflicto de los 70.

Antes había más tiendas de propiedad ladina en la cabecera, pero tras el movimiento indígena de 1974 en contra de los ladinos por los derechos sobre la propiedad de la tierra, y su consecuente expulsión de la cabecera en 1976, se redujo el número de familias ladinas residentes de ciento treinta a veinte. Hoy día los ladinos no tienen ningún acceso legal a la tierra, exceptuando los lotes de las casas en la cabecera. Aquellos que aún viven en San Andrés son pequeños tenderos o rancheros que poseen tierras en los municipios adyacentes.” (Ochiai, 1985:19)

Tanto Ochiai como Viqueira afirman que si bien después del 76 se reduce el número de ladinos, se permite permanecer solamente a algunos porque los mismos no contaban con recursos económicos para el traslado o bien, “porque

ellos no eran malos”.<sup>34</sup> Es así que la población, les permite su estadía en la población bajo restricciones que la misma población indígena impuso.

---

<sup>34</sup> Entrevista AS1



## **CAPITULO II**

### **2. Antecedentes históricos y marco conceptual sobre interculturalidad y derechos en salud**

#### **2.1. Percepción del “indio<sup>35</sup>” y creación del Instituto Nacional Indigenista.**

##### **2.1.1 Ser “indio” en México.**

Durante la invasión española y posterior colonización de los territorios americanos, se creó un complejo sistema de clases sociales, incluso por varios autores descrita como sistema de castas, en el cual; los indígenas conformaban una de las escalas más baja de dicho sistema de organización social. Con la creación de estas diferencias, se validó la exclusión socio-económica a dichos grupos, generando relaciones de dominación/subordinación y por ende, fue la base sobre la cual; se institucionalizó el racismo hacia los pueblos indígenas. Alicia Castellanos (2000:59) afirma que las relaciones entre etnia, Estado y nación tienen su base en experiencias históricas, y en especial en el colonialismo.

“Los naturales”<sup>36</sup> durante la Colonia, eran la mano de obra explotable por excelencia, que mantenían a las economías de la Nueva España y de la Corona Española. En la sociedad colonial, el indígena era considerado como un “mal necesario”, por lo que se normó las relaciones entre cada una de las castas existentes (criollos, mestizos, indígenas, negros, etc). Tanto el trabajo, como los diezmos y tributaciones impuestos a dicho grupo, pauperizaban a las poblaciones indígenas. Estas relaciones de explotación fueron el asiento para que abismos diferenciales en condiciones socioeconómicas, surgieran y se mantuvieran, incluso hoy día. Esto también favoreció el surgimiento de un ideario racista, que fue enraizándose históricamente en la sociedad colonial, afectando posteriormente las lógicas en la conformación del Estado mexicano.

---

<sup>35</sup> Me referiré con el término “indio” por ser el término que se utilizaba en la época (el cual tiene una carga fuertemente despectiva). Conforme vaya avanzando el término que utilizaré será el de indígena.

<sup>36</sup> Término para designar a los indígenas durante la Colonia.

La visión colonizadora del México imaginario como afirma Viqueira (2002:62) percibe al indígena como lo “atrasado, lo bárbaro, lo carente de cultura y civilización”. Imaginario que está vigente hoy día, sobre todo en aquellas poblaciones en donde existe un grueso de población indígena, que a pesar de ser mayoría, las políticas estatales e institucionales, las han minorizado; normalizando e incluso normando con prácticas excluyentes (caso de los Altos de Chiapas).

El racismo, como ejercicio ideológico de los grupos dominantes, quienes mantenían el poder Estatal; intentó negar la existencia de dichas prácticas. Se negaba la existencia del ejercicio del racismo en México, sin embargo en la vida cotidiana era una realidad. Muchas veces esta negación estaba incluida en los discursos nacionalistas, herencia de la Revolución Mexicana, ya que “solamente a partir de la negación se daría paso a la constitución de ciudadanos mexicanos” (Del Val, 2004:132). Se enmascaró así la exclusión, e impidió que se le diera atención apropiada a los problemas estructurales en las zonas indígenas. Este ideario enmarcaba al problema del subdesarrollo de los indígenas, en el hecho de ser indígenas per se, y no en las condiciones de exclusión de las que eran objeto por parte del Estado.

Ya a mediados del Siglo XX, los ideólogos de lo que posteriormente vendría a conformarse como el Instituto Nacional Indigenista, creían que la cultura indígena pasada era valorable en cuanto a un pasado formativo de la identidad nacional. Este valor formativo era importante, pero con el paso del tiempo, el mismo se había perdido, dejando a sus descendientes en la situación que vivían de “retraso” y “subdesarrollo”.

Ante “el problema del indio”, se pensaba que eran las Ciencias Sociales y en especial la Antropología, las encargadas de sacarlos de “su problema”. Esto tendría solución a partir de realizar estudios de dichas comunidades, para “entender” sus lógicas y así poder incidir en el cambio que ellos creían conveniente.

José del Val (2004), ubica los antecedentes antropológicos del proceso académico desarrollista de intervención hacia las comunidades indígenas en 2 actores claves: Manuel Gamio y Moisés Sáenz. Manuel Gamio en 1915, representante del país en el Segundo Congreso Científico Panamericano<sup>37</sup>, propone la creación de una institución a nivel latinoamericano de “Acción práctica inmediata”, que se encargara de estudiar las poblaciones indígenas con el objeto de “impulsar el desarrollo e incorporarlos a la civilización contemporánea”. Posteriormente en 1917, Gamio crea la Secretaría de Agricultura y Fomento con programas como la Casa del Estudiante Indígena, internados indígenas, misiones culturales y escuelas rurales. Otro de los proyectos claves afirma, es el desarrollado por Moisés Sáenz en 1932, cuando crea la Estación Experimental de Incorporación del Indígena en Michoacán. Estos proyectos consolidarían bases para la institucionalización del indigenismo y la intervención de la antropología, en el “desarrollo” de las poblaciones indígenas.

Aguirre Beltrán (1994a) en su obra “Antropología Médica”, le otorga relevancia a las investigaciones que se llevaban a cabo en diferentes regiones del país, cuya principal actividad había sido el conocer la “herbolaria folk” y los terapeutas que se movían dentro de este ámbito (Redfield y Villa Rojas entre otros, para el caso mexicano); sin embargo para el surgimiento de políticas específicas de atención de zonas indígenas, ubica 3 eventos importantes: El surgimiento del Instituto Politécnico Nacional (1935), el II Congreso de Higiene Rural (1938) y el I Congreso Indigenista Interamericano (1940). En los dos primeros eventos, Miguel Othon de Mendizábal jugaría un papel relevante con sus propuestas innovadoras sobre medicina rural comunitaria en zonas indígenas.

Ya Othon de Mendizábal, cuestionaba la concentración de los profesionales de la salud en las urbes, relacionando la mala situación de la salud pública de las zonas rurales con la escasez de dichos profesionales y la falta de preparación de los mismos para zonas con poco desarrollo social y de origen indígena. En 1935, se crea el Instituto Politécnico Nacional (IPN), en cuya fundación intervino, en la que

---

<sup>37</sup> Celebrado en Washington (EUA)

se destacó la creación de la Escuela de Ciencias Biológicas con su departamento de Antropología, que formó médicos rurales. Esta característica innovadora la perdería posteriormente, frente a la presión del gremio médico para que se rigiera dentro de los estándares de la formación médica tradicional (Aguirre Beltrán, 1992:67).

En 1938, la participación de Othon de Mendizábal en el II Congreso de Higiene Rural expuso la importancia de sus ideas de la salud en zonas rurales, instando a que se formaran profesionales de las mismas comunidades rurales, ya que tenían como ventaja el conocimiento del terreno, instándolos a que al culminar sus estudios, regresaran para atender las necesidades sus comunidades de origen (Aguirre Beltrán, 1998, 31-43)

En abril de 1940, un grupo de personas de de toda Latinoamérica, celebran el I Congreso Indigenista Interamericano en Pátzcuaro, Michoacán (México), con el auspicio de la OEA (Organización de Estados Americanos). En dicho congreso, surge la idea que posteriormente se consolida, de crear el Instituto Indigenista Interamericano, que funcionaría a partir de sus filiales en cada país denominado Instituto Nacional Indigenista (INI). Estos tendrían como finalidad, “la atención directa de la comunidad indígena en América” (León-Portilla, 1964:335) y (Aubry, 2005:164).

En dicho congreso, se discute ampliamente “el problema del indio” y se firman en actas, un total de 72 puntos; muchos de ellos relacionados directa o indirectamente con el tema de salud. Los puntos relacionados a este tema se pueden principalmente encontrar en<sup>38</sup>:

- **Punto XXII:** Investigación científica de la botánica indígena.
- **Punto XXIII:** Combate al paludismo.
- **XXIV:** Escuelas de medicina rural, con preparación hacia el respeto de las “creencias populares” en especial hacia zonas indígenas.

---

<sup>38</sup> Acta final del Primer Congreso Indigenista Interamericano

- **Punto XXV:** Atención de la mujer en estado de gravidez y atención del niño.
- **Punto XXVII:** Problemas de la alimentación indígena.
- **Punto XXX:** Créditos agrarios y construcción de vías de comunicación.
- **Punto XXV:** Educación y políticas educativas hacia el respeto de las formas de vida de los indígenas.
- **Punto XXXVI:** Educación indígena en cuya recomendación 1 se contemplaba la instrucción para la salud preventiva (higiene y salubridad), acceso a agua potable y establecimiento de consultorios dentro de las escuelas con personal de enfermería y médicos ambulantes. Así mismo en su recomendación 3, se insta al estudio de los “problemas psicológicos peculiares de una tribu determinada, involucrados en el ajuste de la relación entre blancos e indígenas”
- **Punto XLII:** Establecer agencias que concentre la atención de los “problemas del indio”.
- **Punto XLIV:** Preparación de personal por medio de cursos para servicio relacionados con comunidades indígenas, tanto de personal no indígena como del indígena<sup>39</sup>.
- **Punto XLV:** Defensa social de las “razas indígenas” y por medio de leyes “proteger” al indígena.
- **Punto XLVIII:** Mejoramiento de la habitación indígena.
- **Punto LII:** Atención integral de la situación social de los grupos indígenas
- **Punto LIV:** Procuración de que la mujer indígena se le otorgue las mismas oportunidades que al hombre, en el sentido económico, social y educativo; entre ellos el acceso a créditos, acceso a tierra, protección de su situación de maternidad y derechos del proceso pre y post- parto.

---

<sup>39</sup> Uno de los principales motores de la capacitación y servicio de personas de origen indígena, se relacionaba con el hecho de que estos fueran bilingües y originarios de la comunidad. Pensaban que así, se aseguraban el éxito de la intervención en las comunidades y que fueran útiles ante los requerimientos de las políticas indigenistas.

Uno de los objetivos de estas instancias, era el de llevar al indígena hacia la “superación”. Es así que en 1948 el entonces presidente Miguel Alemán, crea el Instituto Nacional Indigenista, dándosele categoría de organismo gubernamental “autónomo y dependiente de la Presidencia de la República (Romano Delgado, 2001:212), siendo su primer director y uno de sus principales ideólogos, el Dr. Manuel Gamio (León Portilla, 1964:335).

Bajo esta visión, los Institutos Indigenistas nacen como parte de la necesidad del Estado, de resolver el “problema Indígena” en América. En el caso mexicano, Chiapas se convirtió en el primer objetivo de dicha causa, en primer lugar por tener una gran cantidad de población indígena y en segundo pero no menos importante, el de mexicanizar a dichas poblaciones. La tardía incorporación del Estado de Chiapas a la Federación (1824), creaba en buena parte de la población, un sentido de no pertenencia; por lo cual era necesario hacerles partícipes del sentimiento nacionalista mexicano, sobre todo en las zonas que habían sido marginadas por el mismo Estado: las poblaciones indígenas. Al respecto, el entonces presidente Luis Echeverría, en un discurso proclamado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez el 2 de febrero de 1970 decía:

“Mientras los indígenas mexicanos no participen activamente en la vida ciudadana, intelectual y productiva del país, serán extranjeros en su propia tierra y estarán sujetos a los abusos de quienes más poseen y permanecerán alejados de los beneficios de la civilización. Hablamos de mexicanizar nuestros recursos naturales sin pensar a veces que es preciso mexicanizar también a nuestros recursos humanos. La preparación del hombre como auténtico beneficiario de la riqueza, es principio y objetivo de justicia social que favorecen, sin exclusión, a la población indígena” (Villa Roja en Aguirre Beltrán et al., 1976: 12-13).

Se tenía una idea del “indio” como un infante, considerándole como un hijo desvalido del país. Por ello el Estado, intentaría posteriormente, dentro de la “filosofía indigenista”, diseñar políticas por mestizos, que atendieran el “problema del indígena”, a partir de una serie de instituciones sociales, que tuvieran como fin, el que los indígenas se sumaran al proyecto nacional mestizo (París Pambo, 2000:107).

Para 1960, Miguel León Portilla afirmaba: “particularmente en México, puede hablarse de una escuela de antropólogos que conciben desde hace aproximadamente cuatro décadas<sup>40</sup>, la aplicación de las ciencias del hombre al servicio del desarrollo de la comunidad indígena y la integración nacional” (León Portilla, 1964:335).

Romano Delgado (2002) afirma que, a pesar de que no todas las acciones se llevaron a cabo, según la ley que regía al Instituto, sus funciones eran:

1. Investigar los problemas relativos a los núcleos indígenas del país.
2. Estudiar las medidas de mejoramiento que requieran esos núcleos indígenas.
3. Promover ante el Ejecutivo Federal, la aprobación y aplicación de estas medidas.
4. Intervenir en la realización de medidas aprobadas, coordinando y dirigiendo, en su caso, la acción de los órganos gubernamentales competentes.
5. Fungir como cuerpo consultivo de las instituciones oficiales y privadas de las materias que – conforme a la ley que lo creó- eran de su competencia.
6. Empezar las obras de mejoramiento de las comunidades indígenas, que le encomendara el Ejecutivo, en coordinación con la entonces existente Dirección General de Asuntos indígenas.

El Consejo de dicho Instituto quedaría integrado por representantes de las Secretarías de Educación Pública, Salubridad, Gobernación, Agricultura, Recursos Hidráulicos y Departamento Agrario, el Banco de Crédito Ejidal, Universidad Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional y otras instituciones culturales y científicas, además de representantes de los núcleos indígenas

---

<sup>40</sup> Este artículo fue publicado en América indígena en el año de 1964

### 2.1.2 La filosofía indigenista de “la aculturación inducida”

Como se ha mencionado, medidas paternalistas que llevaron a la creación de dicho Instituto, tenían como misión principal el *resolverle* el “problema al indio”. Si bien había en el ambiente un rechazo hacia las prácticas de purismo racial producto de los conflictos bélicos en Europa, se veía en el indígena una “raza” que debía de ser mejorada y la mejor manera, era por medio de la aculturación. Para ellos, dos medidas eran necesarias para sacar a dichos pueblos del subdesarrollo: Una era la mestización biológica contenida ya dentro del ideal nacional, y la otra era llevarlos a abandonar su indianidad por medio de la ladinización (aculturación). Alfonso Caso quien fuera uno de los fundadores del INI, negaba que la idea que ellos proponían sobre resolver el problema al indígena, tuviera que ver con medidas racistas:

“el gobierno federal consideró que el problema del indígena es un aspecto especial de los problemas que tiene la población campesina de México: pero el problema del indígena necesita un tratamiento especial precisamente porque las comunidades indígenas exclusivamente o de un modo predominante, no están incorporadas de hecho a la vida social, económica y política del país... El establecimiento en México de un Instituto Nacional Indigenista, *no representa por tanto una discriminación racial ya que, por fortuna, en México tal discriminación no existe*, es simplemente admitir un hecho: que el problema de las comunidades indígenas difiere del problema de otras comunidades campesinas de México” (Romano Delgado, 2002:213).

Los ideólogos del indigenismo en México reconocían la heterogeneidad de la población en México, pero era necesario fomentar el proceso de *aculturación inducida*, que lograría cambios en el desarrollo económico, la atención sanitaria, la educación, etc. Para ello era necesario conocer a fondo la vida en las comunidades, en pos de dar un tratamiento integral. Es decir; necesitaban saber cómo vivían y pensaban los indígenas para poderlos cambiar. El antropólogo era entonces, una buena opción para ello. Conocían la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario en su ideal por iniciar los procesos de aculturación inducida (León- Portilla, 1964:337) y para ello, era necesario iniciar un



fortalecimiento de las escuelas formadoras de antropología, específicamente en la especialización de la antropología aplicada.

Bajo el ideal de la filosofía indigenista, la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), aporta recurso humano calificado a partir de 1951, ante la demanda que el Instituto necesitaba, lográndolo a través de la creación del Departamento de Antropología Social Aplicada. Bajo el auspicio de la OEA, en 1959; la ENAH crea un programa para que becarios internacionales, de modo que tuvieran la oportunidad de hacer sus prácticas en los Centro Indigenistas, que en el área de los Altos de Chiapas le denominarían “Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil”.

### **2.1.3 El Instituto Nacional Indigenista, la antropología y su relación con las políticas de Salud en Chiapas.**

Entre 1942 y 1944, se llevan a cabo investigaciones de corte antropológico-funcionalista. Sol Tax y Alfonso Villa Rojas, serían los encargados de coordinar las investigaciones que se llevarían a cabo en la zona tzotzil- tzeltal. El Departamento de Antropología de la Universidad de Chicago, el Viking Found y el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) en la zona de Yucatán y Chiapas realizaron dichas investigaciones, en las que también participaron Ricardo Pozas, Fernando Cámara y Calixta Guiteras. El primer estudio realizado en Chiapas entre 1942-43 fue patrocinado por la Universidad de Chicago, el Gobierno del Estado de Chiapas y el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Se organizaron en diferentes municipios investigaciones etnográficas que abordaron formas de economía, organización social y político- religiosa de dichas poblaciones (Alborez Zarate, 1978:142-144), (Aubry, 2005:13).

Al mismo tiempo, se desarrollaban otras investigaciones en la zona, como las realizadas por William Holland en el municipio de San Andrés Larráinzar o los estudios de Evan Vogt, en municipios de habla tzotzil. Fueron estas investigaciones las que dieron pie al conocimiento que el Instituto Indigenista necesitaba para implementar los objetivos trazados para dichos Centros

Coordinadores. En tal sentido, dentro de su “filosofía indigenista”, proclamaba la necesidad de un conocimiento integral de la comunidad, para que pudiese darse el cambio ambicionado para las poblaciones indígenas. Necesitaban por tanto, personal capacitado y políticas acordes a la región dónde se pretendía intervenir.

Para ello se requerían 3 grandes grupos de especialistas que estuvieran capacitados para este efecto. Un primer grupo, se componía por antropólogos, siendo ellos los más importantes para llevar a cabo los cambios, encargados de proponer los planes de desarrollo, dando énfasis en ellos a las diferencias culturales. El segundo grupo se conformaría por profesionales de diversas áreas, como lo eran economistas, agrónomos, personal sanitario, personal educativo y otros técnicos, su objetivo era que pudieran proveer a los antropólogos de las herramientas para abordar el problema de forma integral. El tercer grupo, estaría compuesto de auxiliares, llamados promotores indígenas. Se contemplaba que fueran líderes comunitarios ya ladinizados o en vistas de una próxima ladinización<sup>41</sup> (generalmente los escribanos municipales) y que ayudaran al desarrollo del proyecto. Serían ellos, los personajes claves para actuar como los “agente de aculturación”, pensando que ellos podían entender mejor la resistencia al cambio de su grupo comunitario, por ser personajes locales (León-Portilla, 1964: 338-341).

#### **2.1.4 La acción indigenista en Chiapas. El Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil.**

El Centro Coordinador Indigenista tzeltal-tzotzil nace durante la gestión presidencial de Miguel Alemán el 4 de febrero de 1950, siendo un programa piloto que posteriormente se ampliaría a otras zonas indígenas en México. Se le otorgaba la “facultad de organizar dirigir y coordinar las actividades de las diversas condiciones de vida de la población indígena de la región tzeltal-tzotzil, proporcionándoles los servicios que, en la región, mantenían las Secretarías de

---

<sup>41</sup> Esto según Aubry, llegaría a provocar problemas inter e intracomunitarios, ya que las personas escogidas se aprovechaban de sus puestos y los recursos materiales erogados para hacer negocios personales y de esta forma crearon una élite económica en las regiones de influencia.

Gobernación, Educación Pública, Agricultura y Ganadería y Salubridad y Asistencia” (Delgado, 2002:216). Su objetivo era implementar acciones desarrollistas, siendo necesario concentrar las acciones de las Secretarías antes mencionadas.

Agustín Romano define la forma en cómo fue pensado el actuar del centro:

1) Respeto de la cultura nativa en la presentación de opciones sin que fueran coaccionados a aceptar los proyectos. 2) Utilizar en todas las áreas de trabajo personal bilingüe capacitado y con prestigio al interior de la comunidad 3) Acción integral. 4) Investigación antropológica con fines aplicativos. 4) Procurar la participación indígena como solicitante de los servicios o como colaborador en los proyectos. 6) Evitar que el centro se considerara como institución de beneficencia. 7) Inducir al cambio de manera gradual. 8) Utilización del idioma en los programas destinados a la educación y 10) Revisión constante de los programas con el fin de adecuarlos a las resistencias de la población.

Su objetivo, era el de implementar acciones, para lo cual crearon una programación que se componía de 3 ejes: agricultura- ganadería, salubridad y educación. Su área de acción inicial era cubrir los municipios tzotziles de Chalchihuitán, Chamula, Chenaló, Huixtán, Larráinzar, Mitontic y Zinacantán. Del área tzeltal abarcaron los municipios de Amatenango del Valle, Chanal, Oxchuc y Tenejapa. Municipios que contaban con mayoría de población indígena, por ende monolingüismo, analfabetismo, baja infraestructura de comunicación y altos índices de morbi-mortalidad. El Centro Coordinador vendría a ser el brazo ejecutor de las acciones del INI, instalando el centro concentrador en la ciudad de San Cristóbal de las Casas.

El objetivo general del INI por medio del Centro Coordinador tzeltal- tzotzil con la implementación del programa de salud, era el llevarles a los indígenas los “beneficios” de la medicina moderna y que con ello, poco a poco encaminarlos hacia el progreso. Nace así, lo que se denominaría “medicina de transición” cuyas acciones se encaminaban al objetivo de que los indígenas aceptaran la medicina

alopática al conjugarlas con “las alternativas tradicionales”, convencidos que la fusión y no la sustitución, era el proceso de cambio más importante (Harman, 1974: 48 y 111). Así, Holland escribía: “Esa gente que aún es muy indígena en lo concerniente a la cultura e identificación social, pues, aún en contacto con la medicina moderna, el sistema sobrenatural de control social inherente a la hechicería tzotzil ejerce gran influencia en su conducta y la anima en su continua identificación con la sociedad y cultura tzotziles y su participación dentro de ellas. Es lógico esperar que tales pacientes vacilen entre las medicinas tradicional y moderna más frecuentemente cuando buscan curación a una enfermedad juzgada como brujería” (Holland, 1992:173)

El área de salud, al igual que el de educación y el de agricultura, tenía su propia estructura organizativa interna. Esta se componía básicamente de la coordinación general (cuyo puesto ocupó también Gonzalo Aguirre Beltrán), a la que respondían 3 grupos: profesionales para adecuar las intervenciones (antropólogos), Profesionales para la intervención directa (médicos, agrónomos, ingenieros, etc.) y los promotores. Cada una de las áreas tendría prioridad de acción en base a lo que en las investigaciones se hubieran detectado. Las acciones iban dirigidas hacia la reducción del alcoholismo y la brujería, educación sanitaria, aplicación de DDTizaciones por plagas<sup>42</sup> entre otras.

Una de las formas de incidencia que el Centro Coordinador reconoce como de las acciones más exitosas, fue la utilización del teatro guignol<sup>43</sup>, en donde los títeres Xun (Juan) y Petul (Pedro), eran personajes antagónicos en el que el primero representaba lo “bueno” asociado a lo moderno (los objetivos del Centro Coordinador) y el otro representaba lo malo y atrasado (lo tradicional, el que hablaba el idioma materno), con los cuales se apoyaban en la introducción de los programas de salud preventiva. Para las autoridades del Centro Coordinador, el hacer que las comunidades indígenas (zonas de refugio) aceptaran y acudieran a

---

<sup>42</sup> Dicloro Difenil Tricloroetano. Sustancia química actualmente en desuso, que se usaba como insecticida para contrarrestar el zancudo transmisor de la malaria.

<sup>43</sup> Representaciones teatrales por medio de marionetas (títeres), cuya representación se hace dentro del espacio de un teatrino.

los servicios de salud era fundamental. Sin embargo, reconocían la precariedad en la que se encontraban las instituciones de salud ya existentes y que existían representaciones negativas en cuanto a la atención médica.

Tanto en San Cristóbal como en las otras localidades, no existía un centro hospitalario de calidad, si bien en San Cristóbal había un centro médico, este funcionaba en condiciones insuficientes, lo que era una preocupación para el Centro Coordinador. Desde el Centro Coordinador se percibía que esto creaba temor en la población acerca de los servicios de salud y por ende mermaba su asistencia: “está difundida la creencia que el Hospital Civil es una verdadera antesala del panteón y su creencia no es del todo infundada, explicable por la extrema pobreza del material instrumental y terapéutico disponible” (Delgado, 2002:333). Para suplir las necesidades en salud se dispuso dedicar el esfuerzo en medicina preventiva (viruela, rickettsiosis, tifo y prevención en consumo de aguas y alimentos contaminados), así como medidas complementarias, como introducción de agua potable.

Para llevar a cabo dichos objetivos, se trató de contratar a personal médico capacitado en zonas indígenas para que atendieran, ya fuera en la clínica central (San Cristóbal) o en las periféricas. La elección y contratación de los médicos no fue fácil. Ya contratados, los profesionales de origen urbano, no se adaptaban a las condiciones de vida en los pueblos indígenas, por el choque cultural que esto les significaba. Fueron los médicos del Instituto Politécnico Nacional (IPN), aquellos que mejores resultado dieron (ibid:335).

Aguirre Beltrán creía que la diferencia en la adaptación de los médicos provenientes del IPN con el de las otras escuelas formadoras, se debía al hecho de que dichos médicos, contaban dentro de la plan de estudios con un curso de antropología (única institución que contaba con un curso de esa índole), además de contar con la especialidad en medicina rural. En sus funciones, los médicos estarían apoyados por promotores de la comunidad, que darían acompañamiento en calidad de sus asistentes y “sub-enfermeros”, apoyando también en la traducción dentro del proceso de atención a los pacientes. A diferencia de las

clínicas (urbanas), se buscó que los puestos médicos tuvieran a un enfermero ladino bilingüe, primera aproximación a los actuales facilitadores interculturales.

Todo promotor debía contar con un estatus de respeto comunitario (normalmente eran trabajadores del ayuntamiento tradicional) y acompañaban al médico y enfermero tanto en la clínica, como en las giras. La intención era que estos, aprendieran poco a poco el uso de medicamentos, uso de instrumental y formas de diagnosticar y atender enfermedades comunes. Al respecto, Aguirre Beltrán afirmaba: “Mientras las escuelas formativas no produzcan al personal nativo, este será reclutado: 1) entre los curanderos o médicos hechiceros del lugar y 2) entre los miembros más analfabetos de la comunidad que por su prestigio tengan influencia decisiva en ella... únicamente pudo aplicarse en cuanto el segundo punto, pues los curanderos y hechiceros no se presentaron nunca al reclutamiento” (Romano Delgado, 2002:338).

Sin embargo, con el fortalecimiento de ciertos personajes originarios de la comunidad, se dio lugar a la creación de cacicazgos que llegaron a tener control sobre aspectos políticos, económicos y religiosos. Jaime Page afirma (2005:47) que para la zona de Chamula, a este grupo se le denomina Tuxumetic.

### **2.1.5 Reconociendo la diversidad en México.**

Posterior a la etapa del indigenismo, las políticas destinadas a las poblaciones originarias han variado a través de los años. Es importante el análisis del surgimiento de los movimientos indígenas en Latinoamérica, como parte de los nuevos actores sociales que demandan derechos y reivindicaciones de índole étnico-cultural, para analizar avances en materia de las aplicaciones recientes a las políticas públicas interculturales.

Estos nuevos movimientos sociales, han sido uno de los principales motores generadores de cambios a las políticas estatales en relación a atención de pueblos indígenas a nivel latinoamericano, tal como se enuncia en las políticas de salud indígena de Colombia, Chile, Ecuador, entre otros. El surgimiento de estos movimientos sociales, va de la mano con discusiones teóricas que surgían a

través del reconocimiento de que los Estados no eran homogéneos, sino más bien heterogéneos; por una composición múltiple de naciones e identidades (Dietz, 2001:1).

Así como surgen las reivindicaciones multiculturales desde los movimientos sociales y políticos; el multiculturalismo como discusión teórica, tiene sus orígenes a mediados de la década de 1960 sobre todo en Europa, Canadá y Estados Unidos. Esto, como producto de la migración laboral que se dirigió a esos países, por lo que, se empezaba a visibilizar una composición cultural diversa<sup>44</sup> (Hernández Reyna, 2007). El multiculturalismo nace por un lado práctico en forma de reivindicaciones de movimientos sociales y, en un proceso de reflexión teórica, en el marco de los estudios étnicos y culturales como afirma Günther Dietz (2001).

Si bien se venía de un proceso de pensar a los Estados como naciones homogéneas, los procesos tanto de movimientos sociales, como teóricos, hicieron que se visibilizara la diversidad de naciones que coexistían en un mismo territorio. El ideario de igualdad ciudadana, heredado de la Revolución Francesa remitía a una concepción de heterogeneidad étnica, lingüística y cultural dentro del marco de la creación de las culturas nacionales; sin embargo en las diversidades identitarias existentes (religiosa, cultural, étnica etc.), se difería de esa idea de “igualdad” (Maldonado Ledezma, 2010: 290).

Stavenhagen propone que en los procesos de construcción nacional y la creación de su “cultura nacional” (nacionalismos) llevado a cabo en el siglo XX, implicaba generalmente, una integración nacional o bien la asimilación; en donde los grupos culturales y étnicos, debían adoptar los valores de los grupos dominantes, pues estos determinan el poder político y por supuesto el modelo a conformar para la “cultura nacional” (1996:78-79). En América Latina, desde la formación de los Estados (post-independencias), se había intentado crear una idea de homogeneidad, que llevó a ciertas prácticas, en las cuales se trató de integrar o asimilar a las poblaciones indígenas, destruyendo sus elementos culturales, por

---

<sup>44</sup> Esto no quiere decir que antes de las migraciones no lo fueran.

ser considerados inferiores, con la idea de llevarlos hacia la modernidad “occidental” y el progreso (Ibíd. 295).

Así, con el fin de romper este esquema de homogeneidad, se inicia el debate de la multiculturalidad, en el que se reconocían las diferencias culturales, étnicas o identitarias (Bastos y Camus, 2001: 3). Para Hernández (2007) el término multicultural, fue introducido desde corrientes neoliberales y reconfigurado posteriormente. La multiculturalidad para la autora, tiene un sentido eminentemente descriptivo acerca de la diversidad en un mismo territorio. Propone que existe diferencia entre los términos “multiculturalidad y multiculturalismo”.

A diferencia del término multicultural, el “multiculturalismo” tiene más contenido, por tener un sentido aplicativo, de naturaleza normativo. El mismo implica un proyecto de regulación de la convivencia de las culturas. Para la autora esta reflexión puede propiciar a la dominación; también Bartolomé (ibid) propone que dicho término, es nombrado para configuraciones multiculturales que son consideradas como problema en países con alta migración (Estados Unidos y Canadá). Por ello, multiculturalismo puede referirnos tanto a un movimiento social (reivindicatorio), a una reflexión teórica o a un proyecto político, desde el liberalismo sobre todo norteamericano, en relación a políticas migratorias.

Para Stavenhagen, la multiculturalidad tiene 3 significados básicos (1996:223):

- El reconocimiento de una realidad social y cultural.
- Un proyecto de nación
- Y la construcción de un marco para el “reordenamiento de las relaciones sociales y políticas con el objetivo de reafirmar lo que tiende a llamarse ciudadanía multicultural”.

Dentro del ámbito normativo del multiculturalismo, los movimientos sociales lograron que se pusiera sobre la mesa de discusión, algunas de las reivindicaciones que ya los movimientos feministas habían exigido: Las nociones de cuotas de acceso por medio de “discriminación positiva”, posteriormente



denominada “acciones afirmativas” y en que tuvo sus primeras influencias dentro del ámbito educativo, al ser aplicable a políticas de bilingüismo en la educación. El multiculturalismo buscaba pues, el reconocimiento de los derechos individuales, pero también derechos “grupales diferenciales” (Dietz, 2001:20-21).

Surge también el término pluricultural, el cual ha tendido a utilizarse como sinónimo de la multiculturalidad para definir las condiciones de coexistencia entre pueblos y culturas diversas” (Hernández.a, 2007:434-436). Para Stavenhagen, el pluriculturalismo, es considerado como un término de conexión al manejo y aplicación del tema multicultural. Propone que este va más allá de una reflexión teórica, ya que nos remite a la cotidianidad practicada a nivel local (la familia, el barrio, la escuela, el trabajo) y “es allí, en donde se fortalecen o se rompen las barreras interculturales”, ante ello, es necesario el investigar los conflictos que al interior de esas relaciones se producen (Stavenhagen, 2006:217).

Otro de los términos relacionados, es el de plurinacional, el cual es también un descriptivo de sociedades diversas, así Galo Ramón afirma que este término tiene un contenido político de segregación, enfatizándolo en tres razones: “(i) la plurinacionalidad solo reconoce la diversidad, pero no enfatiza la unidad en la diversidad; (ii) induce al estado a tratar a los pueblos indígena como minorías nacionales y no transforma de manera activa a toda la estructura racista, excluyente, inequitativa y monocultural dominante; y (iii) la plurinacionalidad es parcialmente aplicable a zonas con territorios habitados por un solo pueblo, pero es inaplicable a territorios fluidos” (citado en Fernández, 2008:27)

Una de las críticas que Maldonado hacia al contenido de la multiculturalidad, es que las realidades multiculturales, no son sinónimos de convivencia carente de conflicto. El término está delimitado hacia la descripción y aceptación de coexistencia de las diferentes culturas, reconociendo que a partir de las realidades multiculturales, se pueden generar también relaciones de segregación o discriminación (2010:297). Define pues a la multiculturalidad, como “la presencia de minorías étnicas conformada por migraciones internacionales o bien; pueblos indígenas que coexisten con sectores dominantes “de las sociedades de las que

forman parte en condiciones de subordinación”. Del mismo modo Wulf coincide al decir que el entender al “otro”, muchas veces puede ser un procedimiento para ejercer dominio y someterlo (Wulf, 1996:224-225).

Estos límites del multiculturalismo son debidos en parte, a la falta comprensión de la otredad y la alteridad. Wulf cree que la relación entre individuos de culturas diferenciadas tiene un proceso de reconocimiento, en el cual puede darse la aceptación o el rechazo hacia los elementos que le son ajenos al individuo. Propone que la otredad surge y se construye desde el “yo”, pues es a partir de mi mirada, es que se construye la idea de alteridad. Para el autor (1996:228-230), El problema de la alteridad comprende 3 niveles básicos en el momento de la interacción con el “otro”.

- Los juicios de valor (¿Cómo juzgo al otro?).
- El acercamiento al otro (Mi actitud comunicativa hacia el otro).
- El conocer/desconocer al otro (entrar o no en relación con él).

Por ello, para dicho ejercicio es necesaria la aceptación de la exterioridad, ya que como Wulf aclara; el otro internalizado en el yo, dificulta la relación con el otro externo. “El otro estará siempre contenido en todas las expresiones del yo. Quién es el otro o cómo se le ve, es algo que no depende solamente del otro pues forma parte de mi visión del mundo, lo cual construye al otro. Dado que no se puede concebir identidad sin alteridad, la formación intercultural entraña una correspondencia de relaciones entre el yo... y el otro” (1996:229-230).

La academia sirvió como plataforma a las reivindicaciones de los movimientos sociales en la década de 1980. La estrategia que utilizarían tanto academia como movimiento social, fue el de la implementación de programas multiculturales, como recursos para contrarrestar los efectos universalistas y darle reconocimiento a las diversidades. Las instancias internacionales, también ejercieron presión a los Estados para ratificar convenios internacionales que apoyaran, dieran sustento y validez a las demandas de dichos movimientos.

Es así que para finales de los 80 y principios de los 90, el Estado mexicano había ya ratificado acuerdos, pactos y convenios como el 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, así como de otros convenios vinculantes a derechos de los pueblos indígenas. Estos movimientos en la actualidad, realizan demandas socioeconómicas en temas relativos al acceso a tierras, salud, educación etc., que ha impactado en el desarrollo de las políticas nacionales.

Ante esto Maldonado dice: “No basta con el reconocimiento de carácter multicultural de México y de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas, sin que exista a la par un empoderamiento por parte de éstos que los constituya en plenos sujetos políticos en facultades de ejercer su derecho a la libre determinación y a la autonomía, es decir que se les reconozca plenamente también sus derechos políticos, los cuales se derivan de su calidad de pueblos, lo cual es esencial para que logren su desarrollo económico, político, social y cultural” (2010:315).

## **2. 2 Políticas públicas e interculturalidad**

### **2.2.1 El camino hacia la interculturalidad.**

Bastos y Camus, afirman que no hay culturas sino elementos culturales que ciertos individuos o grupos sociales comparten por provenir de experiencias históricas semejantes, fruto de pertenecer a ciertos grupos sociales (2001:8). Los elementos que conforman la cultura, son aprehendidos y transmitidos por medio de la cotidianidad de las actividades de los diversos grupos, por ello, la afirmación anterior refiere a pesar de negar la cultura, a una movilidad de elementos culturales a través de tiempos y espacios.

Los estudios de interculturalidad, se centran en las interrelaciones de las diversas culturas. Así como el multiculturalismo trataba de abordar las relaciones entre

diversos grupos coexistentes, no estaba contemplado en su análisis el cómo abordar la convivencia de dichos grupos. Hija reformulada de dicha discusión, surge posteriormente lo que vendría a denominarse como interculturalismo y su corriente aplicativa de la interculturalidad.

Si bien la multiculturalidad había marcado énfasis en la existencia de un pluralismo en la composición cultural; desde los estudios del interculturalismo, se buscaba no solo ese reconocimiento, sino también, el romper barreras en la convivencia negativa entre los grupos. Así mismo, Bastos y Camus (2001:4) afirman que el concepto de interculturalidad es introducido por “diversas agencias de las Naciones Unidas en gran cantidad de países, como una política a aplicarse en las naciones con composiciones culturales diversas..., y donde la multiculturalidad es un factor de conflicto y desencuentro”.

A su vez, Hernández afirma que ya para la primera parte de la década de 1950, Evan Vogt ya había planteado el biculturalismo, el que fue sobre todo aplicado al ámbito educativo. Siendo el ámbito de la educación también uno de los primeros ejes que se abordaron desde la interculturalidad, la autora remite al primer término como uno de los antecedentes de la interculturalidad. El biculturalismo refería sobre todo, a la existencia de dos culturas y que dio como resultado, las propuestas bilingüistas para la educación, que es también una de las propuestas centrales del multiculturalismo.

Afirma que el interculturalismo es “un proyecto político como tema para el estudio, articula la reflexión teórica y recoge debates al interior del multiculturalismo como movimiento, es pues una forma de abordaje y reflexión en el que está implícita una diversidad de disciplinas académicas”. Por otro lado, la interculturalidad la aborda como: la interacción [relación] o encuentro específico entre dos o más grupos culturales. Es requerido pues, que en la relación exista una verdadera comunicación entre las diversas culturas. Es así que, la interculturalidad es la aplicación de los aportes que surgen de la discusión teórica del interculturalismo (Hernández, 2007:434-436).

La otredad es un punto importante para entender los choques culturales que existen en las relaciones entre diversos grupos. Wulf afirma que al momento de haber un acercamiento entre personas de diferentes culturas, cada uno de ellos tratará de traducir a lo conocido, aquello que percibe como extraño. Por ello, es necesario que se haga un reconocimiento de la diferencia y se reconozca la propia. De esta manera, se garantiza el reconocimiento de lo que no es asimilable en el otro. Este es el único medio, que ofrece la posibilidad de apreciar lo que no puede medirse con los estrechos parámetros de la cultura propia y con las costumbres y los criterios propios” (Wulf, 1996:224). Es necesario también el reconocimiento de que al interior de los grupos culturales, existen diferencias en cuanto a clase, género, etc. Solo así, puede ampliarse el horizonte y romper con los estereotipos que nos limitan la interrelación.

Wulf, Bastos y Camus, coinciden al decir que los conflictos en las relaciones interétnicas no responden a diferencias culturales per se, sino a las relaciones de poder que se dan al interior de las mismas en donde se encuentra el núcleo de los conflictos. Así pues, la interculturalidad busca superar las barreras que tenía el análisis multicultural y del pluralismo cultural, para poder entender y atender las diferencias, enfocándose en las buenas relaciones comunicativas y de tolerancia entre culturas diferenciadas.

Cabe señalar que no pueden haber relaciones interculturales sin reconocer el origen que llevó a las relaciones de desigualdad entre los grupos, ya que las relaciones interétnicas surgen de procesos históricos de larga data, en los que se ha construido un entramado ideológico que ha legitimizado, naturalizado y reproducido dominaciones de un grupo sobre otro (Bastos y Camus, 2001:6).

La búsqueda de la interculturalidad debe apuntar a la eliminación de todos aquellos bloqueos que favorecen el arraigo de estereotipos, buscando el encuentro entre lo propio y lo extraño, en donde ambas subsistan en condiciones horizontales y no subalternizadas. El reconocimiento de las relaciones de poder, es uno de los avances teóricos entre el multiculturalismo y la interculturalidad. Por ello, Hernández (2007) afirma que la interculturalidad solo puede ser entendida por

su relación con la diversidad cultural, aunque entendida como un encuentro de ellas. La interculturalidad para Maldonado, se puede entender como un “horizonte de futuro” dentro de un “escenario eutópico”<sup>45</sup>, donde el fin es transformar estructuras.

También Castañeda (2010) recopila la definición tanto de la UNESCO como la de Walsh sobre lo que definen como “interculturalidad”. Para el organismo Internacional, este término define “un concepto dinámico que se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales, tiene como premisa la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo”. En la misma línea, Walsh refiere que la interculturalidad abarca intercambio en términos equitativos y en condiciones de igualdad. Por ello, Castañeda (2010:113) reafirma que con esto, se busca romper la dominación de un grupo las clases subordinadas y con ello, tratar de reforzar identidades que han sido atenuadas por la hegemonía cultural, política e incluso económica.

Según Walsh, hay un grave problema entre las reivindicaciones que hacen los movimientos indígenas en cuanto a la interculturalidad y aquellos proyectos que crea el Estado llamándoles “interculturales”. Si bien, en el primero se busca el reconocimiento, en el segundo estas reivindicaciones llegan a debilitarse, cambiándole de esta forma el objetivo inicial. Así, Mateos Cortés apunta que otro de los peligros del interculturalismo, es que al ser de un significado polisémico, se ha llegado a convertir en un comodín para los discursos políticos de moda (20010:31).

Walsh también reflexiona: “cuando la palabra intercultural la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a “multicultural”. El Estado quiere ser inclusivo, reformador... En cambio en el discurso de los movimientos indígenas pide otra cosa, propone una transformación, reclamando la necesidad de que el Estado reconozca la diferencia colonial (ética, política, epistémica). Está pidiendo

---

<sup>45</sup> La autora diferencia la eutopía de la utopía, ya que esta es un sueño irrealizable, mientras que la eutopía significa un anhelo social realizable “en el marco de un proyecto determinado de sociedad”

que se reconozca la participación de los indígenas en el Estado (Walsh citado en Ramírez Hita, 2009:52), está pidiendo respeto a sus derechos colectivos.

### **2.2.2 Derechos e interculturalidad.**

Las reivindicaciones indígenas en Latinoamérica han tenido en menor o mayor medida, eco en la creación e implementación de las políticas públicas en relación a la adecuación cultural de ciertos servicios. Uno de los primeros servicios en contar con la implementación de dichas medidas fue el ámbito educativo, como producto del proceso logrado con la propuesta multicultural. La adecuación de los servicios de salud y justicia, son y siguen siendo uno de los ámbitos también seleccionados para estas medidas. Sin embargo, las reivindicaciones por si solas no han sido suficientes, los Organismos Internacionales han fungido también como impulsores, presionando a los Estados por medio de Pactos Internacionales, en la búsqueda de los cambios deseados.

Al momento son varios los pactos internacionales que protegen la salud y sobre todo en aspectos relativo a pueblos indígenas, teniendo relación directa con los Derechos Humanos. Se encuentran dentro de ellos, el Pacto de San José, el protocolo de San Salvador (1988), el Convenio 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) firmado en 1989, la Resolución V de la Iniciativa SAPIA (Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas) de OPS/OMS en 1994 y la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas del 2007.

En todos ellos, se reconoce que los Derechos en Salud, son de carácter individual y colectivo, vinculantes a otros derechos como el de identidad, vivienda, etc. (Ruiz, 2009:299) Una contribución más antigua a esta materia, proviene desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la Declaración de Alma-Ata firmada en 1978, donde se reconoce la necesidad de entender la salud como un aspecto mucho más integral del que venía pensándose. En esta reunión, se reconoce que las desigualdades (socio-económicas), afectan en las condiciones de salud de los pueblos. Se

reconoce también, la participación activa individual y colectiva en las acciones en salud, en donde la promoción de la salud y la atención primaria en salud (APS) debían ser fortalecidas.

Tejada de Rivero (2003) resume los 10 puntos acordados en esta declaratoria, de la siguiente forma:

- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- VII. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- VIII. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.



IX. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

En el año de 1992, las organizaciones indígenas a nivel latinoamericano, respondieron fuertemente a una pregunta: 500 años ¿de qué? Una posible respuesta a esta gran pregunta puede estar en las reivindicaciones indígenas. Demandaban a los Estados prestar mayor atención y mejorar las condiciones de vida de los pueblos, producto de la exclusión que habían sido objeto por muchas décadas. A pesar que el movimiento y sus reivindicaciones venían gestándose de tiempo atrás, este momento histórico fue fundamental para repensar la situación de los pueblos indígenas en Latinoamérica. En la primera parte de la década de 1990, surge un gran movimiento político desde los propios pueblos indígenas, que buscaba la consecución de sus objetivos y el respeto a sus derechos. .

En materia de salud, en el año de 1993, en Winnipeg, Canadá; se realizó una reunión en la cual participaron un grupo importante de representantes indígenas latinoamericanos. En dicha reunión se buscó analizar las condiciones de salud de los pueblos indígenas y de esta forma realizar recomendaciones. Los puntos acordados en dicha reunión pueden resumirse a grandes rasgos en:

- La necesidad de que tanto medicina indígena como occidental se complementen, en un plano de relaciones cordiales, de diálogo constante, cooperativas y de respeto mutuo
- Reconocimiento de que las condiciones de salud de los pueblos indígenas, responden a la pobreza en la que se encuentran los pueblos indígenas, ya que estos siguen sufriendo manifestaciones de discriminación (entre ellas racismo).

- Necesidad en que los gobiernos les reconozcan su identidad, se legisle en pro de fortalecerla, con el objetivo de que no se les niegue derechos fundamentales.
- Que los programas de salud respondan a las verdaderas necesidades de los pueblos y no a programas burocráticos, en los cuales; los habitantes tengan plena participación desde la planeación de proyectos en salud, hasta su implementación y funcionamiento.
- La necesidad de entender y promover la salud en un sentido holístico y que los programas de salud estén encaminados en esa línea de acción.
- El requerimiento de que se respetase la cultura indígena, como uno de los derechos fundamentales, siendo los elementos culturales; la base para la construcción de modelos alternativos de salud y desarrollo.
- Necesidad de legalizar la medicina indígena, así como proveer de total apoyo a médicos indígenas, cesando la represión hacia el quehacer de los mismos.
- Necesidad de crear condiciones para la participación en proyectos de autogestión, utilizando recursos locales.

Posteriormente, y tomando en cuenta las recomendaciones giradas desde la reunión de Winnipeg en 1993 y la Resolución V de la OPS, se promueve también la necesidad de la atención a los pueblos indígenas. En dicho documento se instaría a los Gobiernos miembros a fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones sanitarias, con el fin de superar y asegurar el acceso a los servicios de salud. La puesta en marcha de las acciones intersectoriales en la atención en salud y medio ambiente en coordinación con organizaciones indígenas fue también tomada en cuenta. Se visualizaba la necesidad de transformar los sistemas de salud, así como desarrollar modelos alternativos, en donde se incluyera la medicina tradicional; apoyándose de la

investigación sobre la calidad y seguridad de la misma. Se proponía la necesidad de la participación comunitaria para ello.

Finalmente, cabe destacar que el Convenio 169 “supera el carácter que pretendía asimilar a los indígenas a la población no indígena y a sus patrones culturales. Da cuenta de la evolución del derecho internacional y está fundado en una nueva conciencia ética de la humanidad que reconoce y da cuenta de la diversidad cultural, la valora y la celebra” (Cavieres, 2009:28). Desde una perspectiva de derechos en salud y pueblos indígenas y tribales, el Convenio establece en materia de salud, en su Artículo 25.1 “Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”.

Todos ellos, son marcos jurídicos internacionales en los que se sostienen las exigencias de atención a la salud de los pueblos indígenas, respeto a su identidad, vinculados al respeto de los Derechos Humanos. Por ello, no podemos entender los principios emanados desde la propuesta intercultural, desvinculados del tema de Derechos Humanos. Para Castañeda (2010:93), la clasificación de los DD.HH puede ir en relación a la naturaleza del Derecho, siendo ellos:

- Derechos civiles y políticos (derecho a la vida, seguridad personal, participación política, etc.).
- Derechos económicos sociales y culturales (todo aquello relativo a la vida digna en respeto de la identidad individual y colectiva)
- Derechos de los pueblos (Protección de las naciones, unidades culturales, etc.)

Su tipología dependiendo quien lo exige o ejerce, puede ser:

- Derechos individuales

- Derechos sociales

Ruiz Llanos (2009:296) afirma que dichos Derechos deben de ser protegidos por la sociedad, pero el Estado cumple un papel fundamental en el cumplimiento y promoción de los mismos. Así los Derechos Humanos deben ser construidos y cumplidos desde 3 instancias: Los ciudadanos por medio de su participación activa, el Estado por medio de la expedición de leyes; y apoyados por instancias internacionales que trabajen el ámbito jurídico a través de instrumentos, pactos, tratados, protocolos, declaraciones, exigibles como de carácter obligatorio para los Estados que les suscriben y les ratifican (ibid).

Para Castañeda, las diversas generaciones de los Derechos Humanos han tenido logros progresivos. Así bien, en materia de salud, los derechos de primera generación “resguardan la salud presente en el individuo, los de segunda generación obligan al Estado a proveer servicios y acciones de salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Los de tercera generación, permean la intersectorialidad y transdisciplinariedad del sector salud instando a la discusión de asuntos éticos” (2010:99).

Para Cavieres (2009:13), el enfoque de derechos transforma a los sujetos de derechos, en este caso los pueblos indígenas, de meros receptores de acciones o recursos, a titulares de derechos que tienen garantías exigibles

Al respecto, Amoroz (2011) critica que el sistema de salud actual en México, responde a políticas neoliberales, lo que representa que existan grandes distancias entre todo este contenido jurídico de pactos, convenios, constituciones, acuerdos y otros, y el real cumplimiento de las garantías de los derechos en salud de las poblaciones, lo que provoca grandes inequidades sobre todo en poblaciones indígenas, rurales y campesinas.

Bajo el paraguas del concepto de interculturalidad en salud pueden encontrarse una amplia gama de temas de los cuales se necesita nutrir para darle un contenido real y no solo teórico. Por lo que para mí respecta, este debe incluir respeto, conocimiento, cooperación mutua, solidaridad, en el plano de los

procesos de salud, enfermedad y atención, donde el individuo sea respetado desde su ámbito individual y colectivo, entendiendo que el mismo es sustentador de múltiples identidades que atraviesan desde el plano económico, político, social y cultural y por ende todos esos aspectos, deben ser tomados en cuenta con el fin de prestar una atención de calidad.

### **2.2.3 Conceptualizaciones sobre modelos de atención e interculturalidad.**

Para entender cuáles son las lógicas que pretenden implementar al interior de los servicios de salud en lo que denominan servicios interculturales en salud, es necesario hacer mención de los modelos de atención en los procesos de salud/enfermedad. Con ellos puede entenderse lo que el Servicio de Salud pretende, con la implementación de formas de atención de tipo popular o tradicional indígena, dentro de los espacios institucionales. Para este efecto, adhiero a la propuesta de Eduardo Menéndez que hace respecto a los modelos médicos.

“Por modelo vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación de todas la dimensiones en todas esas dimensiones de todos los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1992:101)

Sin embargo, para entender los modelos, es necesario conocer las dinámicas que se producen alrededor de la atención de la enfermedad, ya sea para curarla, aliviarla o prevenirla. La Enfermedad suele cambiar las dinámicas cotidianas de los individuos, esta produce una respuesta como afirma Pedersen (1989), en la cual el individuo y su grupo tratarán de darle respuestas, propiciando que estas situaciones se transformen en espacios adaptativos, ya sea desde el ámbito biológico o social, atendiéndose en diversos espacios. Si bien esos espacios de atención los han definido varios autores, Menéndez les llama modelos médicos de

atención, dividiendo en tres grandes espacios las formas en que se puede desarrollar la trayectoria de la atención hacia el enfermo.

Es a partir de la carrera del enfermo, que pueden identificarse todas o algunas de estas formas de atención en el proceso de salud/enfermedad/atención, nos recuerda Menéndez (2003). En la actualidad, las diversas formas de atención son influidas en su forma de operar, ya sea por caracteres religiosos, étnicos, económicos, políticos etc. Por tanto, la atención del proceso s/e refiere a muchos ámbitos y por ello, estos se articulan en lo denominado “Pluralismo Médico”, siendo los individuos los que lo llevan a cabo. El pluralismo médico para el autor, refiere a que, más allá de la situación de clase, étnica u otras diferencias, “la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2003:186)

Las formas de atención, Menéndez (1992, 2003) divide en 3 modelos; los cuales aclara que están en constante dinamismo, pudiéndose dar transacciones entre los diversos modelos. Menéndez propone que un modelo de atención refiere a toda aquella actividad que lleva a la atención intencional de los diversos padecimientos, los cuales, los caracteriza por medio de la forma en cómo se interrelacionan los usuarios con las instituciones de salud, ya sean estas al interior del hogar, en el ámbito comunitario y en las instituciones públicas o privadas de salud. Los sistemas de salud funcionan por medio de las relaciones sociales que al interior de los mismos se dan, por lo que las relaciones de poder son parte en estas, y parte de la forma en cómo funcionan. En estos tiene que ver condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas

De esta forma, Menéndez agrupa estos modelos en:

- a) Modelo médico hegemónico (MMH).
- b) Modelo médico alternativo subordinado (MAS).
- c) Modelo médico basado en la autoatención (MA).

El modelo médico hegemónico (MMH): Cuando se habla de hegemonía, el autor reconoce una constante lucha en la convivencia entre los conjuntos sociales, los cuales están regidos por relaciones de poder que se evidencia en la interrelación de estos.

Cuando Menéndez (1992) hace referencia a este modelo de atención, apunta a que en este se llevan a cabo aquellas actividades que emanan desde la biomedicina. Todo proceso preventivo, curativo o paliativo generado desde este, es válido mediante lo que a su interior reconoce como “científico”. “Este intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alterativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del MMH”.

Reconoce que en este se dan ciertas características estructurales que caracterizan a la biomedicina, pudiendo ser “técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales o ideológicos y que evidencian el tipo de relación que la biomedicina establece con los conjuntos sociales estratificados, así como otras formas de atención” (Menéndez, 2003).

Dichas características las identifica como: “biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre las nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad. En el sentido medicalizador, tendencia a control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir

la práctica de la investigación (1992:102). El mismo funciona a través de 3 sub-modelos en 2 ámbitos (público y privado). Estos son: el privado, el corporativo público y el corporativo privado.

No siempre el MMH fue el modelo de atención que dominó ideológicamente a las otras formas de atención. No es hasta su consolidación bajo la racionalidad científica que logró un control desde el Estado, pasando a convertir la medicina alopática y la atención en procesos de s/e/a en una medicina burocratizada. Esta dominación/subordinación entre los diversos modelos supone una serie de crisis en la interrelación en donde se cede o reconfiguran las acciones de los conjuntos sociales frente al enfermar. Aunque son los individuos quienes terminan ejerciendo una síntesis de todos ellos, el MMH ha logrado tomar una posición que determina las formas de actuar, tanto de enfermos como de curadores.

Según Menéndez (1982) esta consolidación del modelo Médico Hegemónico se inicia a partir de los Siglos XVII Y XIX por medio de la dinámica del sub-modelo corporativo privado. La institucionalización de este modelo, fue de la mano del desarrollo ideológico y político-económico de la capa burguesa; que ya para 1730-1836 había consolidado su poder, volviéndolo un modelo jerárquico, asimétrico y excluyente. El autor afirma: “Esta exclusión operará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente en términos sociales y políticos. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad; aún cuando solo pueda ser consumido por una parcialidad de la población. Dada su identificación con los estratos dominantes, dada su definición de salud como mercancía..., será el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación que son estratégicas para otros sectores sociales” (Menéndez, 1982:29).

Bajo el discurso de científicidad, fue que se inició a negar la importancia y validez de las otras formas de atención, lográndolo a través del poder que empezaba este modelo a ostentar, Foucault decía: “No se critica la profesión médica esencialmente por ser una empresa lucrativa, sino porque ejerce poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte”



(Foucault, 1988:6). El rápido surgimiento de las élites médicas, convirtieron a esta forma de atención en el modelo hegemónico, sub-alternizando a las demás formas de atención. Entendiendo que las formas de atención son producto de un proceso histórico y por tanto también rasgos culturales de los grupos, es desde la cultura médico occidental que se crearía lo determinado hoy como “sector salud”.

El modelo alternativo subordinado (MAS): Este tipo de modelo refiere al tipo de atención de corte popular y tradicional, esta se expresa a través de curadores especializados. En ella es común que ingresen lógicas de índole mágico- religioso. También se encuentran aquella atención denominada como alternativa o paralela que llevan a cabo la curación por medio de sanadores, encontrándose en él un amplio abanico de formas de atención. El modelo médico hegemónico ha pretendido estigmatizar y subordinar ideológicamente a todas estas prácticas (1992:103).

Este conglomerado de formas de atención subordinadas las caracteriza de la siguiente forma: “Concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la socialidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su “saber y de prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización” (ibid).

Modelo de autoatención(MA) En éste modelo, se engloban todas las actividades básicas que se siguen para el proceso de s/e/a. En tal sentido, Menéndez (2003,1992,1982) propone que es el primer nivel real de atención y son llevadas a cabo dentro del ámbito del hogar. Esta es una actividad destinada a asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de un microgrupo, en especial el del grupo doméstico. En él, se conjugan representaciones y prácticas para entender, diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar y curar todo aquel aspecto que atente contra la salud de los individuos o colectivos, todo ello sin la

intervención directa de curadores especializados. En este modelo se sintetizan los otros a través de la cuidadora del enfermo.

“Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el real primer nivel de atención de la misma. Dicha estructuralidad se da a partir de las funciones sociales, económicas, ideológicas y técnicas que cumple para los grupos en los cuales opera” (1982:28). Los caracteres básicos de este sistema son: eficacia pragmática, la salud como bien de uso y tendencia a percibirla enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogenizante, consumismo, legitimidad grupal, determinación sintomática del padecimiento, tendencia a la apropiación transaccional, concepción basada en la experiencia, tendencia al cambio basado en la eficacia, tendencia a la subordinación inducida respecto a los otros modelos, tendencia sintética” (op. cit.).

Si bien ya se ha mencionado que estos modelos solo son de carácter referencial y analítico. La descripción de ellos es útil relacionarlos, con la forma en que los servicios de salud intentan integrar y relacionar dos sistemas de atención y/o curación (alópata y tradicional) en un mismo espacio institucional. Por medio de esta relación al interior de la institución, el enfoque intercultural como un ideal, busca romper las relaciones desiguales al interior de la interacción generada entre pacientes y terapeutas, a partir de la atención en la carrera del enfermo.

Al referirse Menéndez a los campos de los modelos médicos bajo el parámetro de la acción dominadora en espacios de ciertos grupos sociales sobre otros, guía su elaboración teórica basado en el análisis que desarrollase Gramsci sobre la temática del poder y su forma de ejercicio dentro de los conjuntos sociales, por medio de la hegemonía y su canal para ejercitarlo, la dominación. Dentro del análisis de dichos modelos, es la hegemonía la categoría que determina su función y forma de actuar de los micro-grupos en el proceso de salud, enfermedad y atención, por lo que es necesario tomar algunos aspectos relevantes del concepto de hegemonía.

En la sociedad como estructura, se insertan condiciones sociales, económicas, culturales y que reflejan la actuación de los diversos grupos que componen esas sociedades a las cuales nutre la infra y superestructura. Teniendo en cuenta que el autor remite al funcionamiento de las relaciones sociales por medio de 2 grandes ejes, la infraestructura y superestructura; estas no pueden ser concebidas como 2 instancias aisladas, ya que opera sobre la estructura económica, la organización política y social, así como sobre el modo de pensar, las orientaciones teóricas y el modo de conocer (Gruppi, 1978:10). Ambas, infraestructura y las superestructuras conforman el denominado “bloque histórico”, estando en dependencia estrecha dentro del complejo de las fuerzas materiales e ideología.

La hegemonía forma parte del comportamiento de las sociedades y su interrelación como grupos, los cuales se encuentran constituidos por una serie de capas sociales, estando la hegemonía directamente relacionada con el consenso y, con el Estado, como materialización del gobierno de una de esas clases.

“Las clases dominantes ejercen su poder independientemente de los compromisos materiales con las otras fuerzas sociales, no solamente por medios de coerción sino además por la visión del mundo, es decir una filosofía, una moral, costumbre, un sentido común que favorecen el conocimiento de su dominación por las clases dominadas. Esto significa que el ejercicio del poder por una clase, en un momento histórico determinado no solo es la expresión de las relaciones económicas dominantes en ese momento, sino que sirve para difundir ciertos valores , que a su vez están determinados por las relaciones y por los compromisos mediante los cuales dicha clase consigue agrupar en torno a ella a todo un conjunto de otras fuerzas sociales con las que comparte, o aparenta compartir su poder, aislando de este modo, para oprimir mejor, a la clase directamente antagonica” (Macciocchi,1975:154).

La hegemonía corresponde pues a la capacidad de ejercer una dominación, pero también ejerce sutilmente una dirección (Portelli 1972 y Gruppi 1978). El Estado puede ser coercitivo, pero la hegemonía funciona a nivel ideológico ejerciéndose así la dirección de la sociedad por medio del consenso de las masas. El papel de los intelectuales en estos bloques, es constituir el eje articulador entre la infraestructura y superestructura e influenciados por su origen de clase (Portelli, 1972). Existe dentro de ellos una jerarquización, marcándose incluso al interior por

clases dominantes y clases subordinadas, mismo caso que nos remite a la organización sociales de los espacios de salud y la relaciones sociales, económicas y políticas entre los profesionales u otros trabajadores de salud que allí se insertan.

#### **2.2.4 Implementación de la interculturalidad en Salud.**

Hablar sobre interculturalidad en salud como estrategia de mejora a la calidad de atención, nos remite casi de inmediato a aquello relativo a la salud en regiones con mayoría de población indígena. Susana Ramírez (2009) menciona que estos servicios interculturales en salud, se enfocan regularmente a los grupos excluidos de los servicios de salud y en Latinoamérica, el excluido se asocia exclusivamente con los indígenas. Para el efecto comenta: “La interculturalidad debe ser pensada como iniciativa para el cambio sanitario, siempre y cuando ese cambio sirva para que la gente pueda vivir más y mejor. Si el cambio es entendido con el único objetivo de revalorizar la medicina tradicional, será difícil que aparezcan mejoras de los servicios de salud y, por tanto, mejoras en la salud de la población” (ibid:21)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que el concepto de interculturalidad “involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales culturales, etáreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (Ramírez Hita, 2009:54). Así mismo, menciona que uno de los grandes problemas cuando se plantea el término intercultural, remite a que el término hace referencia únicamente a la relación de dos culturas. En el caso de la salud “a la cultura biomédica y a la tradicional”, negando la heterogeneidad que existe al interior de ellas, haciendo de cuenta que son espacios aislados unos de otros y homogéneos a su interior.

De la misma forma, Menéndez (2006) comenta que generalmente, la mayoría de antropólogos que trabajan procesos de s/e/a, reducen las prácticas de interculturalidad a la relación “amerindios/servicios biomédicos y dejan fuera, o le dan poca relevancia a las diferentes formas de atención que operan en donde se

llevan a cabo, perdiendo de vista la forma en cómo los conjuntos las sintetizan para llevar a cabo el denominado “pluralismo médico”. Así, el reducir este término a caracteres exclusivamente culturales, impide establecer relaciones interculturales respetuosas y simétricas. Es un peligro que al dejar de lado los aspectos socioeconómicos dentro del análisis, se caiga nuevamente en un asimilacionismo o integracionismo según el autor.

También Almaguer establece que la propuesta de la implementación del enfoque intercultural dentro de los servicios de salud debiera de ser, el promover el diálogo y la relación entre culturas, no solamente el hecho de reconocerles y hacerles visibles, así pues define la interculturalidad como “La interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia (Secretaría de Salud, 2009:1),

A su vez, Espinoza e Ysunza (2009), proponen que para llevar a cabo el diálogo, es necesario en la práctica de la interculturalidad al interior de los servicios, ejercer una verdadera democracia; para que los sujetos dejen de estar en planos distintos y así las fricciones y contradicciones que surjan, puedan superarse con un resultado positivo para ambos.

Reconociendo pues que la atención en salud con sensibilidad a las buenas relaciones entre culturas es una propuesta y un fin de respeto hacia el otro, se han generado propuestas que intentan incorporarse como una herramienta que aporte a la calidad de atención que se brinde en la relación trabajador de salud-usuario de los servicios públicos<sup>46</sup>. Si bien las relaciones interculturales no estarán

---

<sup>46</sup> Es necesario reconocer que esta es una propuesta que se maneja a nivel del sector público o en palabras de Menéndez “sub-modelo corporativo público”. Bajo el modelo corporativo privado también se manejan relaciones de poder que llevan a los mismos motivos de subalternizar a otros curadores y a los pacientes, sin

carentes de conflicto, el enfoque intercultural busca que esas tensiones en la relación conlleven a mecanismos de regulación y de control, para su resolución de forma armónica (Ortega Pérez, 2010:131).

Sin embargo, en las experiencias que se han puesto en práctica, en ocasiones han sido intentos fallidos por carecer de un enfoque más integral. Al respecto, Ortega Pérez (2010) señala que, dentro de la planeación y ejecución de estos programas, se ha creído desde las instituciones de salud que el problema radica en que las poblaciones se rechaza la medicina alopática, porque están más familiarizados con la medicina tradicional, al ser parte de sus prácticas y también por la relación violenta que suelen tener con el personal sanitario. A pesar de que esta premisa es cierta, no son, como se ha dicho, los únicos elementos que ejercen influencia en el rechazo hacia la biomedicina, teniendo múltiples raíces más profundas que las antes escritas.

A partir de esta idea, las autoridades de salud adoptaron medidas como el dar capacitación a parteras y promotores de salud, por ser personas que se encontraban inmersos dentro de las lógicas culturales de las comunidades en las que querían incidir, “por considerarlos representantes comunitarios, suponiendo que podrían hacer de mediadores de la transformación cultural y promover el acercamiento de la población a los sub-centros” (Ortega Pérez, 2010:130). Esto no se ha logrado del todo, creando acciones y relaciones que no concuerdan con los ideales que se buscan dentro de las políticas de interculturalidad adentro de los espacios de atención a la salud institucionales.

Al respecto, Campos afirma que una interculturalidad aplicada debiera de ser la práctica y el proceso relacional establecidos entre el personal de salud y los enfermos, entendiendo que estos pertenecen a culturas diferentes, por lo que el entendimiento debe de ser recíproco para que así, los resultados que dejen durante el proceso de la consulta, la intervención o la consejería sea satisfactorio para cada uno de los participantes (Fernández, 2010:25). De esta forma se

---

embargo el hecho de que se tenga que pagar los servicios, crea otra serie de relaciones que implica un mejor trato hacia el usuario, aunque no en todos los aspectos.

lograría que ambas, tanto medicina tradicional<sup>47</sup> como medicina alopática, tendieran un puente y se complementaran. Dichas medidas son necesarias, ya que la mayoría del personal médico, no está sensibilizado y por lo tanto capacitado para el trabajo con poblaciones indígenas, ya que su formación no les ha dado las herramientas para este efecto.

Sobre ello, Lerín (2004) reconoce que hay varios elementos que dificultan o imposibilitan la correcta relación entre el personal de salud y las usuarias del servicio público de salud, sobre todo en las áreas indígenas y con población monolingüe. Entre estos elementos destaca: a) el Lenguaje; lo que dificulta la empatía y la confianza; b) situaciones como el pudor, en donde las mujeres no gustan de los procedimientos ginecológicos y que para los mismos prefieren que sea una mujer quien los realice; C) concepciones distintas de su visión del mundo, sobre todo en las prácticas curativas. Por tanto, es necesario que para ello, el personal tenga la capacitación adecuada y es esto lo que se busca impulsar con la aplicación del enfoque intercultural en los servicios de salud, estrategia que se ha estado desarrollando en la mayoría de los países que postulan este cambio en sus políticas y programas.

Sola (2010:122) menciona que las barreras que dificultan esta interacción entre usuario y prestador de servicios de salud son:

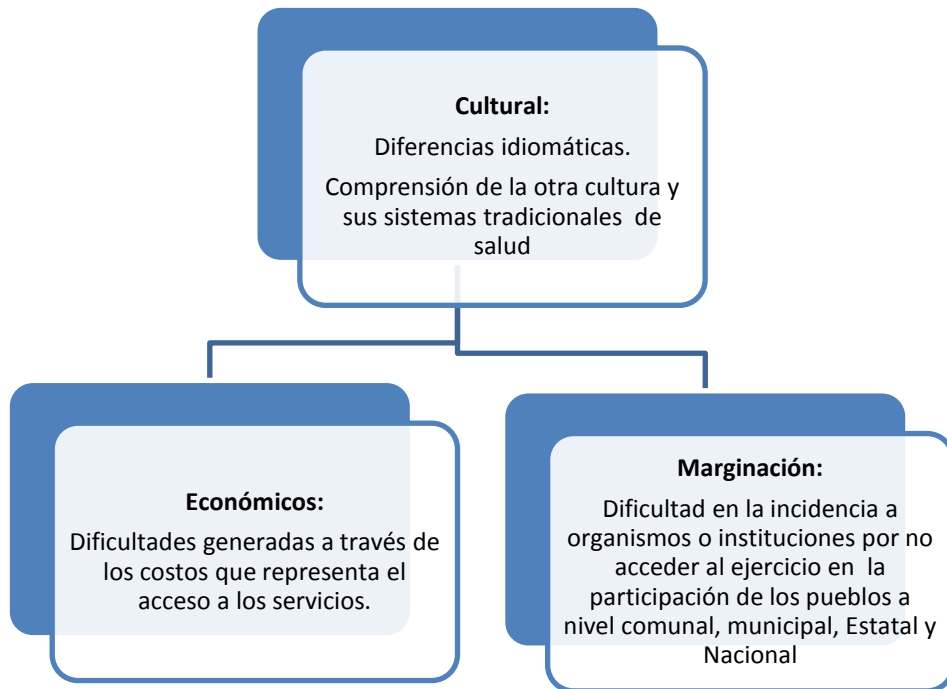
- Predominio del paradigma biomédico
- Problemas estructurales en aspectos socioeconómicos de las poblaciones a las que van dirigidas las intervenciones en salud.
- Dominio y discriminación (racial, étnica, genérica, género, etc.)
- Diferencias en las perspectivas sobre los procesos salud/enfermedad entre las concepciones comunitarias y biomédicas.
- Roles jerárquicos en la relación médico/paciente.

---

<sup>47</sup> Al referirme de acá en adelante con medicina tradicional, me refiero a las formas de atención en salud y enfermedad y a sus terapeutas, que tienen sus orígenes en concepciones prehispánicas, las cuales han sufrido transformaciones pero que funcionan dentro de una comunidad urbana o no, indígena o mestiza.

Sáez Salgado (2008:4) resume estas barreras en 3 grandes grupos: De tipo cultural, de tipo económico y de marginación, proponiendo el contenido de las mismas en:

Cuadro No. 3 Barreras para otorgar atención en salud.



Fuente: Sáez Salgado 2008.

La Secretaría de Salud (2009) reconoce que, estas barreras también son producto de la exclusión económica y discriminación étnica de parte de la sociedad y el Estado. Ante ello, el autor propone que la integración del enfoque intercultural aplicado a la atención en servicios de salud, debiera de favorecer no solo el contacto, sino también el encuentro.

Ante las diversas experiencias en la forma de aplicar las políticas interculturales al interior de los servicios de salud, Espinoza y Ysunza visualizan que la interculturalidad en salud en cuanto a su práctica real, puede tener varios enfoques. A continuación replico el cuadro con su propuesta:



Cuadro 4. Enfoques de Interculturalidad.

Enfoques de la interculturalidad en salud	
Paternalista o integracionista	Se deriva de las políticas de integración, asimilación o indigenista. Reconoce la diversidad, pero plantea medidas verticales de arriba hacia abajo. El médico y personal de salud es el experto y las comunidades solamente reciben conocimientos, recetas externas.
Culturalista	Reconocimiento del pluralismo cultural, otorga mayor grado de importancia a la lengua, los aspectos didácticos. Las consultas son sin previa información y con base a metodologías diseñadas desde fuera. No interesan los procesos pedagógicos, ni cosmovisión de los pueblos y comunidades involucradas en la organización de programas y proyectos de salud.
Convivencia	Se plantea la coexistencia armónica entre los distintos grupos étnicos. Promoción de estudios etnográficos para conocer las culturas, sus tradiciones y partir de ello para poder convivir u organizar los programas de salud.
Autónoma o de empoderamiento	Parte del ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades, hacia una relación más equitativa de poder. La salud se deriva de los derechos sustantivos de los pueblos y comunidades respetando sus representaciones sociales. Promueve la organización de los servicios de salud que surjan de las comunidades: afianza la identidad colectiva y participación de las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud. Su práctica permite convertir a actores sociales, por lo que busca su inclusión y visibilización.

Información de Luz M. Espinoza y Alberto Ysunza

Para Ortega (2010), la interculturalidad en los servicios de salud tiene que estar enfocado en toda la vida comunitaria, yendo más allá de los límites de las clínicas u hospitales. Si no se cambian las estructuras, no podrá llegarse a ese ideal que marca la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud. Para ello afirma que hay dos campos necesarios de trabajar: en el personal de salud y en la institución como tal. El autor remite que en el campo de lo personal se hace necesario: a) Entender y valorar la variedad cultural b) revisar la realidad socio-económico, político y religioso del lugar de trabajo c) entender críticamente las interrelaciones que se dan en las instituciones, entre el personal y la comunidad. d) Realizar una inmersión cultural efectiva, siendo flexible para adaptarse, teniendo voluntad para el cambio y tolerante ante una situación ambigua. e) capacitarse en temas de salud intercultural.

Así mismo el autor recomienda que al interior de las instituciones, es necesario que se superen las barreras culturales por medio de un proceso participativo entre las instituciones y las comunidades, en donde se identifiquen, analicen y sistematicen la formas que afectan el servicio de salud, identifican las prácticas negativas y positivas en cuanto a la salud de la comunidad, implementen modelos interculturales, adapten los servicios acorde a los usuarios en materia social, espiritual y cultural, para proponer procedimientos éticos en salud y divulgar los hallazgos que se produzcan.

Por tanto, al planificarse el incorporar el enfoque intercultural dentro de los servicios públicos de salud, implica la necesidad de desarrollar estrategias en las cuales, se facilite la correcta interacción entre trabajadores de salud, médicos tradicionales y usuarios de los servicios de salud. Este enfoque remite a que en los procesos de atención se respeten las formas de entender la salud y la enfermedad, así como las formas de atender de la población usuaria-culturalmente diferente, complementando la atención que puede darse desde la biomedicina, con las formas comunitarias de atención de los padecimientos, aceptando que ambos enfoques son válidos y respetándolo por ello.

De esta forma, tanto usuario como terapeuta tendrán niveles de aceptación y satisfacción, otorgándose una mayor calidad en la consulta al darse un trato digno. Esto lograría crear canales abiertos de comunicación entre el prestador del servicio y los usuarios. El enfoque intercultural no será completo si no tiene en cuenta otros factores como lo son Derechos Humanos, real participación, aspectos socio-económicos, políticos y género como ejes transversales en su aplicación. Sobre los esfuerzos estatales en materia de salud intercultural, Sáez resalta que lo avanzado hasta ahora en distintas realidades de Latinoamérica “ratifica la importancia de una voluntad política, del compromiso de ambas partes, de financiamiento regular, de la participación directa de los pueblos originarios; como también, de mantener procesos de monitoreo y evaluación participativa” (2009:22).

### **2.3 Experiencia de la aplicación del enfoque intercultural en México.**

El indigenismo aportó en su época un gran avance en materia de políticas enfocadas a pueblos indígenas, que a la luz de los años, puede ser cuestionadas; pero para la época, representaban un gran avance en cuanto a la forma en cómo eran pensadas las políticas públicas en salud hacia estos pueblos. La creación del Centro Coordinador tzeltal- tzotzil buscaba establecer políticas de atención integral para las poblaciones que abarcaban. También que las formas tradicionales de atención, fueran percibidas por el personal de salud como algo inocuo, pudiendo ser un complemento a la medicina biomédica.

A pesar de que no era considerado como políticas interculturales, ellos reconocían el área de acción con dicho nombre, aunque en realidad lo que hacían era reconocer una pluri-culturalidad.

Según Aguirre Beltrán, quien fue cofundador del INI, uno de los objetivos del área de salud de los Centros Coordinadores era el de abogar por el respeto a las prácticas tradicionales de curación, mientras proponían un modelo integral de desarrollo:

“El INI al implementar sus programas de desarrollo en las regiones indias del país, conocedor de las carencias y posibilidades del tesoro público, desde 1951

optó por innovar la medicina científica mediante un compromiso que conlleva el respeto a las prácticas y creencias populares e indias; trata solo de suplir las deficiencias de la medicina tradicional sin pretender sustituirla. ...En el mejor de los casos el programa abre las puertas para que la persona o la familia elijan entre la práctica científica, la tradicional india o ambas; pero el personal médico solo está facultado para desempeñarse de acuerdo a su formación universitaria; tiene vedado mezclar la magia y la ciencia”, su proyecto lo comparaba con la forma de atención médica misionera colonial (Aguirre Beltrán, 1994b:14).

A pesar de que en la actualidad muchos de los fallos en las políticas interculturales tienen sus orígenes en el indigenismo, es reconocible que muchas de los aciertos de las mismas, también provienen de este origen. Al respecto, Holland (1992) relata una anécdota de una intervención médica positiva frente a un síndrome de filiación cultural, atendido por médicos del Centro Coordinador del Instituto Nacional Indigenista.

“Muchas veces los curanderos indígenas acompañan a los pacientes a la clínica del INI, donde son animados para que celebren sus ceremonias junto al lecho del enfermo. La clínica de Chamula tiene incluso incensarios a la mano para facilitárselo a los curanderos.

...Tal cosa fue hecha recientemente en Oxchuc quien, cuando fue llamado para atender a una indígena que se había caído y se había golpeado con una roca, mostró una excepcional compenetración de los problemas interculturales que presenta la medicina de transición. Por la escasa información que había recibido en una carta casi ilegible, el médico entendió que el hombre se había roto varias costillas y que probablemente había sufrido de un colapso en un pulmón como resultado de su caída; se preparó para el caso y partió en un viaje de cinco horas a caballo para llegar a dónde el indígena vivía.

Al llegar ató su caballo y entró directamente a la choza para comenzar a examinar al paciente. Pronto encontró que el paciente no tenía nada desde el punto de vista de la medicina moderna. La familia se había reunido a su alrededor y cada uno de los miembros presentes estaba convencido que el enfermo estaba a punto de perder su espíritu a causa de la caída que había sufrido; el enfermo mismo insistía que su espíritu estaba dejando su cuerpo a través de la contusión que tenía en el pecho.

El médico se dio cuenta que debía de hacer algo muy por encima de lo ordinario; se volvió rápidamente a la mujer del paciente y le pidió que le trajera una gallina. La mujer regresó

unos momentos después con el ave, el doctor la tomó y la pasó rápidamente sobre el cuerpo del enfermo formando la cruz, la sostuvo luego a su lado y la degolló tal y como hacen los curanderos indígenas; cuando la gallina estuvo muerta, el médico le abrió un ojo y pasó una luz sobre la pupila, permitiendo a todos los presentes vieran como su pupila se dilataba normalmente y procedió a interpretar esto diciendo a la familia:

“Ofrecí el espíritu de la gallina a cambio de la del paciente. Fue aceptado y ahora la gallina está muerta y no tiene espíritu, pero la luz nos mostró que el paciente está bien y que su espíritu permanece en su cuerpo”. Para mayor precaución, el médico le aplicó una inyección de agua destilada que, dijo, es muy buena para hacer que el espíritu permanezca en su lugar. La familia quedó tan feliz, que insistió en que el doctor aceptara otra gallina como símbolo de su gratitud”. (Holland: 1992: 179-180)

Así mismo, dentro de las prácticas negativas que llevaban a cabo, se extrae esta cita del autor antes mencionado: “Una vez puesto en marcha el programa de vacunación, los principales<sup>48</sup> cambiaron de opinión y en varias ocasiones los indígenas amenazaron matar al médico y a la enfermera con sus pistolas de manufactura casera. El médico devolvía las amenazas con su propia pistola y muchos indígenas comenzaron a acceder de buena gana a ser vacunados” (Holland, 1992:116)<sup>49</sup>. Esto demuestra que las relaciones también fueron tensas y conflictivas, quedando más en la habilidad personal, el saber llevar estos conflictos para mediar correctamente con la población.

Algunas de las propuestas que el INI hiciera en la década de los 50 del siglo XX, y que persisten, aunque los objetivos de las mismas tengan ahora otro enfoque son:

- El ideal del respeto a las formas y prácticas de curación indígena.
- El ideal de la medicina tradicional y la biomédicas como complementarias.
- Necesidad de contar con traductores dentro de la atención en la consulta médica.
- Formar promotores de salud indígenas.

---

<sup>48</sup> Cargo de importancia en las comunidades vinculados al ámbito religioso

<sup>49</sup> El subrayado es personal.

- Integralidad de las acciones en salud.
- Especial interés a la atención materno infantil entre otros.

En el período de 1982 a 1988 el INI junto con el programa IMSS<sup>50</sup>-COPLAMAR<sup>51</sup> implementaban acciones para interactuar con los terapeutas, sin embargo muchas de las acciones llevaban hacia el control de los mismos o bien la negación de algunas especialidades de los terapeutas tradicionales.

Cada una de estas políticas y acciones, marcaría la forma de relación entre comunidades campesinas e indígenas y el Estado por medio de los servicios de salud. Posterior a la desaparición del Instituto Indigenista Nacional y su conversión en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas a inicios del siglo XXI, varios fueron los programas que se dirigían a los pueblos indígenas, que comenzaban con la idea de participación de terapeutas comunitarios, como medida de integrarlos a la lógica biomédica. Destaca la sistematización de Troncoso y Nigenda sobre las políticas llevadas a cabo desde 1948 hasta el 2001 representadas en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Programas nacionales a poblaciones indígenas 1948-2001.

PROGRAMA	FECHA DE CREACIÓN	POBLACIÓN OBJETIVO	PRINCIPALES ÁREAS DE INTERVENCIÓN	SERVICIOS DE SALUD
Instituto Nacional Indigenista	1948	Grupos indígenas.	Salud, Educación, Cultura, Agricultura, Derecho	Atención Primaria. Complemento nutricional. Apoyo a la medicina tradicional.
IMSS-Solidaridad	1979	Pobres en 17 estados. Se define la población objetivo por un proceso histórico más que por criterios específicos.	Salud, Educación en Salud, Saneamiento Básico y Agricultura (Seguridad Alimentaria)	Atención a nivel primario y secundario. Apoyo a la medicina tradicional.

<sup>50</sup> Instituto Mexicano de Seguridad Social.

<sup>51</sup> Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Programa Federal).

Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)	1996	Pobres con dificultades de acceso a los servicios de salud.	Salud	Paquete Básico con 13 intervenciones costo efectivas (prevención, promoción y acciones curativas básicas). No considera la participación de terapeutas indígenas en la oferta de servicios.
Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa)	1997	Pobres a partir de criterios técnicos específicos con acceso a servicios de salud y educación.	Salud, Nutrición y Educación	No presta servicios sino que es un programa que induce la demanda. La Secretaría de Salud y el IMSS Solidaridad son los prestadores de los servicios de salud. No considera la prestación de servicios por parte de terapeutas indígenas.
Coordinación de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.	2001	Indígenas que viven en municipios de más de 40% de población de Hablantes de Lenguas Indígenas.	Salud y Nutrición	Este programa busca fortalecer las áreas en donde ya existen acciones: educación, saneamiento básico, entrenamiento de personal de salud

Cuadro e Información de Erika Troncoso y Gustavo Nigenda.<sup>52</sup>

La Coordinación de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas a través de su Plan Nacional de Salud 2001- 2006<sup>53</sup> trataba de integrar ya políticas de adecuación cultural en los servicios de salud, en sus objetivos específicos planteaba entre otras cosas:

- Incorporar en la capacitación al personal que participa en la atención de la población indígena, el enfoque intercultural y de género que les permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones para proporcionar una mejor atención.
- Adaptar los servicios de salud a los valores sociales, culturales, religiosos y espirituales de los pueblos indígenas.

Así mismo en sus líneas de acción proponían no solo la sensibilización del personal, sino la necesidad de traductores dentro de los servicios de salud, cambios en la forma de otorgar la consulta, rehabilitación de las áreas físicas de

<sup>52</sup> Anexo No. 1 del texto “la política de salud para poblaciones indígenas en México. Autores Erika Troncoso Saavedra y Gustavo Nigenda.

<sup>53</sup> Disponible electrónicamente en: [http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia\\_2/salud\\_y\\_nutricion.pdf](http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_y_nutricion.pdf)

las unidades de salud con el objetivo de adecuarlo culturalmente, así como su certificación en cuanto este aspecto y promover participación comunitaria dentro de otros objetivos.

En materia legislativa, sin embargo, se habían empezado a dar algunos pasos desde el 2001 como producto de las presiones nacionales e internacionales que se planteaban ya desde años atrás. Se reformaron ciertos artículos de la Constitución mexicana, en el cual se daba reconocimiento a los grupos originarios, así como sus formas culturales (idiomas, derecho indígena, medicina tradicional, etc), como parte de los derechos culturales. Posteriormente en el año 2006 se reforma también la Ley General de Salud<sup>54</sup> en la cual se establecía el programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas<sup>55</sup>, la promoción del conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena<sup>56</sup>, la adaptación de los servicios públicos de atención primaria a la estructura social y administrativa, en el marco del respeto a su identidad cultural<sup>57</sup>. También se proponía la promoción de la participación social en las políticas de salud.

Para llevar a cabo estos objetivos, se nombró a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGEPLADES) para diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias dentro del Sistema Nacional de Salud. Es desde allí que nacen también las normativas y los criterios de validación de los servicios de las políticas de interculturalidad en salud. No obstante, cabe señalar que es anterior a esos cambios institucionales, la realización de acciones que encauzan a las actuales políticas interculturales en salud.

Dentro de instancias no gubernamentales, también se implementaron acciones que daban pauta al análisis y ejecuciones de medidas interculturales en Salud. En el año 2002, un grupo de profesionales se organizaron en una ONG <sup>58</sup>denominada

---

<sup>54</sup> Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

<sup>55</sup> Art. 3 Inc. 4 bis.

<sup>56</sup> Art. 6, Inc. VI bis., artículo 64, 93

<sup>57</sup> Transitorios (segundo)

<sup>58</sup> Organización no Gubernamental



Yolpahtli, desde donde surgieron investigaciones y propuestas en salud intercultural.

*“antropólogos, médicos y biólogos de la UNAM constituyeron un organismo no gubernamental denominado Yolpahtli., cuyo objetivo ha sido promover la convergencia de esfuerzos de salud intercultural, dirigidos a pueblos indígenas por las agrupaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y los organismos multilaterales y el sector salud” (Ibid).*

Yopahtli o Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios, trabajó materiales didácticos, que sirvieran para cursos de sensibilización que se realizaron en Morelia, Tepic, San Luis Potosí, Campeche, Puebla y México con trabajadores de salud y con el fin de obtener una mayor capacidad de calidad de atención en espacios interculturales y con esto una mejor interrelación de los trabajadores de salud, con los pacientes y familiares, lo que Campos (2004) evalúa como una experiencia de éxito.

Dando cuenta de la historia, Campos refiere que se habían intentado algunos esfuerzos previos desde algunos espacios que veían la necesidad de implementar programas que acercaran culturalmente los servicios a la población y cómo plan piloto, surge así en 1995 la propuesta de implementación de hamacas que suplantaban las camas de hospital en Hecelchakán, Campeche. Existieron además proyectos previos de ofrecer hospedaje dentro del recinto hospitalario a familiares de los enfermos y los intentos de introducción de alimentos acorde a la cultura a personas hospitalizadas. La Secretaría de Salud, también había creado dos proyectos de atención médica “académica e indígena” dentro de un mismo espacio hospitalario, en los denominados hospitales mixtos en Cuetzalan, Puebla y Jesús María del Nayar (Campos, 2004).

En 1997 surge la idea los hospitales amigos del indígena, que previo a su implementación, planearon indicadores socio-culturales con los cuales poder medir el nivel de alcance en la calidad de las políticas interculturales: Mayor participación indígena en la administración y organización hospitalaria, que dieran

como resultado una interculturalidad correctamente aplicada. Los indicadores para llevarla a cabo eran: Uso cotidiano del idioma local, capacitación intercultural obligatoria del personal institucional no indígena, consumo de alimentos regionales como dieta normal, uso de mobiliario regional, interrelación positiva con la medicina indígena, creación de huertos medicinales demostrativos, uso de arquitectura regional, adecuaciones en la relación médico-paciente, directivos sensibles a la interculturalidad, presencia de hospedaje a familiares de enfermos hospitalizados y otros (op. cit).

### **2.3.1 La interculturalidad en la política pública de la Secretaría de Salud de México.**

Las acciones del gobierno como ya se ha mencionado tiene en la actualidad un marco legal que incluye no solo el modelo médico tradicional indígena mexicano, sino otros como lo es la acupuntura y la homeopatía. Sin embargo, en relación a lo intercultural, este se delimita en su práctica a la implementación de algunos elementos de la medicina tradicional indígena en comunidades con mayoría de población indígena. En el programa de salud 2001—2006, se enfatizaba la necesidad de una capacitación a los prestadores de servicios de salud teniendo énfasis en la interculturalidad, así también de que se buscara la complementariedad entre la medicina alopática y tradicional y promover la educación en salud, todo ello como una política pública enfocada en la interculturalidad.

Las líneas de acción (Secretaría de Salud, 2009) de esta política incluían:

- a) Incorporar el enfoque intercultural, con ejes transversales en materia de Derechos Humanos, género con el objetivo de promover el respeto a la dignidad de las personas, fomentando la inclusión y así evitar discriminación, esto debiera de ejercerse en los servicios de salud. Para llevar a cabo esto, se planteaba la necesidad de una capacitación tanto a personal operativo como al directivo. Era necesario también, adecuar las operaciones de los servicios de salud y así evitar las barreras culturales.

- b) Impulsar políticas de atención integral a la salud de los pueblos indígenas.
- c) Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias. Para llevarlo a cabo se pretendía: Incorporar formalmente la medicina tradicional a los servicios de salud, llevar a cabo una política de enseñanza de la medicina tradicional y complementaria entre otras.

Para ello, la Secretaría de Salud (2002) planteaba que debiera trabajarse en 3 niveles:

- A) **Sensibilizar y capacitar al personal ejecutivo, personal operativo.** Al mismo tiempo. Todo esto posterior a hacer un diagnóstico en que la comunidad participe para saber cuáles son las necesidades e inquietudes de la comunidad. Al mismo tiempo **reforzar la comunicación y relación entre comunidad y trabajadores de salud de las instancias públicas.**
- B) **Validación ciudadana**<sup>59</sup>. Tomando en cuenta las necesidades particulares de la región en dónde se actúa.
- C) **Validar programas de atención que propone la Secretaría, bajo una perspectiva intercultural:** En este la secretaría pretende tomar como función el fortalecer los comités ya existentes, así también la participación de instancias públicas, universitarias y otras con el fin que les lleven una contraloría social.

Más recientemente, Almaguer (en Secretaría de Salud, 2009) propone que todo aquel personal que tenga contacto directo con los usuarios de los servicios (Personal de medicina, enfermería, promoción, trabajo social, laboratorio, psicología, nutrición y administración) tiene que cumplir con diversos lineamientos para el trato usuario-trabajador de salud, estando todos enfocados en el respeto pleno del usuario de los servicios públicos de salud. Esto solo puede ser posible si el personal:

---

<sup>59</sup> En este objetivo se propone realizar talleres y relación con actores institucionales comunitarios, pero nunca se propone una consulta y participación plena de los pobladores de la región y convertirlos así en actores sociales que tengan decisión sobre las acciones a tomar en su territorio en materia de salud.

- Conoce el contexto cultural de la región en la cual labora, teniendo incluso interés por indagar sobre las mismas.
- Escucha y respeta al usuario
- Promueve el involucramiento familiar y personal sobre el fortalecimiento de la salud.
- Elimina actitudes negativas que afecten la consulta (Burlas, regaños, discriminación y otros).
- Escucha las expectativas que el usuario tiene sobre la atención que se ofrece.
- Otorgar la mayor cantidad de información sobre el padecimiento o enfermedad por la cual consulta el usuario.
- Combate los prejuicios que pesan sobre la población.
- Promueve las consultas informadas

Para que el personal tenga las herramientas necesarias para llevarlo a cabo, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de salud de México propone el siguiente contenido de capacitación para sus trabajadores.

Cuadro 6. Contenido de capacitaciones a trabajadores de salud.

I.	La Medicina Mexicana en el contexto intercultural
II.	Cultura, cosmovisión y modelos médicos.
III.	Medicina Tradicional
-	Medicina Tradicional Mexicana como sistema de salud.
-	Cosmovisión y causalidad de la medicina tradicional
-	Participación de médicos y médicas tradicionales.
IV.	Intervención intercultural comunitaria.

- Dinámica: Lectura actuada.
  - Análisis de la intervención en poblaciones indígenas: “película el curandero de la selva”
- V. Relación personal de salud paciente
- Dinámica teatro secreto, Reflexión y Exposición, derechos Humanos en salud (derechos de los pacientes, bioética, servicios de salud con sensibilidad cultural.
  - Reflexión sobre: Interculturalidad y empoderamiento
  - Interculturalidad, género y salud.

Información de la Secretaría de Salud de México (2002;17)

### **2.3.2. La interculturalidad y la salud reproductiva en México**

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 señala que “la protección de la salud de los mexicanos requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y fortalezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables”. Esta definición de políticas se traduce en objetivos específicos, resalta “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”. Al relacionar este objetivo con la información aportada sobre mortalidad infantil, se menciona a Chiapas como uno de los tres estados con mortalidad infantil muy alta. No habiendo datos desagregados de situación de salud, es posible asociar que efectivamente los pueblos indígenas en Chiapas son un desafío para el Plan de Salud.

La situación en torno a mortalidad materna se describe como presente mayoritariamente en poblaciones marginadas, tanto urbanas como rurales. Al respecto se señala que las causas relacionadas con las muertes maternas varían dependiendo del contexto, en el medio rural son más frecuentes las hemorragias del embarazo, parto y puerperio. Las mujeres que residen en zonas marginadas presentan una mayor probabilidad de morir por estos problemas, así señalan que Oaxaca, Chiapas y Guerrero suelen ubicarse todos los años dentro de las cinco entidades con mayor mortalidad materna. Al respecto afirman que a pesar de los

avances que ha habido, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones. En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas.

Desde otro ángulo se señala que “otra manera de abordar el problema de las condiciones de salud es revisando la salud de las poblaciones de los 100 municipios más marginados del país. Se trata de municipios predominantemente indígenas en donde vive el millón de mexicanos más pobres. Alrededor de 30% de esta población se concentra en Chiapas, 20% en Oaxaca, 17% en Guerrero y 15% en Veracruz”.

En materia de salud reproductiva, destacan la información y educación, la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; la oferta de servicios a toda la población pero con énfasis en los adolescentes, indígenas y discapacitados, y el estímulo a la participación del hombre en el cuidado de su salud reproductiva.

Entre las estrategias para una nueva cultura de la salud, se pone énfasis en un “modelo metodológico de comunicación en salud con el fin de estandarizar procesos en las instituciones. Los lineamientos a seguir serán: sustentar con evidencias científicas los mensajes a difundir, incorporar en las campañas el enfoque de género, la interculturalidad y la no discriminación; validar los diferentes productos comunicativos con los grupos objetivos...”

Llama la atención en este amplio documento, la escasa mención que se hace a los indígenas, si bien se mencionan poblaciones indígenas en la constatación de desigualdades en salud, a la hora de los objetivos y estrategias nuevamente se invisibilizan, exceptuando la incorporación de la interculturalidad en la estrategia de comunicación en salud. Sin embargo, la estrategia 5 “Organizar e Integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud establece entre sus líneas de acción: incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias y promover su utilización de acuerdo a la demanda que de ellas

haga la población. Así también se propone: fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de medicina tradicional y complementaria en aquellas unidades de salud en las que exista demanda de estos servicios.

Aún cuando sea una prioridad impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas, sin duda que la amplia referencia a los problemas de salud nacionales, disminuya la importancia que se le otorga especialmente a la hora de mostrar resultados. Esto se ve reflejado en la rendición de logros del gobierno del estado de Chiapas (2008), en el que se señalan avances en materia de planificación familiar, la reducción en mortalidad materna, vigilancia epidemiológica en los centros de salud y atención del parto hospitalario. Nula mención se hace de la existencia de experiencias de salud intercultural en la región.

Por el contrario, se resalta el fomentar el cambio de cultura y el acceso a la información en materia de salud reproductiva. Sin embargo, la realidad supera a la imaginación y es precisamente la existencia de experiencias orientadas a la salud intercultural en el estado de Chiapas lo que origina esta tesis.

Al respecto fue de gran difusión en 2011, el que Chiapas incluyera los Objetivos del Milenio en su constitución. El 23 de junio, el Congreso local aprobó por unanimidad las reformas constitucionales que fortalecen la obligación del gobierno de promover y proteger, entre otras, la organización del desarrollo de las familias indígenas.

Si bien México reconoce en su Constitución su composición multicultural, en salud predomina “la dimensión biológica y técnica en la formación del personal de salud, restándole importancia a los aspectos psicológico, social, cultural y ambiental del proceso salud-enfermedad-atención...” (Secretaría de Salud/UNAM, 2009).

Por ello, la Secretaría de Salud ha venido impulsando desde el año 2005 en todo el país propuestas y recomendaciones que fueron incorporadas a un Manual de Acreditación, donde se incorpora el concepto y requisito de “competencia cultural”

del personal de salud para ser asignado a los establecimientos ubicados en regiones indígenas ( Secretaría de Salud, 2009:93).

Según las orientaciones de la Secretaría de Salud, entre las características de los servicios y propuesta arquitectónica de los espacios, se requiere:

- “Incluir en la unidad de medicina tradicional como mínimo tres espacios de atención, para las tres “especialidades” básicas: curandero(a), huesero (a) y partera tradicional.
- Cada espacio debe tener una mesita o repisa para poder escribir y colocar cosas, tener sillas cómodas, así como un pequeño nicho o repisa para un altar...
- Es importante que el módulo de medicina tradicional se ubique cerca del hospital, de preferencia con un pasillo cubierto que comunique el área de atención del parto tradicional, con el área obstétrica del hospital, para facilitar el traslado en caso de cualquier complicación.
- Se sugiere construir la sala de atención para el parto con barro, ladrillo rojo y madera, que son térmicos y que de acuerdo a la cultura indígena evitan que la mujer se enfríe, no roban la energía y conectan con todo el universo.
- Las parteras deben contar con un espacio para revisar a las embarazadas y llevar a cabo las distintas prácticas como masajes y manteadas, diferente al de la atención del parto, y así ayudar a que el espacio del parto quede limpio y no se contamine...”

Así, se señala “que el módulo de partería tradicional en articulación con los Servicios de Salud, es una propuesta de espacios y servicios de salud que va dirigida a satisfacer una necesidad específica de la población usuaria...” Se basa en el “reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir la posición que mejor les acomode al momento del parto, del respeto a las manifestaciones culturales de las y los mexicanos y de los aportes del conocimiento de las parteras tradicionales en el proceso de atención del embarazo, parto y



puerperio que la Secretaría de Salud reconoce” (Guía de Implantación Intercultural, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de Salud).

Estas son las orientaciones técnicas y políticas la Secretaría de Salud en México sobre interculturalidad en salud reproductiva, en los siguientes capítulos se verá desde la praxis y desde la visión de diferentes actores

## CAPITULO III

### 3. Proceso metodológico.

#### 3.1 Planteamiento del problema.

Chiapas se encuentra en los primeros lugares de rezago social en lo que a México respecta. De los 100 municipios con menores índices de Desarrollo Humano en el país, en el estado chiapaneco se ubican 28; 14 de ellos se ubican en la Región de los Altos<sup>60</sup>, que es un 82%<sup>61</sup> de la totalidad de la región. La región destaca por ser eminentemente indígena y que las condiciones de vida en el área, están vinculadas con el histórico rezago social (Freyermuth, 2010:8). Uno de los datos que se articulan a estas carencias, es el de altas tasas de mortalidad materna que posicionaban a Chiapas para el 2007, como el tercer estado con mayor prevalencia en la mortalidad materna<sup>62</sup>. Según las estadísticas que maneja el Gobierno del Estado de Chiapas, el número de muertes maternas se ha reducido un 23%<sup>63</sup> en los últimos años, teniendo como dato oficial una media de 87 defunciones anuales<sup>64</sup>.

El Estado mexicano ha impulsado medidas para reducir esos índices, pues se le presiona por medio de instancias internacionales para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, que buscan una reducción del 75% de mortalidad para el año 2015 (Freyermuth y otros, 2009:451). Como parte de estas medidas, el Hospital de Larráinzar, nació en 2007 con dos objetivos: Ayudar a disminuir las tasas de mortalidad materna, acercando la atención médica a los poblados cercanos, e implementar el modelo bajo las normas de las políticas interculturales en salud.

Con la información obtenida en, se construyó lo que sería el proyecto base de esta investigación. Se plantearon las preguntas generadoras de la problemática a

---

<sup>60</sup> Boletín 3718-2011. Gobierno del Estado de Chiapas.

<sup>61</sup> Entre ellos se encuentra San Andrés Larráinzar.

<sup>62</sup> Defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual (2002-2007). En Red: <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.htm>

<sup>63</sup> <http://www.jornada.unam.mx/2010/10/14/index.php?section=sociedad&article=050n1soc>

<sup>64</sup> Cuarto informe del Gobierno de Chiapas. (p. 64)

investigar, las cuales variaron mientras el proyecto fue madurando, quedando de la siguiente forma:

¿Cómo inciden los factores culturales, económicos y sociales en la búsqueda de la atención por las mujeres, en su proceso del embarazo, parto y puerperio?

¿Cómo inciden los factores culturales, sociales y económicos en los terapeutas (biomédicos y tradicionales), en la atención brindada a las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio?

¿Cuáles y cómo son las relaciones entre personal de salud, parteras y mujeres indígenas, cuando se insertan en procesos de atención del embarazo, parto y puerperio?

¿Cómo se materializan las políticas interculturales, en la práctica de la atención del embarazo/parto y puerperio, por los trabajadores de salud?

Para indagar sobre el tema, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos Generales:

- Establecer y analizar el tránsito de las mujeres habitantes de San Andrés Larráinzar, durante su embarazo, parto y/o puerperio, vinculándolos con la atención que proporcionan las parteras y/o los trabajadores en salud, así como las relaciones de poder que se ejercen en este proceso.
- Indagar y analizar las representaciones y prácticas, alrededor de la atención en instituciones en salud con políticas interculturales, vinculados con el proceso de embarazo, parto y/o puerperio en San Andrés Larráinzar.

Objetivos específicos:

- Establecer los factores económicos, sociales y culturales, que inciden en la decisión del tránsito de las mujeres alrededor la atención en el embarazo, parto y/o puerperio.

- Identificar y analizar, las relaciones entre médicos, parteras y mujeres, que se ejercen durante la atención de los procesos de embarazo, parto y/o puerperio.
- Analizar la coherencia entre las políticas de prestación de servicios interculturales y las prácticas de los trabajadores de salud en el Hospital de San Andrés Larráinzar, en relación a la atención del embarazo, parto y puerperio de las mujeres usuarias.
- Identificar las problemáticas que visualizan y presentan los trabajadores de salud, para prestar sus servicios en contextos culturalmente diferentes a los propios.

### 3.2 Metodología:

Para delimitar el espacio en el problema de investigación, se escogió la cabecera municipal así como espacios institucionales de salud en la localidad (Hospital, Centro de Salud y Casa Materna). Los actores sociales con los cuales se buscaba trabajar se pueden dividir en 3 grandes bloques: personal de salud, parteras y mujeres/madres. Se logró entrevistar un total de 20 personas en una o varias sesiones (individuales y colectivas), 7 de los cuales son trabajadores de salud del centro de salud o del Hospital, 7 mujeres y 6 parteras. La selección de cada uno de los actores se basó en las siguientes características:

*Trabajador de Salud:* Ser trabajador de la Jurisdicción de Salud II de Chiapas, en especial aquellos que laboraran en el espacio institucional del Centro de Salud y el Hospital Básico Comunitario de San Andrés Larráinzar y que tuvieran relación con la atención de las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio. El personal de salud entrevistado puede dividirse en 3 grupos: **autoridades institucionales**, entre las cuales se encuentran el Director del Hospital Intercultural de San Andrés Larráinzar y la Directora del Centro de Salud de la localidad. Este personal da en muy raras ocasiones consulta, ya que se dedica sobre todo al trabajo administrativo de las instituciones que dirigen. Se intentó entrevistar a las autoridades de la Jurisdicción, lo que no fue posible.

**El personal compuesto por pasantes** de medicina, psicología y enfermería es el segundo grupo. Todos los entrevistados son jóvenes que no sobrepasan los 35 años y provienen de escuelas formadoras de medicina y enfermería de la Universidad Autónoma de México (UNAM), así como de la Universidad La Salle, ambas ubicadas en Ciudad de México. El caso de la pasante de psicología en el Centro de Salud es diferente a aquellos que se encuentran en el hospital. Ella es egresada de Centro de Estudios Superiores de Tapachula, y su función es apoyar las labores de la psicóloga contratada por el Centro de Salud. También se entrevistó a **personal de otras especialidades** (trabajo social, psicología y nutrición), su labor es el de dar apoyo integral a los usuarios de los servicios que presta el hospital o el centro de salud.

*Parteras:* Las características deseables para conformar este grupo se centraban en: (1) regularidad en el ejercicio de su labor (una media de 3 partos por mes). (2) Su vinculación con el Centro de Salud o el Hospital Básico Comunitario de San Andrés y (3), ser residentes de San Andrés. Las parteras entrevistadas son mujeres entre 38 y 74 años, en su mayoría monolingües. Todas se han introducido al mundo de la partería a través del “don”, algunas de ellas tienen una ascendente partera.

*Mujeres:* Se buscaba mujeres-madres que fueran habitantes de la localidad, estar en proceso de embarazo o haber tenido a su hijo/a bajo el cuidado de las instituciones de salud o de las parteras de la comunidad. El grupo de madres entrevistadas se puede dividir en dos: **Las que no asistieron a ningún servicio médico durante su embarazo**, pero si fueron atendidas por una partera certificada por el Hospital y, el grupo de aquellas **mujeres que tuvieron atención tanto en el servicio de salud como por la partera**. La mayoría de las mujeres, presentaron complicaciones en el parto o en el puerperio, otras que tuvieron a su hijo sin complicaciones. El nivel de escolaridad varía mucho en las participantes desde aquellas que no han tenido instrucción formal hasta las que cuentan con bachillerato o licenciatura.

### 3.2.1 Técnicas para la recolección de datos y problemáticas presentadas durante la recolección:

Se utilizaron varias técnicas de recolección de la información cualitativa como lo son: la entrevista abierta, diario de campo, observación participante, registro de charlas informales con los diversos actores, cuestionario con respuestas mixtas. No todas las entrevistas fueron grabadas en audio, ya que al pedir autorización para el efecto, no fui autorizada. Al personal de los servicios de salud, se le realizó las entrevistas en español, pues son personas que trabajan en la comunidad y en su mayoría, no son tzotzil-hablantes. Las madres y las parteras sí son andreteras (batzi winik), por lo tanto su idioma materno es el tzotzil (batzi'kop). Para llevar a cabo estas entrevistas se contó con la ayuda de una intérprete.

Las entrevistas con las parteras se realizaron en su mayoría en tzotzil<sup>65</sup>, pues son monolingües. Se visitaron 8 parteras en la cabecera municipal de San Andrés y en Nachitón (paraje cercano a San Andrés), de las cuales 5 aceptaron ser entrevistadas, pero interactué en las capacitaciones dentro de la Casa Materna con alrededor de 15 ó 20 parteras. La entrevista se dividía en: Su inicio como parteras, forma de ejercer la atención a la mujer en embarazo, parto y puerperio y la relación que sostienen con los servicios de salud. Por el hecho de tener que traducir cada una de estas preguntas y respuestas en el momento, se tomó la decisión de dividir la entrevista en varias visitas, ya que interrumpía sus actividades diarias en el hogar, que comparten con el de ser parteras.

En cuanto a las entrevistas realizadas a embarazadas o madres se llevaron a cabo dentro de sus casas. Tres de las entrevistadas no permitieron ser grabadas, lo que se convirtió en una charla que trató de registrarse posteriormente en el diario de campo. La entrevista versó alrededor del tránsito de atención frente a su embarazo y parto, así como su relación con los servicios de salud y las parteras. A una de las madres<sup>66</sup>, se le dio seguimiento desde el octavo mes de embarazo,

---

<sup>65</sup> No todas las entrevistas están en audio, ya que no todas dieron autorización para el efecto.

<sup>66</sup> En este caso, la mujer por contar con pocos años y tener su autoestima muy baja por haber perdido “el honor”, al embarazarse de un hombre con familia, la mayor parte del tiempo, la entrevista fue dada por su madre...

hasta el mes en el que el niño nació. A las otras mujeres se les captó posterior a su parto. Estas entrevistas fueron realizadas durante la primera etapa que duró de septiembre a diciembre y en el retorno que se hiciera a mediados de marzo.

Al personal de salud, se le entrevistó dentro de la institución o en San Cristóbal de las Casas. Dichas entrevistas abordan la forma en cómo ellos conciben la interculturalidad, así como su visión en referencia sobre si se cumplen estos elementos en la atención hacia población. También se indagó la concepción que tienen respecto a las problemáticas que ellos presentan al dar atención en un contexto culturalmente ajeno. En dichos espacios se realizó también observación en las salas de espera, una en especial en la consulta médica, en negociaciones que se dieron para el traslado de mujeres embarazadas y con complicación, así como en las capacitaciones a parteras, dentro de la denominada Casa Materna, dentro de la cual se tuvo contacto continuo con pasantes de enfermería de la UNAM, que por indicaciones de la Dirección, tenían como proyecto el que la casa materna retomara las acciones para la cual fue ideada.

En la última fase del campo, se les pasó a los alumnos de tercer grado de secundaria, un cuestionario en el cual se les pedía su opinión sobre los servicios de salud, dejando ver la relación que sus madres tienen con los mismos, así como las acciones que se toman en la familia respecto a la atención del embarazo y el parto con actores comunitarios e institucionales. Se llevó al mismo tiempo durante toda la estadía, el registro de eventos importantes de la comunidad, tanto en temas como la atención a los usuarios en los espacios institucionales, como otros temas que atañen a la vida cotidiana de San Andrés.

### **3.2.2 Buscando los contactos.**

#### **Las parteras y las madres.**

La llegada a campo se dio en las últimas semanas de Agosto, tiempo durante el cual, me dediqué a buscar los primeros contactos y presentarme ante las

---

Aunque ella tuvo poca intervención, siempre fue afirmando con la cabeza lo que su madre decía y participando en voz baja. La vergüenza familiar funge un papel importante en este caso en particular.

autoridades de salud, tanto en la Jurisdicción como en el hospital. El primer lugar en asistir fue el hospital, en donde presenté el proyecto, el cual fue bien visto por el director de la institución. El director me solicitó pedir autorización ante la Secretaría de Salud, por medio de su representante máximo en el área, Jurisdicción de salud II de Chiapas, la cual tiene a su cargo el municipio de San Andrés Larráinzar. Realicé la presentación por medio del aval institucional como estudiante de la maestría de CIESAS. La institución me había otorgado cartas de presentación para la dirección de la Jurisdicción, así como una carta de solicitud para realizar trabajo de campo en el hospital y en el centro de salud en la comunidad referida. La directora siempre se encontró ocupada para una reunión, por lo que la carta que entregué fue aprobada por un visto bueno unas semanas después, sin mayor información.

Al mismo tiempo acudí con cartas similares a la Presidencia Municipal de San Andrés, donde obtuve también el visto bueno para la investigación así como el ofrecimiento de ayudar en lo que fuera posible. Se intentó también entregar al Ayuntamiento Autónomo una carta, sin embargo ésta no fue aceptada y me dijeron que eso no tenía relación con ellos, por lo que no necesitaba presentarme de manera formal. Esta improvisada charla se realizó en la calle, lo cual llamó la atención de varios pobladores que discutieron por un largo tiempo sobre la carta y mi carnet de identificación del CIESAS, el cual por un momento pareció que le veían con agrado, pero al aclararle que era el CIESAS unidad D.F, volvió lo que asumo, fue desconfianza y reafirmaron su respuesta negativa. Todo lo anterior lo asumo por los gestos y lenguaje no verbal individual y grupal, ya que todos ellos hablaron en tzotzil, idioma que no entiendo.

También se llevó a cabo la presentación de las cartas frente a la directora del Centro de Salud de la comunidad, quien amablemente dijo que estaban en toda la disposición de ayudarme en el estudio, y que tenía la puerta abierta para lo que deseara. Me presentó frente al personal institucional que se encontraba cerca, dando la instrucción que me ayudaran en lo posible. De la primera visita a campo se había contactado al enlace técnico, quien es habitante de San Andrés y es



tzotzil hablante. Se le había propuesto que me ayudara con el contacto a las parteras, sin embargo empecé a dudar de que fuera una buena opción por dos motivos: la primera el hecho de que fuera hombre y por experiencia, esto dificulta un poco la fluidez de información en cuanto a los temas de sexualidad, los cuales en algún momento podrían surgir en las entrevistas. El segundo motivo y el más importante era que dicho personaje era trabajador del centro de salud, que por tanto podía influir en el resultado de la información dado que era que el enlace principal de la institución con las parteras al recibir los datos de atención que estas realizan y su vinculación con las madres recién paridas, para la revisión post-natal y algunos de los exámenes de los recién nacidos

También, se me había advertido que este sujeto tendía a alcoholizarse con regularidad, situación que no era de mi agrado por el trabajo que deseaba realizar. Todo lo anterior, hizo que desechara su colaboración para realizar los primeros contactos, y la traducción de las entrevistas in situ.

Aún así, varias veces quedamos de realizar el trabajo, sin embargo este se disculpaba a último momento de que no podría o bien no llegaba el día que teníamos pactado. Sin embargo, en uno de los momentos de observación en el centro, se acercó una mujer a conversar conmigo, que resultó ser auxiliar técnica en traducción dentro del centro de salud. Después de conversar de varias cuestiones y al parecer ella interesada en lo que realizaba, pensé buscarla después para proponerle que me ayudara en las entrevistas y que conversáramos sobre la cantidad monetaria que deseaba recibir por dicha colaboración.

Unos días después fui a buscarla y al no encontrarla la encargada de limpieza me dijo que no me convenía, llevándome de inmediato donde una persona que sería ideal para este trabajo según sus palabras, ya que la otra mujer no podía hablar con fluidez el español. Fue así que llegué a la casa de la mujer (Carmen) que me ayudaría desde ese momento a realizar tanto los contactos, como las entrevistas. Ella también trabajaba 3 días por semana en el centro de salud como traductora, por lo que las entrevistas que requerían traducción solo podían realizarse 3 días a la semana, ya que ocupaba los otros días en su trabajo y el domingo en la iglesia.

Según palabras de Carmen, su fluidez al hablar español se debía a que desde pequeña había trabajado en el servicio doméstico en regiones como Tuxtla y San Cristóbal las Casas, lugares en los que recibió mal trato por su procedencia de una comunidad indígena, situación que relacioné al momento de explicarle mi investigación ya que una de las situaciones que me interesaban para indagar, era el trato que otorgan los médicos jkax'lan<sup>67</sup> a la población tzotzil hablante de San Andrés. Fue de esta forma que iniciamos a contactar a las parteras, aceptando algunas en participar en la investigación y otras no queriendo participar en la misma.

Las preguntas obligadas que me realizaron la mayoría de las parteras fueron: ¿Y eso para que me va a servir?, ¿Va a servir para que me paguen en el servicio de salud?, ¿A usted para que le va a servir o para que lo quiere?, ¿Trabaja usted para la Secretaría (de salud)? Ante estas interrogantes se les aclaró que yo no trabajaba con el servicio de salud y el trabajo formaba parte de mis estudios de maestría. Ya cercano al final del trabajo de campo Carmen me contó que la forma en cómo les había explicado dicho tema era haciendo una analogía con el servicio social que suelen hacer los pasantes de medicina, psicología, nutrición y otras profesiones vinculadas a los servicios de salud. No me sentí cómoda con dicha situación, ya que yo hubiera deseado ser lo más transparente con las personas que participaran voluntariamente en esta investigación.

Les aclaré a las parteras, que en mi posición de estudiante de antropología, yo no podría presionar para que tuvieran un beneficio económico. Les ofrecí guardar su identidad, comentándoles también que para mí era importante recolectar su opinión sobre la relación que tenían con el servicio y con las mujeres que atendían, ya que de esta forma yo podría dar recomendaciones al hospital, pero que no dependía de mí en ningún momento que las aceptaran y que las hicieran efectivas. Algunas dudaron, sin embargo como algo que me sorprendió fue que al comentarles que no era mexicana, si no que venía de Guatemala a realizar el estudio, se abrían a colaborar. Esto se repitió no solo con las parteras, sino con

---

<sup>67</sup> Ladinos

cualquier persona que hablaba en la comunidad conmigo y me preguntaba mi procedencia. Creo que esto se debió a que muchas veces al inicio, me podrían haber identificada como coleta<sup>68</sup> y mi situación de extranjera era algo que llamaba la atención.

Si hay un hecho que tengo que lamentar profundamente en esta investigación en el sentido de que la misma haya provocado daños a alguien, es que una de las mujeres que funge como partera y que al inicio de la investigación se mostró con mucho interés en colaborar, haya sido violentada por mi culpa. Esta joven mujer, madre de 5 hijos, me abrió las puertas de su casa para que pudiera entrevistarla, estando sus hijos presentes. Al entrevistarle, todos y todas formamos un círculo alrededor de ella, con una dinámica interesante y relajada, en donde incluso los niños participaban de la entrevista. Después de 15 ó 20 minutos de hablar, su esposo alcoholizado llega a la casa y con gestos de miedo y nerviosismo que no pude identificar en ese momento, la mujer me siguió contestando pero con menos fluidez.

Tarde fue el momento en que entendí su nerviosismo y le pregunte a la intérprete si creía conveniente retirarnos, pues el esposo salió varias veces a llamarla para que entrara en la casa. Sus hijos también mostraban un semblante de miedo, que no supe tontamente identificar. La intérprete me confirmó que nuestro retiro era lo mejor que podíamos hacer. Le dijimos que era mejor irnos y ella nos dijo que volviéramos al otro día cuando no estuviera su esposo. Llegamos al otro día y ella tenía moretones en los brazos y un ojo morado e hinchado. Nunca nos dijo que ya no quería hablar, sin embargo en las ocasiones que le buscamos, siempre se negó poniendo cualquier excusa. Ni siquiera quería que yo me acercara o que me vieran a su lado.

Las únicas ocasiones que dejaba que yo me le acercara o que cargara a su bebé para jugar con él, era en la casa materna. Asumo que se sentía segura al no estar a la vista de ninguna persona, fuera de las parteras con quien compartía el

---

<sup>68</sup> Habitante de San Cristóbal con ascendentes originarios originalmente de dicha población. En el capítulo etnográfico se amplía el significado del ser y comportarse como coletos o ladinos.

momento de la capacitación. Nunca más la busqué en su residencia y los espacios en los que le hable fueron exclusivamente en la casa materna, en donde ambas nos entendíamos a medias, yo por no hablar nada de tzotzil y ella nada más que un poco de español, sin embargo su amabilidad era evidente en estos espacios.

El hacer contacto con las mujeres embarazadas o madres no fue tan fácil como con las parteras. Este grupo de mujeres las busqué de manera personal o bien por medio del contacto de Carmen. Algunas de las entrevistas se hicieron incluso a finales de febrero e inicios de marzo de 2011, ya que fue el grupo que más dificultad representó para entrevistar. Las mujeres en la comunidad tienen un promedio de 5 hijos, además de tener que atender las labores domésticas u otras actividades que les generen ingreso como el del tejido, reduciendo así, el tiempo que podían dedicarme.

Muchas fueron las madres que no estuvieron interesadas y las que si lo estuvieron, no daban más que 15 ó 20 minutos de entrevista, por las razones ya descritas. Todas ellas son habitantes de la cabecera, a excepción de una madre, quien reside en el paraje de Nachitón, paraje perteneciente a la cabecera. Para llegar hacia dicha comunidad se nos hacía necesario caminar alrededor de 20 minutos o media hora. Debo de decir que la colaboración que me prestó y la forma en cómo lo hizo, es una de situaciones que me causó mayor admiración.

Ella tiene problemas de vista desde su nacimiento, teniendo una visión muy limitada. Al parecer esta condición le ha impedido caminar con seguridad fuera de las calles de la cabecera, sin embargo tengo la impresión que el hecho de que estuviéramos acompañadas una de la otra, le daba valor para transgredir límites que su familia le imponía por su discapacidad visual. Incluso ella quiso retarse a sí misma, el día que caminamos hasta una comunidad lejana, que representaba un riesgo por tener que caminar entre los cerros, pero que ella sugirió y se empeñó a realizarla, siendo el objetivo el buscar a una madre para entrevistarla.

Esto era una prueba muy valiosa para ella, pues nunca había caminado hacia esa comunidad por dos motivos. El primero, por ser comunidad autónoma zapatista

(ideas que ella no comparte) y la otra por su discapacidad. Situación que le liberaba por momentos, al sentirse que nadie le recordara su discapacidad y por tanto imposibilidad de realizar este viaje, situación que le generó orgullo. Vale decir que ambas formamos un vínculo de amistad muy fuerte, incluso con su familia, con la que compartimos muchas horas alrededor del fuego, cuando por mal clima nos fue imposible salir y trabajar.

### **Buscando al sector salud.**

Si bien ya se ha comentado que se buscó la autorización de la directora de la Jurisdicción, el acercamiento con los actores relacionados a la atención en salud en el ámbito institucional, tuvo diferentes formas de recepción. Desde aquellos que no quisieron ser entrevistados, hasta aquellos que con mucha amabilidad abrieron las puertas para que este estudio se pudiera llevar a cabo.

Fueron estos actores los primeros que se buscaron para realizar la investigación, contando con entrevistas que abarcan a personal administrativo, pasantes de medicina y enfermería, médicos u especialistas en otros ámbitos de atención en salud. De los mayores problemas que se presentaron en este ámbito fue que trabajadores institucionales me negaran el acceso a estadísticas básicas de morbi-mortalidad por aducir que estas tienen reserva, por ser datos relativos a mortalidad.

Sin embargo, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, incluyendo su reforma DOF 06-06-2006, permiten al acceso de datos públicos que no comprometan la seguridad nacional o la salud de las personas. El área de Salud Reproductiva de la Jurisdicción II de Salud, quien cuenta con estos datos, me negó la información aduciendo que “los investigadores solo buscaban hacerles daño”. Se me envió incluso a las oficinas centrales de la Secretaria de Salud del Estado de Chiapas (en Tuxtla Gutierrez), en donde el trámite fue más engorroso y nunca se dio respuesta. Al querer buscar una vía más directa de acceso a dicha información con una persona que contaba con dichos datos, me fueron ofrecidos únicamente a cambio de un favor sexual, descartando

definitivamente la posibilidad de obtenerlos por la vía directa institucional. Así pues, los roces con la jurisdicción en salud fueron constantes, lo que en alguna medida afectó el proceder de esta investigación.

### **3.2.3 Analizar y escribir.**

El campo se culminó en la primera quincena de diciembre de 2010, teniendo que regresar en Marzo de 2011 por ser pobre la información recolectada con las madres, en el trabajo de campo realizado el año anterior. Si bien en parte las transcripciones habían iniciado en diciembre, se alargaron durante los siguientes meses. Al mismo tiempo que se realizaban dichas transcripciones, se hizo una búsqueda intensiva de documentos para poder realizar el esquema teórico que sirviera para la parte destinada a este objetivo.

Si bien en la parte del anteproyecto se había buscado bibliografía y datos estadísticos, hemerográficos, electrónicos y otros, no fue hasta este momento que se realizó una búsqueda y lectura densa del tema a abarcar. Todos los documentos que refieren a la Secretaría de Salud, fueron encontrados en el portal electrónico de dicha institución, tanto a nivel Federal como Estatal. En cuanto a la búsqueda bibliográfica se buscó sobre todo en bibliotecas personales, y bibliotecas de instituciones, tales como el CIESAS<sup>69</sup> y el Instituto de Investigaciones Filológicas de la UNAM<sup>70</sup>, quien cuenta con un acervo específico del área maya.

Por medios electrónicos se buscaron documentos que abarcan literatura sobre el tema tanto a nivel nacional como internacional. Se indagó en los archivos electrónicos del diario La Jornada, noticias específicas sobre mortalidad materna en los Altos de Chiapas, el Hospital Básico Comunitario de San Andrés Larráinzar y el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas. La búsqueda se realizó especialmente en este diario, ya que da cobertura a este tipo de noticias. La cobertura noticiosa de las actividades de ambos hospitales, se encuentran siendo monitoreados por su búsqueda de la implementación de medidas

---

<sup>69</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

<sup>70</sup> Universidad Nacional Autónoma de México.

interculturales. También se buscó el Informe de Gobierno 2010 del Estado Chiapaneco.

Las entrevistas fueron transcritas también en este periodo, separando por categorías las respuestas, creando categorías amplias y sub-categorías que respondían a los objetivos planteados, dando pauta a la creación de la matriz, en la que se vaciaron los datos de forma manual. En la computadora, se perdieron varios audios de entrevistas. Este problema se superó por medio del diario de campo en donde se había escrito también lo esencial de las entrevistas. Con el producto disponible, se obtuvo el contenido para iniciar la escritura de los capítulos que comprende el presente documento. Todos los nombres que aparecen en la tesis han sido cambiados para mantener el anonimato de los actores participantes.

## **CAPITULO IV**

### **4. Embarazo, parto y puerperio en San Andrés:**

Para entender el embarazo, el parto y el puerperio, es necesario hacer relación a que este proceso, es parte del ciclo vital del ser humano; respondiendo al ciclo reproductivo femenino pero intrínseco en un proceso colectivo. La forma de atenderlo y afrontarlo, parte de acciones que responden a significados impregnados de las especificidades de las micro y macro regiones culturales en la cual se encuentren inscritos los individuos. Si se entiende que la cultura de los pueblos es dinámica, y se transforma de acuerdo con las necesidades de los mismos; podremos comprender que a pesar de los cambios, se mantiene un hilo histórico con elementos comunes persistentes en el tiempo, manteniendo elementos bases.

En el caso que remite a este trabajo, se ancla en los procesos de embarazo, parto y puerperio, así como la atención en el mismo. La zona maya como área cultural no encuentra límites en las fronteras de lo que hoy constituyen diferentes países. Esta área compartió elementos culturales a lo largo de la actual región sur de México, así como de los actuales países del norte centroamericano. Tanto en Tierras Altas como en Tierras Bajas Mayas con raíces históricas comunes en su representación y práctica social, ya que los dispositivos de transformación (cambios políticos, sociales culturales, económicos), también están asociados para toda el área, aunque no hayan sido los mismos.

San Andrés, como población enclavada en la zona cultural maya, remite las lógicas actuales del pensamiento cosmogónico y cosmológico<sup>71</sup>, de estas bases históricas. El proceso de embarazo, parto y puerperio, sus formas de atención, así como los actores involucrados, tienen correspondencia en el ámbito cultural a este pensamiento. Tanto los estudios clásicos como modernos, denotan la importancia que en la zona de los Altos, representa el ciclo reproductivo en la vida cotidiana comunitaria. Estudios referenciales sobre el tema en los Altos como los realizados



por Graciela Freyermuth, continúan posicionando la lógica de la etapa reproductiva como un período de vital importancia. Durante esta etapa se le da inicio a la adultez y por ende, la participación plena de los individuos en la vida y decisiones comunitarias (sobre todo en el caso de los hombres).

“En los Altos de Chiapas la reproducción es un elemento que permite a los individuos adquirir mayor poder y alcanzar el estado de adulto, lo que lleva a la posibilidad de tener acceso a puestos de poder comunitario e ir construyendo su independencia a mediano plazo” (Freyermuth, 2006:169).

El inicio de la etapa reproductiva de la mayoría de las mujeres de las comunidades en los Altos, se inicia a temprana edad. Montes y Freyermuth (2000), refieren que hasta hace poco, a los 15 años las mujeres se unían y tenían hijos<sup>72</sup>. Los jóvenes con los que se trabajó el cuestionario en la escuela secundaria de San Andrés, perciben que actualmente las mujeres tienden a unirse entre los 17 y los 18 años, mientras que en los hombres la edad varía entre los 17 y los 20 años. Según las autoridades escolares de la secundaria, es esta edad en la que la tasa de deserción escolar aumenta, aduciendo esta dinámica con el inicio de la vida en pareja de los jóvenes andreseros<sup>73</sup>.

#### **4.1 Embarazo, peligros y cuidados necesarios:**

La concepción de la polaridad frío-caliente/ fuerte- débil sigue estando presente no solo en San Andrés, sino en toda la zona maya<sup>74</sup>. Estas propiedades están otorgadas a los alimentos, a las enfermedades, a estados físicos, etc. Esta lógica la tenemos internalizada en nuestra forma de vida, tanto ladinos, mestizos como indígena, no escapando de esta clasificación el proceso reproductivo humano. El proceso de embarazo, del parto y del puerperio está enmarcado en estas

---

<sup>72</sup> Actualmente para el caso de la cabecera municipal de San Andrés y como lo demuestran las entrevistas y la observación realizada en campo, no es común que las parejas contraigan matrimonio por vía religiosa o legal, estas remiten a una unión de hecho.

<sup>73</sup> Diario de Campo. Marzo de 2011. Los jóvenes que colaboraron en esta investigación se encontraban cursando el tercero de secundaria con una edad entre los 14 y los 16 años, en la cual participaron 13 mujeres y 18 hombres.

<sup>74</sup> La bibliografía en este campo es abundante pero podemos ejemplificar con los estudios de Roberto Campos (1998), Groark (2005), Cominsky (1975), Ghidinelli (1984), Harman (1974), Page (2005), (Newswander et. al 1977) entre otros.

características, respondiendo el embarazo, a un estado caliente y fuerte “de sangre”.

En los Peligros del Alma de Guiteras (1965), la autora refiere sobre los cuidados en relación al proceso del embarazo. Menciona que la embarazada debe de seguir ciertos cuidados, no solo con ella misma, sino hacia las personas que le rodean. Un claro ejemplo del mismo es el poder “ojear”, que se les atribuye a los borrachos y a las embarazadas. El exceso de calor corporal y del “humor” puede provocar daños a aquellos considerados débiles. El caso de los bebés, se les considera aún como débiles y por tanto vulnerables ante la fortaleza de otros individuos. Es por ello que al recién nacido, no se le muestra en público y cuando se le saca, deben de llevar un amuleto, por ejemplo pulseras rojas. El rojo, color caliente, repele el calor generado por los individuos; a diferencia de las terapias, que son necesarias realizarlas por la ley de contrarios.

La anterior descripción responde a los cuidados que las futuras madres deben de tener hacia los otros, sin embargo ellas también por su estado, deben de contar con ciertas medidas preventivas para evitar enfermarse durante el proceso. Uno de los cuidados puede ser el no asistir a los funerales, ya que “las miasmas<sup>75</sup>” emanadas por el difunto, quien está en un estado frío, puede provocarles problemas en el embarazo o en el futuro parto.

“La madre en perspectiva, debe de hacer todo lo que esté a su alcance no solo para precaver del daño y asegurarle al feto un alumbramiento fácil, sino también para prevenir cualquier defecto físico que pueda afean a la criatura. También debe de tomar las precauciones necesarias para no dañar a los demás, a causa de su estado de calor excesivo, así mismo debe de evitar el contacto con lo que se considera frío, ya que esto prologa el esfuerzo del parto” (Guiteras, 1965:99)

Otras medidas como los rezos, son necesarias para contrarrestar daños de entes sobrenaturales. Estos rituales se realizan a nivel familiar, ayudados por la partera que le asiste su embarazo. En estos ritos preventivos, participan tanto la mujer, la partera como el esposo o la familia de este. Freyermuth (2006) afirma que el

---

<sup>75</sup> Según la definición del diccionario en línea de la Real Academia Española, miasma se define como “Efluvio maligno que, según se creía, desprendían cuerpos enfermos, materias corruptas o aguas estancadas.”

establecimiento de buenas relaciones con la familia política, es de vital importancia, ya que si es “una buena nuera”, recibirá atenciones y apoyo para el buen desarrollo del embarazo, el parto y el puerperio; siendo las últimas dos etapas, considerados estadios asociados a la debilidad, y por tanto; requieren de apoyo amplio.

La concepción de la “buena nuera”, está referida a la lógica de subordinación de la mujer frente al hombre y a la familia de este, la que responde a una sociedad en donde el patriarcado rige la forma de vida en los roles de género y etarios. Los roles de género femenino juega un papel subordinado, siendo también reproductora de esta práctica y representación, sin embargo esta subordinación también se relaciona con el rol etario. La mujer pasa a integrarse casi por completo a la familia del esposo, en donde tendrá que responder a esas formas de subordinación, relacionada al hecho de ser joven y “esposa del Hijo”. Es desde el ámbito masculino, que se regula la vida reproductiva de la mujer andresera.

Varios de los casos que analizaré posteriormente, responden a estas prácticas sociales que no son exclusivas ni de San Andrés, ni tampoco responden a esa sociedad sólo por el hecho de ser indígena; sino responde a la forma en cómo se ha construido estas relaciones sociales como ejercicio patriarcal en todo el país.

#### **4.2 La petición del “favor” a la partera.**

Las mujeres entrevistadas coinciden que la forma en cómo ellas se percatan del embarazo es la suspensión de la regla. Ante la interrupción de su ciclo menstrual puede haber dos acciones: Esperar un tiempo más para corroborar el embarazo o acudir al Centro de Salud para corroborarlo por medio de análisis, y así; empezar a dar seguimiento. De las mujeres que entrevisté beneficiarias del programa Oportunidades, la detección y corroboración fue en una etapa temprana, ya que ellas por obligación con el programa, requieren recibir consulta constante; de las restantes, la interrupción del período menstrual fue suficiente para corroborarlo. Es común que la asistencia de las mujeres al servicio de salud para revisión sea previa a la visita a la partera.

Es por ello, que las mujeres entrevistadas asistieron a la atención de la partera entre los 5 y los 7 meses de embarazo, quienes les dieron seguimiento hasta el parto. No obstante el llegar con la partera no tiene el mismo significado social que asistir a una consulta médica en la comunidad. El “pedir el favor” no implica un acto de consumo como se podría pensar al haber dinero de por medio. El acto de pedir el favor, cumple una función ritual al ser una actividad simbólica necesaria para la población, validada por medio de prácticas sociales. Por el hecho de que las parteras cuenten con el “don” para atender los partos y a pesar de que exista un intercambio en dinero o especie, el ejercicio de aceptar el trabajo por parte de la partera, aún parte desde elementos de reciprocidad mutua, entre partera y la familia de la embarazada.

Ella (la partera) es intermediaria en el conocimiento “otorgado” por revelación divina como un regalo y a cambio, tiene y debe ser utilizado a favor de la comunidad. Ya que es un honor haber sido elegida para el “trabajo o don”, ella tiene la obligación de utilizarlo para el servicio comunitario. La comunidad puede ser beneficiaria del conocimiento de la partera, pero al ser un favor deben reciprocidad, por lo que la entrega de regalos<sup>76</sup> se prologa a lo largo del período de atención que le otorga a la gestante.

El “pedir el favor” es el primer acercamiento de la pareja o la familia con la partera. Como lo demuestra la literatura y las entrevistas realizadas, esta visita no se da, sino hasta ya en una etapa avanzada de la gestación; aproximadamente a los 5 ó 6 meses. Las madres entrevistadas refieren que para elegir la partera, se requiere dos condiciones básicas: La de no tener un record negativo en el cuidado a las embarazadas atendidas y vivir cerca al local de residencia de la pareja. Una tercera condición que las mujeres entrevistadas refirieron en menor medida, fue la predilección a las parteras que son recomendadas por el servicio público de salud, ya que cumplen con las capacitaciones que les certifican frente a ese servicio.

---

<sup>76</sup> Los regalos pueden ser de muy distinta índole, encontrándose dinero, animales, aguas carbonatadas, licor. La cantidad de estos, depende sobre todo de “la voluntad” de los individuos, pero se espera que quien tenga mejores condiciones económicas, entregue mayor y mejor cantidad de obsequios.

Cuando se decide quién será la persona que llegará a pedirle a la partera que atienda a la mujer, es necesario hacer una petición formal. En esta etapa la familia del hombre o bien la pareja serán los encargados de realizar esta petición. Se debe de llevar ciertos obsequios que al aceptarse por la partera, se dará por cerrado el trato para atender el embarazo y el parto. Lo común que lleven los lugareños es refrescos y dinero.

“A veces viene junto a la pareja y dicen: Es que quiero platicar con usted -¿Qué desean saber?- El hombre es el que habla, -Es que vengo a pedirle un favor, que atienda a mi esposa porque está embarazada-. Algunas personas traen refrescos, algunas personas traen dinerito. Entonces ya vienen, se les soba, se les talla para ver si está acomodado”. (Entrevista P01)<sup>77</sup>

“Cuando la vienen a buscar, la saludan anteriormente y este..., los que son buenos como dice o algunos que nace de su voluntad, le deja 7 ó 6 refrescos dice, y le deja todavía como 20 pesos de dinero más, pero viene con la pareja. Cuando la vienen a visitar, la vienen a saludar y le vienen a decir que dice el esposo de la mujer pues: -Que mi mujer está esperando bebé, tiene molestias, le duele el estómago y no sé cómo estará. No sé si está atravesado o está mal puesto el bebé que tiene mi esposa, entonces le vengo a pedir favor, que le haga el favor de checar a su bebé.- Así, es lo que le viene a decir la pareja”. (Entrevista P03)<sup>78</sup>

El gusto por la bebida gaseosa de marca Coca Cola, es generalizada en México. El país se ubica como el mayor consumidor de dicha marca a nivel mundial y Chiapas, uno de los estados de mayor consumo de la bebida en el país<sup>79</sup>. Este elemento como un bien de consumo capitalista, ha suplantado objetos de intercambio tradicionales que no requerían de una compra-venta directa, sino estaban asociados con productos de autoconsumo y/o auto elaboración en las familias. Así pues, la Coca-Cola ha entrado a fungir como elemento central e

---

<sup>77</sup> Entrevista traducida in situ.

<sup>78</sup> Entrevista traducida in situ.

<sup>79</sup> Chiapas en Datos. Página web de SIPAZ (Servicio Internacional para la Paz), disponible en: [http://www.sipaz.org/data/chis\\_es\\_03.htm](http://www.sipaz.org/data/chis_es_03.htm), revisado el 16/11/2011.

imprescindible en los aspectos rituales, no solo de San Andrés, sino en toda la región de los Altos<sup>80</sup>.

“Los Altos de Chiapas son una región en donde la medicina indígena tradicional persiste y se utiliza comúnmente. Parte fundamental de esta terapéutica la integran las ceremonias rituales y los rezos. Hoy día podemos constatar cómo, la emblemática Coca Cola se ha convertido en un elemento ritual, tan o más importante que el “posh” (bebida sagrada elaborada tradicionalmente con la fermentación del maíz)”. (Maderas del Pueblo del Sureste A.C, 2007:5)

Jaime Page en su obra “El mandato de los Dioses” indica que una de las principales razones de la suplantación del pox y la Chicha (aguardiente) por el de las bebidas gaseosas, se encuentra influido por el ingreso del “protestantismo en la región y de la consecuente satanización del consumo de alcohol, aunado a las campañas antialcoholismo emprendidas por el estado” (2005:351).

#### **4.2.1 Empieza la intervención de la partera en la atención de la embarazada:**

Como se ha mencionado, las entrevistadas empezaron a asistir con la partera aproximadamente a los 6 meses. Los primeros meses que es cuando se presentan molestias como la náusea, no es necesaria la intervención de ella y se atienden las molestias dentro del ámbito doméstico. Se sabe que estas molestias son típicas del embarazo y que pasan después de un tiempo.

“Durante el embarazo se puede comer cualquier cosa, cualquier cosa que se le antoje, porque hay mujeres que cuando están ya embarazadas se les antoja comer carne a cada rato o comer fruta a cada rato, allí si no, allí si no; podemos comer cualquier cosa. Hay mujeres que en el embarazo les dan ganas de comer mucha fruta, les da náuseas. Allí es

---

<sup>80</sup> La Asociación Civil Maderas del Pueblo del Sureste, informa que el consumo de este producto incide en la salud de la población de forma directa e indirecta. En forma indirecta en cuanto que, para suplir de agua potable para la fabricación de la bebida, la transnacional emplea grandes cantidades de agua, por las que pagó una cantidad mínima de derechos a la Federación, apropiándose de grandes caudales de agua, que las comunidades requieren para consumo doméstico. Algunas de las comunidades han denunciado y actuado frente a este problema. Una investigación llevada a cabo por la CIEPAC, reveló que en la zona de los Altos, se tiene un gasto promedio del 17.5% del salario mínimo del jornal de trabajo agrícola, proyectando un gasto de 2555.00 pesos por año/individuo, estimando que para una familia con 3 miembros el gasto asciende a \$ 7,665. Documento disponible en red: <http://www.maderasdelpueblo.org.mx/archivos/pdf/AguayCocaColaenAltosChis..pdf>, revisado el 16/11/2011.

donde dejan de comer mucho y eso pasa tres meses, ya como a los tres meses empiezan a comer normal.” (Entrevista M01)

Mientras tanto siguen cuidándose de trabajos pesados y otras cosas que puedan producirles malestares, sin embargo a los 5 o 6 meses el bebé ha crecido lo suficiente para crear ciertas molestias en las mujeres cuando este se mueve. La terapia que aplica la partera con mayor regularidad es el masaje denominado “tallada”, sin embargo también tiene capacidad para llevar a cabo rituales que busquen la protección ante la enfermedad o bien la terapia si presentan algún padecimiento.

La partera también suele recomendar a la pareja que las actividades que realizan las embarazadas deben de mermar. Si estas actividades siguen con la misma intensidad, la mujer es proclive a presentar complicaciones. Así mismo, la partera aconseja sobre lo que pueden o no comer y de otros cuidados que requieren. Sin embargo, el trabajo de la mujer no merma del todo, por lo que es necesario que tenga cuidados sobre todo en lo relativo a los trabajos pesados, ya que son estos, los que pueden provocar ciertos problemas.

Dentro de las representaciones de la corporalidad, existe una movilidad bio-mecánica, por ende algunos órganos por diversos motivos pueden presentar movilidad y por ello, es necesario devolverles a su lugar por medio de la manipulación externa en forma de masaje; conocimiento y capacidad con el que cuentan las parteras para realizarlo. Las antiguas prácticas de las “comadronas”, se encuentran antecedentes vigentes aún de estas formas de atención: *“También palpaban el útero y si encontraban que el producto era transverso, trataba de colocarlo cefálico por maniobras externas”* (Paredes y otros,1997). Estos masajes inciden directamente en el comportamiento fisiológico de la embarazada. Desde algunas ramas de la biomedicina y de la medicina alternativa, se han realizado investigaciones que tratan de explicar dentro de su campo de estudio la ventaja de dicha manipulación.

“Nabb et al. pretendieron investigar la efectividad del masaje de la zona lumbopélvica en la disminución del dolor durante el parto. La intervención se diseñó a la luz de resultados

experimentales que afirmaban que la repetición de sesiones de masaje durante 14 días elevaba el umbral del dolor por una interacción entre la oxitocina y las neuronas opioides. La estimulación mediante un repetido masaje induce efectos a largo plazo en la nocicepción gracias a la contribución de los mecanismos dependientes de la oxitocina". (Romero y Jiménez, 2010:126)

Para Paola Vernaza, el masaje no solo funciona a través de lo físico, sino que al tener contacto piel- manos, este se convierte en una especie de lenguaje, que a su vez funciona como activador afectivo que incide también en el ámbito psicológico.

Canamasas describe cómo la colocación de las manos, sobre el cuerpo de un paciente o sobre una persona sana se puede convertir en un rito: las manos consideradas como una extensión del cerebro son las que perciben, sienten, acarician, aman, protegen y conocen, manos con todas las bondades y maldades finalmente manos humanas encargadas de tratar al hombre-mujer/paciente, es por ello que durante la aplicación de un masaje se puede lograr un efecto fisiológico y psicológico.

...Se pueden enumerar algunos de los efectos generales que tiene el masaje sobre el cuerpo humano: aumento de la temperatura de la piel, mejoramiento de la circulación periférica, disuelve las adherencias, disminuye la tumefacción, distiende los músculos y tendones contraídos, seda y relaja el sistema nerviosos central, según la técnica que se aplique puede estimular o sedar el sistema nerviosos periférico, y/o estimular o relajar la musculatura esquelética

...Field y colaboradores informaron sobre el efecto del masaje lumbosacro en las gestantes. El ensayo clínico aleatorizado permitió a un grupo de 20 gestantes participar en un grupo de terapia de masaje y a otras 20 gestantes participar en un grupo donde la técnica empleada era la relajación. Las participantes del grupo de la terapia del masaje recibieron 20 sesiones durante 16 semanas del embarazo, comenzando a partir del 2° trimestre. Al grupo de la relajación se proveyó de sesiones progresivas de relajación muscular en el mismo tiempo. Inmediatamente después de las sesiones de la terapia del masaje las mujeres divulgaron niveles inferiores de ansiedad y menos dolor de espalda. Para el final del estudio el grupo del masaje tenía niveles más altos de la dopamina y serotonina y niveles inferiores de cortisol y del norepinefrina<sup>81</sup> (Vernaza, 2007:1-5).

A pesar de que son varios los estudios que intentan dar a conocer desde el aspecto biomédico los beneficios de recibir masajes durante el embarazo, incluso

---

<sup>81</sup> La liberación de estas dos últimas está asociado con el aumento del estrés.



durante el parto o posterior al mismo, ninguno de los artículos a los que tuve acceso refiere la posibilidad de acomodar el feto en el vientre materno. Las parteras, además de realizar los masajes, saben realizar esta maniobra para asegurarse la correcta posición (cefálica) del producto durante el parto.

“Los masajes para acomodar al bebé pues, que esté en su lugar. Y porque a veces se mete en un rincón en donde molesta y eso es dónde lo acomodan. Si, es incómodo pues, es la partera quien lo acomoda y lo pone otra vez en su lugar” (entrevista M03)

Aún así, las parteras siempre han conocido las ventajas de los masajes, sin que desde la biomedicina les sea catalogado su trabajo como positivo o inocuo. Algunos de los trabajadores de salud que laboran en el área (hospital y centro de salud), desconocen la racionalidad detrás de las denominadas “talladas” y los beneficios que estos proveen a la embarazada. Para ellos, no cumple más que una función de racionalidad cultural, aduciendo que estos son parte de los “usos y costumbres<sup>82</sup>” de la población.

Las parteras siguen dándoles seguimiento a las mujeres embarazadas hasta antes del parto. Con regularidad tallan a las mujeres cada 15 días o cada mes. Cuando se acerca el nacimiento del niño, esta se acercará a la casa por lo menos una vez por semana para asegurarse la correcta posición del niño, dar alivio a las incomodidades físicas (dolor de espalda), así como descartar complicaciones en el parto.

### **4.3 El parto.**

Elsa Andina (2002:65) refiere que un parto se divide en 2 fases: la fase I o y la fase II o activa. La primera “ocurre al final del embarazo hasta inicio de las contracciones del trabajo de parto”, mientras la fase II se subdivide en 3 períodos. En el *primer período* se inicia con el trabajo de parto “las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa” (ibid), Ya

---

<sup>82</sup> Este término hace referencia a la forma en cómo ellos reconocen las prácticas sociales de los actores con los cuales tienen contacto, asociándolo totalmente con lo cultural. Muchas veces este término pareciera ser usado para desprestigiar las prácticas con un aspecto negativo, dándole un significado de “atraso cultural”

teniendo el cuello uterino completamente dilatado, se da inicio al *segundo período*, el cual culmina con la expulsión del feto. *El tercer y último período* del parto da inicio con la expulsión fetal y culmina con el alumbramiento.

Es durante la primera etapa en donde la familia de la embarazada llama a la partera. Las parteras en su jardín, normalmente cuentan con las plantas medicinales que recolectarán en ese momento y ocuparán con las mujeres. En cada etapa del parto, evalúan el normal desarrollo del mismo, e irán administrando dependiendo de las necesidades, los diferentes preparados de plantas medicinales. Algunas de las plantas que no tienen sembradas en sus jardines, son fácilmente recolectadas en el camino, en los jardines de otras personas o bien comprados en el mercado, aunque esto último es lo menos común.

Es necesario que la familia junte agua, y el fuego esté encendido todo el tiempo en el cuarto en donde se realizará el parto. Para mantener el fuego encendido, se hace uso de los anafres<sup>83</sup>, dando al ambiente un clima cálido. Cabe recordar que si el embarazo es catalogado como un estado caliente, el parto se convierte en un estado frío, por lo que la forma de atender, los implementos y plantas que se utilicen, deben de tener características “calientes”<sup>84</sup>.

Sin embargo la partera no solo recurre a este tipo de recursos, los rezos que hace durante este período son para ella, también de vital importancia. Por medio de ellos busca proteger a la mujer y el buen desarrollo del trabajo de parto, a través de las actividades en las que la partera participa. Inicia el rezo desde la preparación de los tés que le da a beber a la mujer y se prolonga durante el tiempo que le de atención en el parto.

“Primero se le pide a Dios padre porque salga bien el trabajo y después se le dan plantas para ayudarla. Cuando ya está con el dolor la mujer, cuando ya está a punto de dar a luz, lo que hace ella es rezar, pedir a Dios junto le de alivio a su hija, porque ella está sufriendo. Y en eso que está rezando, le hace sus tesitos. Mixto<sup>85</sup>, hierba de estrella<sup>86</sup>, ese es el té que le

---

<sup>83</sup> Pequeña estufa de carbón portátil.

<sup>84</sup> Diario de campo

<sup>85</sup> Se pronuncia “mishto”

da para que tome la señora antes de que empiece a parir. Y antes de que dé a luz, ella está rezando de que su hija pronto le de alivio, que nazca pronto el bebé y todo eso. Pero no enfrente de la señora, sino desde su corazón. (Entrevista P03)

En el momento del parto, es necesario que las parturientas se hagan acompañar de alguno de sus familiares. Puede ser el esposo, la madre, la suegra o las cuñadas. Las mujeres no paren acostadas, sino vestidas y de rodillas, quedando el esposo por detrás, sujetándole la cintura. La partera, colocándose por detrás de la parturienta, recibe al niño para que no caiga en el suelo<sup>87</sup>. Montes y Freyermuth (2000) refieren que las mujeres de la zona, no muestran sus genitales, estando durante el proceso del parto vestidas.

Cuando termina el período expulsivo y se da el alumbramiento, el niño es cuidado por la partera, al que limpia rápidamente antes de cortar el cordón umbilical. Ya ha cortado el cordón, toma la placenta y se la entrega al padre, quien ya abrió un hoyo de unos diez centímetros<sup>88</sup>, en el patio de la casa para depositarla. La partera realizará algún ritual con el fin de proteger a la madre y al recién nacido. Mientras tanto la familia ya ha empezado a preparar los alimentos que posteriormente comerán en familia, dándosele a la madre, caldo de pollo o gallina para calentarla. Las parteras comúnmente no van solas a atender los partos, les acompaña algún miembro de su familia, una de las entrevistadas (doña Jacinta)<sup>89</sup>, refiere que le acompañaba su hijo varón, pero por lo general son mujeres.

“Cuando ya nació el bebé, lo que hace ella es que lo levanta con un trapo con mucho cuidado, agarra y deja un poco de cordón umbilical y le deja allí un pedazo, porque puede entrar agua hasta adentro, porque lo tiene que bañar, en ese ratito se baña. Le echan agua, le echan jabón, lo desaguan, lo envuelven bien y ya cortan bien el cordón umbilical. Cuando ya se bañó el bebé, ya está bien envuelto en la colchita, ya la mamá se acuesta junto al bebé y ya están allí los dos. Entonces viene ella y ya la barre con el pollo, y ya que la barrió la comadrona, ya le empiezan a matar el pollo. El mismo pollo es el que se mata. Ella

---

<sup>86</sup> Estas dos plantas son ampliamente utilizadas por las parteras entrevistadas para acelerar los partos (no logré identificar científicamente la planta) Las parteras no hacen uso exclusivo de las plantas medicinales. Sintetizan conocimientos adquiridos de medicamentos y plantas medicinales, tanto en el ámbito ancestral como del biomédico. Un ejemplo es el uso de la oxitocina para agilizar el trabajo de parto.

<sup>87</sup> Entrevista P03

<sup>88</sup> Entrevista P03, P01, Diario de campo noviembre 2010-

<sup>89</sup> Entrevista P04.

mientras está preparando la comida ella le da su refresco [a la partera], ya está cansada, ya no tiene fuerza, entonces le dan su refresco, pura Coca Cola. Ya sea la suegra, ya sea la cuñada o la mamá, ellas se encargan ya de hacer la comida. Ya ella se queda también para la comida". (Entrevista P03)

#### **4.4 Cuidados en el puerperio:**

Después que la partera ha atendido y han comido, se le empieza a dar consejos. Si es primeriza, los consejos serán ampliamente abordados. Lo referente al trabajo está relacionado a no cargar cosas pesadas, ni esforzarse en estar caminando en exceso, no lavar ropa<sup>90</sup> (razón por la cual la partera se queda haciendo este oficio por un tiempo). Al igual que el parto, el puerperio es considerado un estado frío, por ello la dieta está basada en la lógica de restablecer el equilibrio, por ende los alimentos tienen que ser calientes; el mutilá (hierba mora)<sup>91</sup>, los caldos de res y pollo (animales calientes) así como ciertas verduras son algunos de estos alimentos. Dentro de los alimentos necesarios para la producción de leche se requiere de tomar ciertos atoles (maíz, atol, haba y otros cereales).

A la puérpera se le recomienda evitar alimentos fríos como la carne de cerdo, de jolote<sup>92</sup>, pescado, chayote entre otros. Se cree que si se consumen alimentos de origen frío, estos pueden provocar ciertos padecimientos no deseados en el puerperio, como lo es el sangrado excesivo durante esta etapa. El protegerse del clima también es importante, ya que un padecimiento no deseado es el enfriamiento de matriz o dejar de producir leche. Por ello, es necesario que se cuide de los aires, de tocar agua fría y taparse lo suficiente para no perder el calor del cuerpo.

Cuando se ha logrado la expulsión, la madre se pone de pie, va a su lecho, se cambia la ropa y se acuesta. Luego, la partera le venda el vientre con fuerza. El vendaje de quince centímetros de ancho se hace con una gran pieza rectangular de muselina, doblada rectangularmente varias veces. La madre de Manuela, una

---

<sup>90</sup> Entrevista M01

<sup>91</sup> *Solanum Americanum Solanaceae*

<sup>92</sup> Guajolote de traspatio. Nombre científico: *Meleagris gallopavo gallopavo*

de las mujeres entrevistadas, refirió que este vendaje era necesario para evitar el *me' vinik* o “alteración”

“Después de que nació, ya se le vendó para que no se le subiera la alteración.

¿Qué es la alteración?

Es algo que tenemos aquí en el ombligo que brinca y brinca y brinca. Es la alteración, solo que en el caso de ellas que se acababa de aliviar, se le puede venir hasta acá, debajo de las costillas, en la boca del estómago y se le puede subir. Si se le sube a esa mujer, se puede hasta morir, puede tener hasta dolor de cabeza y se puede llegar a morir. Es peligroso con las mujeres embarazadas. Por eso agarró su mamá y la vendó. Le dio la vuelta a la manta, lo apretó bien, no como una venda pues, pero es como si la vendaran. Tiene que tenerlo por más de 15 días y después se quita.” (entrevista M01<sup>93</sup>).

Dentro de las representaciones de corporeidad en los grupos indígenas y no indígenas mesoamericanos, existe sentido de la salud por medio del equilibrio, por lo que es necesario evitar un desajuste. Si se perdiera el equilibrio, es necesario restablecer el cuerpo al estado natural, ya que cada órgano tiene su lugar en el cuerpo. Estas ideas pueden discrepar con las lógicas biomédicas de corporeidad y por tanto, con las lógicas de atención y terapias frente a los padecimientos y enfermedades. El embarazo rompe con ese equilibrio y por tanto, los cuidados durante el embarazo y posterior al parto remiten en muchas ocasiones a restablecer este equilibrio. Se maneja así la idea que los diversos órganos pueden perder el equilibrio bio-mecánico, pudiendo subir, bajar, ladearse, darse vuelta, etc.

El padecimiento del *me'vinik* es un ejemplo de cómo puede alterarse el equilibrio de algunos órganos, produciendo enfermedades. El *me'vinik* para los tzotziles, se refiere tanto al órgano que se encuentra ubicado atrás del ombligo, el cual es fácilmente identificable por un constante palpar, así como la enfermedad que resulta de la alteración a causa del movimiento ascendente de dicho órgano. Si dicha enfermedad no se trata, deviene la muerte del enfermo<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> Entrevista traducida de tzotzil a Español in situ.

<sup>94</sup> Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana. Apartado Tzotziles. disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=tzotzil&demanda=me'\vinik&orden=14&cv=m#demanda>.

Teniendo en cuenta que la lógica del padecimiento descrito como “la alteración” o *me’vinik*<sup>95</sup> refiere a pérdida del equilibrio a nivel del área del abdomen, puede esta condición llegar a padecerla la recién parida fácilmente, ya que al haber sufrido el movimiento del área del vientre y el estómago, se encuentra vulnerable. En las representaciones del cuerpo dentro del área mayense, se ubica en un mismo espacio el conjunto estómago/corazón/útero alrededor del área umbilical. En el capítulo etnográfico se ha abordado sobre la idea del orden del plano cósmico en los mayas en el cual, la ceiba es el centro del mismo. Villa Rojas refiere que en la estructura del cuerpo, se replica la estructura cósmica, siendo el centro rector el área abdominal (Hirose, 2008:13); por lo que esta región corporal, se conforma como uno de los centros energéticos de mayor relevancia asociado a la vida. (Espinoza, 1999).

Las parteras suelen dentro de sus labores, ayudar a la puérpera en las labores del hogar para cuidarles de los daños por trabajos fuerte. Doña Ignacia, una de las parteras, refirió que se queda ayudando por 3 días a la puérpera, en donde parte de su trabajo implica lavar la ropa. Antes esta práctica era común, incluso no salían de la casa en donde había atendido a la mujer, ya que colaboraban con las actividades de limpieza de la casa supliendo a la mujer que atendió. Actualmente, las parteras me refirieron que no hacen ese trabajo, pero si acuden al otro día para saber el estado de salud de la madre, dando solución en caso de alguna complicación.

El tiempo de cuidados que una puérpera debe quedarse descansando es de aproximadamente 20 días según las costumbres. Estos 20 días solo lo pueden seguir las primerizas o bien las mujeres que cuentan con una red amplia de apoyo para las labores domésticas. Es por ello, que muchas mujeres ven reducido su período de descanso a 15 días máximo, pues deben cuidar a sus otros hijos y las labores que hacía antes del parto.

---

<sup>95</sup> Dicho padecimiento también lo refiere William Holland en “Medicina maya en los Altos de Chiapas” p. 271 y Jaime Page en “El mandato de los dioses” p. 232.

#### **4.5 El oficio de la partería en San Andrés:**

La mayoría de mujeres que han practicado ceremonias curativas, a través de los siglos en México, no ha tenido educación formal para conocer las terapias, la medicina o los rituales a utilizar; ya que este no es una instrucción formal sino parte de la información y códigos culturales que se aprenden por medio de la oralidad, estando el conocimiento y formación de las parteras dentro de este ámbito. Comienzan a practicar con ellas mismas o en sus propias familias, es después de mucho tiempo, cuando llegan a tener reputación por su eficiencia, que empiezan a llegar los pedidos de ayuda de los vecinos y otros miembros de la comunidad.

Actualmente dentro del censo que tienen en el centro de salud, contabilizan 10 parteras de las cuales, cuatro se encuentran en la cabecera municipal<sup>96</sup>. En la gráfica se muestra el resultado de preguntarle a 32 chicos de secundaria ¿Con quién se atiende tu madre los partos?, de los cuales 29 contestaron que en casa por la partera, 1 persona contestó que con la partera pero fuera de su casa y uno más contestó que su madre recibió atención del personal del centro de salud en conjunto con la partera. Ninguno de los niños refirió que sus madres se hayan atendido en el hospital o por medio de médico privado, lo que nos indica una prevalencia a la preferencia de atención del embarazo y parto por medio de la partera.

Del mismo modo, de las 7 madres entrevistadas, solamente 2 habían decidido atender su parto en hospital. Esto quiere decir que, a pesar de contar con un hospital en donde puedan ser atendidas desde el ámbito biomédico, las mujeres encuentran mayor comodidad y confianza en ser atendidas en su hogar, cerca de las personas conocidas y con el apoyo de la partera. Por ello, es difícil creer que para todo el municipio existan solamente 10 parteras. Dentro del trabajo realizado en la cabecera, supe de la existencia de por lo menos 4 parteras más que no están siendo capacitadas por la Secretaría, y se refirió varias veces que son las

---

<sup>96</sup> Diario de campo septiembre 2010

madres o las abuelas quienes también colaboran para atender los partos, pero lo esconden del centro de salud por temor a represalias.

Si para la cabecera la búsqueda de atención para el parto tiene estas características, es posible pensar que por lo menos el 80% de los nacimientos podrían llegar a ser atendidos por parteras; por tanto en los lugares más lejanos en donde no hay instalaciones del servicio de salud, el porcentaje de la atención por medio de parteras es mayor. La existencia de clínicas u hospitales no incide en una mayor búsqueda por las mujeres de atención en dichos espacios de salud pública en lo que refiere al parto, aunque si es un espacio que buscan para la atención del embarazo, en el caso de la cabecera. En estas razones, radica la importancia de este personaje en las comunidades, ya que en ellas se deposita confianza que resulta en un alto estatus comunitario, al igual que otros terapeutas comunitarios.

#### **4.5.1 Sobre el sueño y el inicio de ser partera.**

Doña Flor, doña Juana, doña María, doña Jacinta, doña Ignacia y doña José, todas ellas parteras compartieron sus experiencias sobre el atender a las mujeres, pero también sus historias de la forma en cómo se iniciaron en la partería y la labor que han tenido hasta el momento. Sus edades varían mucho, van desde los 38 años hasta los 74. Muchas de ellas no tienen educación formal o bien tienen una baja escolaridad. No recuerdan la cantidad de mujeres que han atendido, relatando únicamente que “son muchas”.

Tienen múltiples funciones como curadoras, que no se reducen únicamente a la atención del embarazo y parto de las mujeres ya que tienden a curar otros padecimientos y enfermedades. Estos pueden abarcar aquellos relacionados con niños y otros padecimientos de mujeres que no están relacionados al embarazo y parto, pero si a la salud reproductiva de la mujer. Doña María cuenta que además de la partería, tuvo la suerte de heredar el trabajo de su mamá, la cual era huesera.



El trabajo de la partería lo comparten junto con el atender las labores domésticas y en sus ratos descanso, bordando para la venta de textiles a turistas. Varias de ellas se han unido a alguna cooperativa textil, que en muchos casos, constituye su fuente de ingresos monetarios. La mayoría de ellas enviudaron, solamente doña Juana y doña Jose se encuentran casadas. Doña Juana ha presentado problemas por ser partera, ya que a su esposo no le gusta que salga, pero afirma: "es un trabajo que ella debe hacer". Doña Jose por el contrario, tiene el total apoyo de su esposo, incluso le acompaña cuando debe de salir de la comunidad (un paraje de Aldama) para referir a las mujeres al hospital de San Andrés.

Todas ellas iniciaron a atender a personas ajenas de la familia, entre los 20 y los 25 años. El reconocimiento proviene de la fama de atenderse bien a ellas mismas o a la familia. Son aproximadamente 5 años antes, que ellas inician la atención a nivel doméstico y después de por lo menos su primer hijo

Los sueños aparecen tiempo antes de que ellas se animen a atender a las personas de la familia. Estos sueños les llevarán a recibir el don, elemento importante para su iniciación en la partería. De las parteras con las que se tuvo contacto constante, solamente doña Jose dice no haber soñado nunca, adquiriendo su conocimiento exclusivamente desde el ámbito biomédico, ya que al laborar con una médica, ella le enseñó su oficio.

El sueño como elemento simbólico en la iniciación hacia la capacidad curativa y ceremonial, es una constante no solo en las parteras, sino en general de los curadores. Es por medio de ellos que son requeridos y también refieren que por medio de los sueños es que aprenden la forma de utilización de las medicinas, las terapias, reconocer malestares, etc.

"En general la primera indicación que una persona tiene, que él o ella está destinado/ a convertirse en un chamán, es que aparece una figura poderosa en un sueño, anunciando que el individuo debe comenzar a aprender el oficio. El soñador frecuentemente ignora el mensaje, pero sueños similares reaparecen." (Tedlock, 1992:456)

Todas las parteras con las que se trabajó<sup>97</sup>, refieren haber obtenido su “regalo o su trabajo” a través de los sueños. Estos sueños pueden empezar desde muy niñas o bien en su etapa de juventud. Isabel, hija de doña Jacinta; reconoce que ella ha empezado a soñar desde ya (12 años), a pesar de que su madre no le cree. Isabel es la que se encarga de acompañar siempre a su madre para asistirle en los partos que atiende, pues tiene ya una edad muy avanzada.

En investigaciones en las que he participado dentro de la Universidad de San Carlos de Guatemala<sup>98</sup>, así como en la presente investigación, se han hallado narraciones sobre la aparición de personajes (hombres o mujeres en varias ocasiones anciana/os) vestidos de blanco dentro de los sueños, como principales iniciadores de la curación. Son ellos quienes les hablan y les enseñan, también son ellos los que les regañan y se enojan si no toman el trabajo.

La referencia al anciano, como alguien dotado de sabiduría, capacidad altamente valorada incluso por los mayas contemporáneos, se asocia con la experiencia adquirida con el paso de los años. Esta experiencia les da la autoridad para dar consejo a los jóvenes.

El enfermar o soñar enfermedad es también recurrente en los relatos de las parteras. Ellas admiten que si no hacen caso a sus sueños, en donde les están dando el don, llegarán a enfermar o hasta morir si no empiezan a ayudar a la gente. Los personajes tienen también esa dualidad, el de hacer el bien o el mal. Si obedece el designio, ellos le ayudarán con benevolencia a aprender por medio de los sueños todo lo relativo a su trabajo, pero se enojarán y les enviarán enfermedades, incluso la muerte, si desobedecen y se resisten a los deseos de estos personajes.

“De la forma en cómo ella aprendió a atender sus partos, también fue durante el sueño. Le dijeron que tenía que tocarse el estómago. En el sueño le dijeron cómo tenía que tocarse y

---

<sup>97</sup> A excepción de Jose

<sup>98</sup> Investigaciones realizadas con parteras de las zonas indígenas mayas y xincas, co-financiadas por el Instituto de Estudios Interétnicos y la Dirección General de Investigación, ambas instituciones pertenecientes a la Universidad de San Carlos de Guatemala, así también de la Universidad de Trömsö, Noruega, bajo la dirección de la Dra. María Teresa Mosquera Saravia.

que era lo que tenía que sentir, cómo tenía que tocar a la señora para componer al niño. No ha tenido ninguna pariente que sea partera, ella aprendió con el sueño y con sus propios hijos”<sup>99</sup>

“Cuando ella soñó ya había tenido su segundo hijo. Tenía 23 años para ese entonces y a los 25 años, salió a atender a persona ajena que la vino a buscar a su casa. No la conocía. En su sueño, se le apareció un hombre vestido de blanco. En su sueño ella se sentía muy enferma, pero el hombre le decía: No te vas a enfermar, porque vas a ayudar a las personas que están embarazadas. Dentro del mismo sueño le decían: “Por favor, acepta con felicidad este regalo”.<sup>100</sup>

Los sueños pueden seguir apareciendo hasta que la futura partera haga caso al llamado, sin embargo en algunas ocasiones, siguen toda su vida, en donde se les revelan incluso las personas exactas que vendrán a pedirles que les haga “el favor de atender”

Page hace referencia de la importancia de los espacios oníricos para otorgar “el cargo”, y el mandato ayudar a su pueblo, por medio de aplicar sus conocimientos con fines terapéuticos, sin embargo puede adquirirse estos conocimientos también, por medio de la herencia o bien del acompañamiento a curadores (2005:290-310) y que generalmente están en estrecha combinación, como lo demuestran las entrevistas a las parteras.

---

<sup>99</sup> Ibid.

<sup>100</sup> Entrevista P04.

## CAPÍTULO V

### 5. De la palabra a la acción. ¿Se aplican las políticas interculturales en salud en San Andrés?

Desde 1950, los Organismos Internacionales, habían marcado líneas de acción para atender la desigualdad en las mujeres, desencadenándose así en la década de 1970 una serie de acciones con el objetivo de visibilizar y atender su situación de vulnerabilidad, en especial de aquellas que vivían en países con bajo desarrollo económico-social. Estos convenios y acciones tenían entre sus ejes transversales el componente de la salud reproductiva y derechos, convirtiendo al período denominado como “Década de la Mujer” comprendido entre los años de 1976 a 1986, de vital importancia para la creación de políticas internacionales y nacionales. México como signatario se comprometía a aplicarlos en su legislación y crear acciones para alcanzar metas aplicadas a este sector de la población. (Freyermuth, 2003:41-42)

Al ser signatario, México se ve obligado a aplicar acciones para la generación de políticas a nivel nacional y estatal, con el fin de impactar en el desarrollo de la población mexicana. En el siguiente cuadro se pueden encontrar algunos marcos internacionales que dieron pie a que en el estado de Chiapas, se realizaran acciones en el ámbito gubernamental, así como en el de organizaciones no gubernamentales buscando mejoras en la atención en salud a las mujeres chiapanecas<sup>101</sup>:

Cuadro No.7. Acuerdos Internacionales y Nacionales.

NIVEL INTERNACIONAL		
AÑO	ORGANISMO	TEMA ABORDADO
1946	ONU	Crea comisión para atención del tema “mujer”
1976	ONU	Creación del Fondo de de Desarrollo de la Naciones

<sup>101</sup> Cuadro realizado en base a información de Freyermuth 2003, Secretaria de Salud 2002, Starrs 2006, Bissel 2009.

		Unidas para la Mujer. En especial para zonas con subdesarrollo socio- económico.
1975	ONU	Año internacional de la Mujer. Contribuir con esfuerzos para la reforma de leyes, medidas correctoras de desigualdad entre géneros. En especial para zonas con subdesarrollo socio- económico.
1975-1986	ONU	Década de la mujer. Se firman derechos relacionados con la salud reproductiva y maternidad.
1987	ONU	Iniciativa de maternidad sin riesgo. Conferencia de Nairobi, Kenia. (Evento que marca el final de la década de la mujer). Da la pauta para marcos de acción respecto a derechos de la mujer.
1994	ONU	Conferencia de población en el Cairo Egipto. Se incluye dentro de la agenda, también la preocupación de la salud reproductiva.
2000	PNUD	“Declaración del Milenio” y la creación de los Objetivos del Milenio (resolución 55/2): Insta a alcanzar 8 objetivos de Desarrollo Humano para el 2015. El objetivo 5, refiere a salud materna, aunque todos se interrelacionan. En el Objetivo 5, se exhorta a mejorar la salud materna, establece metas e indicadores con el fin de medir avances. Entre ellas, la reducción de muertes maternas en un 75% entre 1990 y 2015. En el 2005, se incluye una segunda meta en este objetivo, el cual refiere al acceso universal a la salud reproductiva, con indicadores como: Uso de anticonceptivos, tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes, cobertura de cuidado prenatal entre otras.

<b>Chiapas</b>		
Década de los 1950 a 1970	INI	Control de enfermedades, vacunación, campañas de saneamiento ambiental e higiene
Década de los 80	Gobierno de Estado	Inicia a reconocer problema de mortalidad materna. Se menciona en programas de gobierno 1982-1988 y 1988-1994. Recursos de salud materna canalizados en su mayoría para el Programa de Planificación Familiar en los 90 con mayor fuerza se impulsa esta medida
1992-1995	Gobierno de Estado	Se invisibiliza en el discurso gubernamental de nuevo la mortalidad materna como asunto de atención prioritaria.
1992	Sandra Reyes Faustro	Divide el país en 4 regiones con baja, mediana, alta y muy alta mortalidad. Chiapas se posiciona en el último.
1993	Comité por una Maternidad sin Riesgo	Contribuir al abatimiento de la mortalidad materna. Se realiza en México la 1ra. Conferencia sobre maternidad sin Riesgos creando la "Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos" y crean el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR). <sup>102</sup>
2001-2006	Programa de Salud Nacional. Gobierno Federal	Creación de programa "Arranque parejo en la vida". Búsqueda de cobertura universal, Condiciones igualitarias en la atención en atención del embarazo, parto y puerperio.
2011	Congreso Estatal de Chiapas	Incorporación de los Objetivos del Milenio en la Constitución.

<sup>102</sup> <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/mortalidad-materna>

## **. 5.1 Los espacios físicos de la Secretaría de Salud, para otorgar servicios de salud pública en San Andrés:**

Chiapas se compone de 9 regiones<sup>103</sup>, perteneciendo San Andrés a la región II correspondiente a los Altos de Chiapas<sup>104</sup>, el área con mayor cantidad de población indígena del Estado y con menor IDH en el país<sup>105</sup>. El cuarto informe de gobierno del año 2010 refiere que el presupuesto para el rubro de salud era de 7,939,438,656.56 de pesos, siendo el segundo rubro más alto en el presupuesto de Chiapas, después del destinado a educación. Para el 30 de septiembre de 2010, el gasto proyectado para el municipio era de 5,311,553.15<sup>106</sup>; que según el informe, fue utilizado casi en su totalidad para equipamiento y funcionamiento del hospital.

Coexisten en el municipio, la prestación de atención en salud de los diversos seguros sociales, además del servicio que presta la Secretaría de Salud; sin embargo los derechohabientes son una minoría. Al 31 de diciembre de 2009, el Instituto de Salud reportaba solamente 4 derechohabientes del ISSTECH<sup>107</sup>, mientras que para el Seguro Popular, presente en el municipio desde 2005; se tienen registros de 7300 familias con cobertura, con una composición promedio de 5 integrantes. De esas 7300 familias del municipio, 921 familias son las que cuentan con seguro popular en la cabecera municipal.

---

<sup>103</sup> I Centro, II Altos, III Fronteriza, IV Frailesca, V Norte, VI Selva, VII Sierra, VIII Soconusco, IX Istmo-Costa.

<sup>104</sup> Esta región está compuesta por los municipios de Aldama, Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenaló, Huixtán, Larráinzar, Las Rosas, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de las Casas, Santiago el Pinar, Tenejapa, Teopisca, Zinacantán.

<sup>105</sup> Tercer informe de Gobierno del Estado de Chiapas. <http://www.informe.chiapas.gob.mx/doc/tercer/region-II-contenido.pdf>

<sup>106</sup> Informe regional. Acciones en la Región Altos, informe financiero, cuarto informe de gobierno del Estado de Chiapas. p.21

<sup>107</sup> Instituto Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.

### **5.1.1 Unidades físicas de atención a la salud:**

San Andrés como municipio, cuenta con 7 unidades médicas<sup>108</sup> como parte de sus recursos físicos para la atención en salud. Estas unidades están repartidas de la siguiente manera:

- Bayalemho II: Un centro de salud rural con un núcleo básico a su cargo.
- Stenlejsostetic. Un centro de salud rural con un núcleo básico a su cargo
- San Andrés Larráinzar: 1 centro de salud rural con dos núcleos básicos a su cargo. 1 hospital básico comunitario (hospital integral).
- La Laguna. Una casa de salud
- Tzutben: una casa de salud.
- Caravana (unidad móvil)

La caravana se compone de 3 unidades que cubren el municipio, Aldama y Santiago el Pinar. Salen de lunes a viernes con el fin de cubrir lugares que no cuentan con acceso inmediato a los centros de salud, enviados por la Jurisdicción Sanitaria II. El recurso humano que cuenta cada uno de estas unidades es un médico, un odontólogo y un enfermero. De estas 7 unidades de atención en salud, tanto el hospital básico como el centro de salud que se encuentran en la cabecera municipal son los abarcados en la presente investigación, debido a la delimitación espacial que se proyectara para la investigación.

### **5.2. Los pasantes de servicio social:**

Año con año llegan una cantidad variable de estudiantes de medicina y enfermería con el fin de cumplir su trabajo social, ya sea en el hospital o en el centro de salud de San Andrés Larráinzar. Se han presentado pasantes de diversas universidades y regiones de México (Chiapas, Distrito Federal, Sinaloa, Nuevo León). A decir del director del hospital, no siempre los alumnos enviados se interesan en la estadía

---

<sup>108</sup> Información para 2010.



completa, como es el caso de un grupo de estudiantes sinaloenses, quienes se retiraron al rehusarse a realizar turnos en el hospital. Los estudiantes llegan como partes de convenios que tienen las diversas escuelas formadoras con la Secretaría de Salud de Chiapas.

En el caso del hospital, existen 2 instancias de la Universidad Autónoma de México (UNAM) que tienen actualmente convenio con la Secretaría de Salud: la Facultad de Medicina y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). La Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad privada La Salle, envía también estudiantes, encontrándose un solo estudiante de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM- Cuba), quien es originario del municipio. Todas las escuelas formadoras mencionadas tienen como convenio base, el envío de estudiantes que durante un año fungirán como médicos de consulta externa, así como para realizar turnos en emergencias o en horarios nocturnos. La Facultad Mexicana de Medicina que pertenece a la Universidad La Salle, tiene además con la Secretaría de Salud, el convenio de capacitación médica y telemedicina.

El hospital solo tiene convenios para recibir pasantes de medicina, odontología y enfermería. En la actualidad no cuentan con pasantes de otras carreras relacionadas con la atención a la salud (trabajo social, psicología, nutrición, psicología, químicos farmacéuticos u otros). A diferencia del hospital, el centro de salud sí cuenta con una pasante de psicología, la cual participaba activamente en las actividades organizadas por el centro de salud.

Existen varias modalidades para enviar a los estudiantes a realizar el servicio social. Una es que ellos elijan en base a un listado de las plazas que ofrece la Secretaría de Salud u otras instituciones que prestan servicios públicos en salud (IMSS, ISSTECH) a nivel nacional. La elección de los lugares para la realización de pasantía, suele realizarse en base a promedios de estudio. Los alumnos con mejores calificaciones de la promoción, son los que tienen prioridad en la elección del lugar para realizar su trabajo social, dejando a los promedios más bajos con una elección tardía y por tanto en lugares lejanos. La elección del lugar en base al

promedio, da un sentido de premiación con lugares cercanos a su lugar de residencia a los estudiantes, marcando simbólicamente como un castigo a su desempeño escolar el tener que ir a lugares lejanos. Una de las pasantes explica su experiencia de elección:

¿Por qué viniste aquí a San Andrés? -Bueno, primero que nada en mi universidad se basa disponiendo por promedios ¿no? Y como yo fui promedio de ocho, fui como la número 32 creo en pasar a elegir el servicio social. Entonces elegí Larráinzar, porque quería estar en una zona indígena, tratar con personas indígenas.-

Me podrías explicar ¿cómo es lo del promedio? -Por ejemplo si tienes 89.5. Mi escuela tiene dos convenios, está con Secretaría de Salud y con IMSS<sup>109</sup>. Entonces IMSS y Secretaría de Salud te llevan las plazas en donde tú puedes dar tu servicio social. Si tú tienes 9 te toca elegir primero, entonces se quedaron en Tapachula<sup>110</sup>. Entonces te van quedando lugares más lejos. Si tenías 9 u 8 tenías que tomar uno de esos.-

Y de los que tenías oportunidad de tomar con tu promedio... Supongo que los primeros lugares que se fueron, está Tapachula o algún lugar cercano. -Aja.-

Además de Larráinzar, ¿Cuáles estaban disponibles? -Estaba Larráinzar, Chanal, Zinacantán, Bochil, Ocosingo, lugares que en realidad no me acuerdo sus nombres. Estaban más lejos. Estaban muchos lugares más.- (Entrevista CSE03P)

Otra opción, es que los mismos estudiantes elijan el lugar de trabajo y se realicen convenios en base a sus intereses, si es que no existe uno con la institución receptora.

¿Cómo fue que decidiste venirte para acá? o ¿Por qué decidiste venirte para acá a Larráinzar?

De hecho curiosamente, yo fui el que buscó las plazas de la UNAM acá. Estaba haciendo el internado en Tapachula y nos ofrecían las autoridades de Tuxtla, porque tuvimos que hacer trámites con ellos para el internado. Nos ofrecían plaza para el servicio social, plaza que nosotros quisiéramos con el Estado, pero que nos quedáramos y que incluso animáramos a más compañeros de venir a hacer el internado a Chiapas. Entonces hable yo con las autoridades de la Facultad, para que se pidieran plazas para la Facultad. Bueno, yo iba a pedir que quería hacer el servicio por acá en Chiapas.

---

<sup>109</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

<sup>110</sup> El centro de formación al que pertenece la estudiante tiene su sede en Tapachula.

¿Querías hacerlo en zona indígena, o igual te ibas a una zona ladina como Tapa<sup>111</sup>?

No, yo ya había estado en Tapachula y ahora quería conocer la zona de los Altos. Y fui a platicar con las autoridades de la UNAM, para decirles que quería hacer el servicio por acá, y más bien salió la idea de que solicitáramos plazas para la UNAM. Varias, no solo una ó dos sino varias; e iniciar el servicio social acá. Antes había en otros Estados pero en Chiapas, tengo entendido de que desde 1994, la UNAM no había mandado plazas como tal para acá.

¿Para Chiapas en general?

Para Chiapas, había mandado algunos médicos, pero que habían solicitado su plaza por su cuenta. Habían gestionado su plaza por su cuenta y se las habían ofrecido y ellos habían hecho el trámite en la Facultad, nada más para que les dieran chance de venirse para acá. Pero como tal, la UNAM no había mandado. Entonces, a partir de este año, abrimos relaciones con la Facultad de Medicina y la Secretaría de Salud de Chiapas, para iniciar el servicio social y se dan 32 plazas para nosotros. Entonces yo vine en un recorrido con las autoridades de la Facultad. Así fue que conocí el hospital y me parece muy buena plaza para hacer servicio.

¿De esas 32 plazas repartidas en Chiapas, cuántas se quedaron aquí en Larráinzar?

En Larráinzar somos... 4 de esos 32, los demás están aquí mismo en la jurisdicción II, fueron únicamente en jurisdicción II. Esa era la idea, que todas estuvieran en la jurisdicción II, aunque me parece que hubo uno quien solicitó irse a Tapachula, otros dos irse a Comitán y otros dos, irse a Soconusco, a Arriaga o algo así; creo que eran de allí.  
(Entrevista CS01P)

En el caso de la Facultad de Medicina de la UNAM, se puede elegir también una plaza de servicio social en el ámbito de investigación dentro de la misma Facultad de Medicina, siendo plazas muy cotizadas por el hecho de que no se debe salir de la Ciudad y ocupadas por los promedios altos.

Bueno, pero todos han salido ¿No? O sea en algún momento, todos los médicos han salido, todos hacen el servicio social.

No todos, hay quienes si lo evitan. Hay quienes prefieren hacer el servicio social en un área de investigación de la escuela en la Ciudad de México. Siempre hacen el servicio social, pero no en comunidad. Es más, creo que los médicos que hacen eso, la cifra va en

---

<sup>111</sup> Diminutivo de Tapachula (municipio de la zona del Soconusco).

aumento, ya casi nadie quiere así por su propia voluntad salir. Muchos porque no les queda de otra, pero así que quieran salir...

¿O sea hay plazas contadas para hacerlo en la ciudad y las otras son para rural...?

Si y las primeras se llenan.

Yo no sé, si acá pasa lo mismo. En Guate<sup>112</sup> por ejemplo, quienes escogen la ciudad son los que han sacado mejores notas...

Si,

¿También acá? O sea... ¿Tienen derecho a escoger primero?

La manera de escoger las plazas siempre es por promedios y si, los primeros que se llenan son los de la ciudad. Nadie quiere dejar la ciudad. Perdón, nadie no..., casi nadie.  
(Entrevista he08p)

El convenio entre la Secretaría de Salud y las escuelas formadoras incluye la obligación de la institución de salud de entregarles una beca de subsistencia a los pasantes, para que puedan solventar los gastos de la estancia en los lugares de destino. En el caso de los pasantes dentro del hospital, la mayoría de los provienen de la Ciudad de México y la pasante del centro de salud proviene de Tapachula, municipio de Chiapas en el área del Soconusco. Según entrevistas con los diferentes pasantes<sup>113</sup>, la Secretaría firmó como parte del convenio con las escuelas formadoras, la obligación a entregar no solo la beca económica, sino también un lugar en la comunidad para vivir, así como alimentación. Al llegar los estudiantes recibieron una beca, siendo el caso de los estudiantes de medicina, un monto de 550 pesos quincenales<sup>114</sup> y en el caso de las enfermeras, un estipendio menor.

A pesar de que ambas carreras son licenciaturas en la cual se forman trabajadores en salud con distintas especialidades, la idea de que la enfermera es una simple auxiliar del médico y por tanto tiene un rango y estatus menor, se refleja y legitima en estas acciones institucionales, siendo probable que

---

<sup>112</sup> Diminutivo de Guatemala

<sup>113</sup> Diario de campo.

<sup>114</sup> Diario de campo, entrevista he08p.

posteriormente se reproduzcan como parte de las lógicas de jerarquización dentro de las relaciones entre trabajadores de salud en instancias de formación y atención a la salud. Una idea de dominación en base a estatus jerárquico común en el ámbito biomédico, en sus representaciones y prácticas sociales implícitas y explícitas, en el cual el rol del médico es el que se mantiene en la cúspide jerárquica reflejada en este caso, en los beneficios diferenciados.

Al llegar al hospital de Larráinzar, el ofrecimiento que se había realizado en cuanto entregar alimentación y hospedaje no podía ser asumido por la institución, por lo que los estudiantes tuvieron que solventar por su cuenta esta situación. Vale decir que en el grupo, cada individuo pertenece a diversos estratos sociales; si bien los estudiantes de medicina, casi en su totalidad tienen una buena solvencia económica para sus gastos, el grupo de las estudiantes de enfermería de la UNAM no corrían con esta suerte. La mayoría de ellas pertenecen a un estrato social medio o medio bajo, con lo que les era imposible buscar incluso en San Andrés, un lugar para vivir; pues la subsistencia económica de la beca no les alcanzaba para cubrir gastos de hospedaje, alimentación y transporte<sup>115</sup>.

Ante esta situación, en algún momento surge el ofrecimiento de que puedan vivir en la denominada “Casa Materna” con la condición de que se hicieran cargo de la misma. Esto no solo era en relación al mantenimiento, sino también en el que atendieran a las mujeres que allí llegaran. Dicha situación nunca tendría que saberlo el personal administrativo de la jurisdicción, por lo que cada vez que llegaban a supervisar, rápidamente tenían que levantar sus pertenencias e ingresarlas al vestidor, que en realidad se ocupaba como bodega. Se les puso también como requisito, el idear y arrancar el proyecto de la Casa Materna, tema que abordaré más adelante en lo relativo a su funcionamiento.

Vale decir que de las cinco enfermeras en servicio social que ingresaron un mes antes de mi llegada a campo, a mi partida solo quedaban dos. Estas dos últimas chicas, regresaron un mes después a Ciudad de México por inconformidad con las

---

<sup>115</sup> Se debe de tener en cuenta que una habitación rústica cuesta entre 700 y 1000 pesos por mes en la comunidad. Si se desea rentar en San Cristóbal de las Casas, el costo por renta se eleva, tomando en cuenta también que el pasaje ida y vuelta de San Cristóbal para San Andrés tiene un costo de 40 pesos actualmente (2010).

exigencias que les imponía en su quehacer la Jurisdicción de Salud, actividades que no estaban dentro del convenio establecido con su escuela.

La labor de la pasante de psicología dentro del centro de salud era de auxiliar en las funciones a la psicóloga de base de dicha institución. Entre ambas se repartían las labores del centro, como charlas informativas, formación de estudiantes en cuanto a salud reproductiva y atención de consulta. Ella cuenta con el horario del centro de salud que es de 8 a 15:30 de lunes a viernes. En el caso de los pasantes de medicina y de enfermería en el hospital, se encuentran distribuidos en las mañanas noches y fin de semana, rotándose cada 3 meses. Es básicamente la labor de los estudiantes, la que sostiene la atención de consulta externa que se da en el hospital, la cual es a su vez una de las de mayor demanda como se pudo observar.

### **5.3 Centro de salud.**

El centro de salud se encuentra ubicado a media cuadra del parque central de la comunidad, dirección sureste. En las mismas instalaciones a un costado, funcionan las oficinas del Seguro Popular las cuales por lo general, al igual que el centro de salud se encuentran llenas. Por ser un centro de primer nivel de atención, toda consulta de los habitantes de la localidad deben de realizarse allí como primera instancia, dicho centro derivará a niveles superiores de ser necesario. En este centro, la Secretaría tiene contratados a 13 personas, quienes son los empleados de base. El centro de salud cuenta con una directora y el subdirector (odontólogo), que cumplen con actividades administrativas, además de dar consulta. Se completa el personal con 5 enfermeras, dos médicas, un Coordinador de Salud Comunitaria (COCS), una nutricionista, una persona encargada de administración y la psicóloga.

La mayoría de los trabajadores del centro de salud hablan tzotzil, ya que si no son originarios de San Andrés, son personas de municipios cercanos que lo hablan como idioma materno. Son sobre todo las enfermeras y los técnicos en salud aquellos que lo hablan y por tanto la consulta la dan en ese idioma. Sin embargo

por sus responsabilidades laborales, ellos no pueden servir de intérpretes entre las médicas y los pacientes. Estas médicas solamente hablan el español, motivo por el cual les es necesario un traductor, en donde entran en acción las auxiliares.

Una de las características de la población femenina adulta de San Andrés, es el monolingüismo, por lo que el centro de salud cuenta con personal encargado de traducir, como una forma de eliminar en parte, la barrera del idioma. Sin embargo, a pesar de ser actores imprescindibles en la atención que presta el servicio de salud, su contratación carece de un vínculo formal con la Secretaría, recibiendo únicamente un pequeño estipendio mensual. Esta situación les niega una relación y continuidad laboral y por ende los beneficios que obtendrían de un vínculo formal. Desde el servicio de salud, se les visualiza únicamente como colaboradores y ellos no lo cuestionan, a pesar de que la labor de los traductores o auxiliares como se les suele llamar, tienen una importancia trascendental, ya que sin ellos los médicos no podrían dar en ningún momento la consulta, por no dominar el idioma local.

En el centro de salud son alrededor de 5 mujeres las que realizan la labor de traducción, siendo ellas originarias de la cabecera municipal teniendo como requisito para realizar esta labor, ser bilingües y contar con el tiempo necesario para realizar su labor. Las auxiliares son por lo general mujeres solteras, lo que les permite tener disponibilidad de tiempo a diferencia de las mujeres casadas, que restringen sus horarios por las responsabilidades en el hogar que comúnmente le son asignadas en los roles de las dinámicas comunitarias.

Dentro del área de cobertura de este servicio de salud se encuentran las comunidades de Nachitón, Xanaté, Taviicum, Tivó y la cabecera municipal. Cuenta con servicios de consulta médica, nutricional, odontológica, psicológica y actividades vinculadas a estos servicios. El área de Psicología da los siguientes servicios: terapia individual, familiar y grupal, organización de grupos de apoyo para enfermedades crónicas, club de las embarazadas, talleres de iniciación temprana a bebés, talleres de salud reproductiva en escuelas primarias y

secundarias dentro del área de cobertura, apoyo en las jornadas de salud que organiza el centro.

Odontología cubre la atención de salud bucal. El área de nutrición muchas veces complementa a las otras áreas, a las que se une para realizar actividades de sensibilización y talleres organizados en el centro de salud, sin embargo también da consulta a usuarias, entre las que se encuentran las embarazadas.

El área médica se compone de consulta, atención y seguimiento de embarazo y puerperio, seguimiento de recién nacidos, seguimiento de enfermos crónicos, organización de jornadas de vacunación, estando las parteras como auxiliares en estas jornadas de vacunación. Según lo observado, la demanda en consulta relacionado con la atención de niños, embarazadas y vacunación, es lo más común. Tienen también a su cargo, dar talleres formativos a mujeres y hombres que reciben beneficio del programa OPORTUNIDADES. En relación a las parteras, el centro lleva un control sobre su práctica<sup>116</sup>, estando actualmente registradas y oficialmente certificadas en la cabecera municipal 6 parteras, con edades que oscilan entre 34 y 61 años. A pesar de que el personal del Centro de Salud tiene conocimiento de mujeres atienden partos sin ser certificadas, les es difícil llevar un control sobre ellas, ya que muchas veces es incluso la suegra, aquella que atiende los partos y por tanto es difícil identificarlas con certeza (diario de campo, septiembre 2010).

En relación al control de las embarazadas, se juegan dos tipos de relaciones diferentes en el momento que la mujer decide ir a consulta en el centro de salud de la comunidad: asistir por interés propio o asistir por cumplir con una obligación impuesta por el programa OPORTUNIDADES.

---

<sup>116</sup> Solo se lleva un control sobre el trabajo de las parteras que el servicio certifica.



### 5.3.1 El programa Oportunidades y las embarazadas:

Por decreto oficial del Gobierno Federal publicado en el diario oficial el 6 de marzo de 2002<sup>117</sup> y como parte de la reforma contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se crea el programa Oportunidades integrado a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Este programa pretende abarcar familias en situación de vulnerabilidad socio-económica. Dentro de la cobertura de dicho programa, el estado de Chiapas es de los que mayor cantidad de familias incorporadas tiene, siendo una de las razones su bajo IDH<sup>118</sup>.

Dicho programa abarca 3 subprogramas que incluye entrega de recursos monetarios, de alimentos y atención básica en salud. SEDESOL a través del sitio web del Programa Oportunidades afirma: *“La mayor parte de los recursos que entrega Oportunidades se destina a las becas educativas... El paquete básico garantizado de salud, que considera una serie de acciones que se enfocan a la promoción de la salud y la detección oportuna de enfermedades.*

*Los apoyos monetarios directos que entrega Oportunidades también contribuyen a mejorar la cantidad, calidad y diversidad de la alimentación de niños de 6 a 59 meses de edad y de mujeres embarazadas o en lactancia, se proporcionan complementos alimenticios que proporcionan el 100 por ciento de micronutrientes claves”*<sup>119</sup>

Las familias que reciben este beneficio tienen como obligación adquirida, asistir regularmente a consulta y talleres que se realizan en el centro de salud. Los talleres como ya se ha mencionado lo organizan sobre todo las psicólogas y la nutricionista. Estos talleres abordan temas como educación en salud y nutrición, siendo requisito la asistencia de la pareja. Para las mujeres es requisito que se realicen exámenes preventivos, como el Papanicolaou y en el caso de que se

---

<sup>117</sup> En línea:

[http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/908/DECRETO\\_CREACION\\_OPORTUNIDADES.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/908/DECRETO_CREACION_OPORTUNIDADES.pdf)

<sup>118</sup> Índice de Desarrollo Humano.

<sup>119</sup> Tomado del sitio web del programa Oportunidades :

[http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/uno\\_de\\_cada\\_tres\\_mexicanos\\_reciben\\_apoyo\\_movil](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/uno_de_cada_tres_mexicanos_reciben_apoyo_movil)

embaracen, la asistencia a control prenatal y postnatal es indispensable. Sus hijos deben de tener seguimiento médico entre lo que se encuentra la vacunación.

OPORTUNIDADES condiciona a sus beneficiarios al seguimiento de los programas por ellos establecidos como obligatorios, ya que si no cumplen el programa le retira el apoyo a la familia. En el caso del área de salud, la inasistencia a 3 citas consecutivas es motivo para el retiro de dicho apoyo.

### **5.3.2 Las embarazadas con seguridad social.**

En la seguridad social se incluye a aquellas personas que tengan acceso a la salud ya sea por parte del Seguro Popular, Seguro del IMSS, ISSTECH o equivalente. Los controles son similares a los descritos para el caso de OPORTUNIDADES, con la diferencia que ellos y ellas no están obligados a tener el seguimiento del embarazo ni una asistencia a los talleres que el centro organiza. Las embarazadas que no cuentan con seguro popular y que asisten a los servicios de salud, tienden a asistir ya cuando el embarazo está avanzado, llegando cuando tienen alrededor de 6 ó 7 meses. La directora del centro de salud afirma: *“hasta hace un mes nos ocurría algo curioso. Teníamos más mujeres embarazadas en control que no tienen OPORTUNIDADES, que las que tenían OPORTUNIDADES”*<sup>120</sup>, en referencia a que había una buena afluencia de mujeres que no contaban con el programa de OPORTUNIDADES.

Del mismo modo, el ideal de atención que buscan otorgar los encargados del centro de salud, es sobre todo el seguimiento y atención integral, en el cual se incluya no solo el control de tipo médico, sino el psicológico y nutricional. Se les da seguimiento también en su puerperio y a la atención del niño hasta que este cumpla 5 años. En el plano médico, las mujeres embarazadas deben asistir a revisión y consulta por lo menos una vez por mes, en ellas se les proporcionará seguimiento de talla y peso, así como descartar una condición de embarazo riesgoso. Recientemente la diabetes gestacional es una de las complicaciones

---

<sup>120</sup> Entrevista cse02t

prevalentes, por lo que se les realiza exámenes de rutina para descartar este padecimiento.

Si la mujer presenta complicaciones en el embarazo, es derivada hacia San Cristóbal al módulo mater del Hospital de la Mujer, especializado para la atención y seguimiento de embarazos de alto riesgo. Allí la mujer es valorada por un gineco-obstetra, quien se encarga de dar las indicaciones de seguimiento a los médicos del centro de salud. Es en el módulo mater, en donde tienen a los especialistas para que provean las indicaciones adecuadas para su cuidado y sobre el cual, el centro de salud tiene la obligación de dar seguimiento si es necesario, o bien; queda con consulta permanente en este espacio. Trabajo social es el encargado de dar acompañamiento a las mujeres referidas en este proceso.

En el caso de que una mujer presentara un parto complicado, el centro cuenta con una ambulancia para el traslado de la paciente. La Presidencia Municipal apoya al centro de salud en la dotación de gasolina para la ambulancia. Si el Centro no lograra convencer a la mujer y su familia de la movilización al hospital, se hace del conocimiento de la Presidencia, para que como autoridades estén pendientes

#### **5.4 Hospital**

Empezó a funcionar en diciembre de 2006, pero su apertura oficial fue en marzo de 2007. Para Leticia Montoya, jefa jurisdiccional de la zona, este hospital nace con la necesidad de proveer servicios de urgencia como medida destinada a reducir la muerte materna enfatizando este hospital en la prestación de sus servicios con enfoque intercultural<sup>121</sup>.

Da cobertura a 5 municipios, 4 de los cuales son responsabilidad de la Secretaría de Salud y el municipio de El Bosque es área de responsabilidad del IMSS. Potencialmente se da atención a 45000 personas, de las cuales aproximadamente 3500 habitan la cabecera<sup>122</sup>. Su planta de personal de compone de 26 enfermeras, 7 laboratoristas, 1 químico encargado de laboratorio, 1 encargado de rayos X, 9

---

<sup>121</sup> Programa de acciones interculturales 2008, boletín 038 Secretaria de salud de Chiapas.

<sup>122</sup> entrevista he03tp

pasantes de medicina, 5 pasantes de enfermería, 3 trabajadores sociales, 2 psicólogos, 6 médicos adscritos, 1 pasante de odontología. Solo 3 de ellos hablan tzotzil. En una época tuvieron dos especialistas en Pediatría, pero renunciaron por distintos motivos, quedando desde entonces sin ningún especialista.

El hospital basa su atención en el trabajo que realizan los médicos en servicio social, ya que son pocos los que tienen contrato. La rotación constante de este personal, impide dar un seguimiento a posibles implementaciones de capacitaciones con enfoques de interculturalidad, que sean llevadas a la práctica.

Otro de los problemas referidos por las autoridades, es que los médicos que laboran por contrato reciben una remuneración menor que la percibida por los médicos que laboran en San Cristóbal de las Casas<sup>123</sup>. Esto afecta en parte, el interés para optar a plazas en este hospital, a pesar de que el mismo se encuentra ubicado a 25 minutos de San Cristóbal, lugar en donde la mayoría de ellos vive.

Uno de los principales objetivos por los que el hospital fue creado, era el de ser un centro de atención de urgencias en el cual pudiesen llegar mujeres de comunidades aledañas que presentaran complicaciones y partos complicados, reduciendo así el riesgo y agilizando la atención que pudieran recibir en comparación al de un traslado largo entre la población de residencia y San Cristóbal de las Casas. Por dicho motivo el hospital cuenta con 3 plazas<sup>124</sup> para especialistas que han salido a convocatoria, sin embargo no hay interés en ellas<sup>125</sup>.

La forma de obtener una plaza laboral, es por medio de concurso del cual se encarga la Jurisdicción de Salud, quienes no siempre toman en cuenta las habilidades necesarias para trabajo en zonas indígenas y con prevalencia del monolingüismo. El monolingüismo pareciera ser que lo vislumbran como un problema, culpabilizando al indígena por no hablarlo. Esto se demuestra en falta de acciones para proveer al personal que allí labora de cursos en el idioma, en el

---

<sup>123</sup> Entrevista HE03TP

<sup>124</sup> Pediatría, anestesiología y ginecología.

<sup>125</sup> Entrevista HE06T

caso de San Andrés, de tzotzil, dejando la responsabilidad del “entender el otro idioma” en los usuarios del servicio. De esta manera se anula la búsqueda de reducción de brechas culturales entre personal de salud y usuario.

Los médicos se encuentran distribuidos en turnos de mañanas, tardes, noches y fines de semana. Los adscritos se reparten también la responsabilidad de los turnos antes mencionados. El hospital cuenta con un total de 12 camas en el área de hospitalización, quirófano, servicio de rayos X, ultrasonidos, consulta externa de medicina, psicológica y nutrición; cuenta también con una sala para telemedicina. Los registros de morbilidad varían en relación a la época del año, pero en general la atención refiere a infecciones respiratorias, diarreicas y atención a embarazadas.

#### **5.4.1 Las jornadas de operaciones extramuros en el hospital**

Por el hecho de que el hospital carece de especialistas contratados, el quirófano está normalmente sin uso. La Secretaría de Salud del estado cuenta con programas de operaciones extramuros, en el cual el hospital de San Andrés funge como uno de los hospitales anfitriones para las diversas jornadas. Se suelen hacer dos tipos de jornadas en este hospital: las jornadas para realización de vasectomías y salpingoplastias y; las operaciones para corrección de labio y paladar hendido, realizadas por lo general en los meses de enero y septiembre<sup>126</sup>.

Por haber presenciado únicamente la jornada para operaciones de labio y paladar hendido, es la que narro a continuación:

A estas jornadas vienen personas de todos los municipios de Chiapas. La forma de acceder a la operación correctiva en el hospital, es por medio de una captación previa de los casos, por vía institucional. Es común que los niños operados requieran más de una operación, por lo que el seguimiento es importante. Tanto el

---

<sup>126</sup> Entrevista HE03P

seguimiento como la captación se realizan por medio del DIF- Chiapas<sup>127</sup>, a través de las representaciones municipales.

Para que estos niños puedan ser candidatos a la operación, deben cumplir un seguimiento médico-nutricional pre-operatorio. Este seguimiento médico-nutricional es requerimiento obligado para acceder a la operación, ya que deben de contar con un peso normal y un buen estado de salud. Dichas operaciones pueden realizarse a personas no mayores de 18 años.

Los médicos voluntarios suelen llegar dos veces por año a realizar las jornadas al hospital de Larráinzar. Pertenecen a CLAYPA<sup>128</sup>, una clínica privada para el tratamiento del labio y paladar hendido. Según informa el Instituto de Salud de Chiapas, una sola operación de este tipo puede llegar a costar alrededor de cuarenta mil pesos en el ámbito privado<sup>129</sup>.

Los integrantes del voluntariado de CLAYPA originarios de Monterrey, Nuevo León; son por lo general familia o amigos, aunque también se unen como voluntarios, médicos japoneses de la Universidad de Osaka. En el quirófano y recuperación, trabajan en equipo complementario voluntarios, pasantes y médicos adscritos del hospital. Los pacientes normalmente ingresan un día por la mañana y en el transcurso del día son ingresados al quirófano para su intervención. Si la cirugía y la recuperación son normales, se les da el alta al día siguiente. A pesar de que Larráinzar es el centro en donde se realizan desde 2007 las operaciones, estos médicos tienen el proyecto de voluntariado en el estado chiapaneco desde hace 35 años.

El hospital apoya a los pacientes y sus familias con el traslado desde San Cristóbal de las Casas hasta el hospital de Larráinzar, sin embargo la familia debe de sufragar los gastos desde su lugar de origen, así como la alimentación de los miembros que acompañan al paciente. Los pacientes suelen estar acompañados

---

<sup>127</sup> Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chiapas.

<sup>128</sup> Clínica de Labio Y Paladar.

<sup>129</sup> <http://www.salud.chiapas.gob.mx/?menu=noticias&id=252>

por uno o dos familiares, quienes permanecerán dentro del hospital velando al recién operado.

Como ya he mencionado, las personas provienen de comunidades lejanas y en el caso de la observación realizada en septiembre de 2010, las personas provenían de Villa Flores, Chamula, Chenalhó, Motozintla, Amatenango de la Frontera, Chilón, Larráinzar, San Cristóbal, Jitolol, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Zinacantán, Cintalapa, Sabanilla y el Pinar. Por provenir de diversas localidades del estado chiapaneco, los pacientes y sus familias hablan diferentes idiomas y en el caso de varias familias de origen indígena (tzeltal y tzotzil), su español era muy pobre, lo que dificultaba la comunicación con los médicos.

Si bien aquellas personas que hablaban tzotzil tenían mayores ventaja en el hecho de que hay personal que puede servir como traductor, se pudo observar que la mayoría de veces no se les requería a este personal para realizar la traducción, realizándose en español la mayor parte del proceso. La única persona que les hablaba en tzotzil era una de las enfermeras, sin embargo por estar dentro de quirófano, era poco lo que podía aportar en este sentido. No se vio en todo ese período llamar a alguien que fungiera como traductor. He acá un ejemplo de la interacción entre médicos y pacientes de ese día:

Después de caminar aproximadamente 4 horas y tomar el bus para el hospital, de una comunidad lejana llega una pareja con su hija en brazos; la madre tendría unos 19 años y la hija aproximadamente dos o tres. Los padres con cara de aflicción, llegan buscando que le saquen “algo que la niña se metió en la nariz”, sin saber de qué se trataba, deciden llevarla para que reciba atención médica. El hospital no cuenta con otorrinolaringólogos para extraerlo, pero coincidentemente se encuentran los cirujanos voluntarios de CLAYPA. Ellos deciden intentar ayudar, informándoles que si no pudiesen extraerlo, es necesaria la referencia a Tuxtla Gutiérrez.

El esposo habla poco español y la esposa tiene menos conocimiento del castellano. Por ello, él se queda en recepción proporcionando los datos, entrando a

urgencias, solamente la madre. Una de las médicas voluntarias le llama: “Hija... ¿Hablas español?”, “un poquito” contesta la mujer. En el momento empieza a hablarle rápidamente (en español) sobre lo que le harán a su hija, mientras le cambian de ropa por la bata para el quirófano. Nunca fue llamada la enfermera que se encontraba en el área de quirófano, lugar a donde llevaron a la niña para atenderle, con el objetivo que fuera intérprete para la médica y la madre.

Tras 15 ó 20 minutos, finalmente salen los médicos con la niña aún sedada, habían logrado con éxito la extracción. Los médicos de Claypa le entregan a la niña y le dicen: “hija, es un frijol, hay que tener cuidado con tu hija”. La madre se queda viendo el objeto y dice tímidamente: “no es frijol”. En ese momento llegan con curiosidad varios trabajadores de salud (pasantes), rodeándole espontáneamente y sin intención, en una posición incluso intimidatoria para la madre. Todos se inclinan hacia ella, tratando de verlo y cada quien empieza a asumir lo que el objeto es. Mientras tanto la enfermera sale y le pregunta como interés personal, cómo es que su niña se había introducido ese objeto a la nariz.

Los médicos de CLAYPA también de forma un poco intimidatoria le quieren hacer entender a la mujer que lo ellos creen que la niña se introdujo, es un frijol blanco. Su madre lo niega, pero ellos siguen presionándola en cuanto su postura. En ese momento llega el padre y les recalca con disgusto: “eso no es un frijol, es una piedra”. Acto seguido y como forma de comprobarlo, levanta la mano y lo deja caer al suelo. Si fuese frijol, el sonido del impacto sería diferente al de una piedra de río. Aún así, los médicos le recalcan que eso no es una piedra, se dan la vuelta y se alejan haciendo comentarios sobre lo que los dos señores no entienden.

La mujer con preocupación y enojo notablemente reprimido le dice a la enfermera en su idioma, “esto no es un frijol”. La enfermera entra al quirófano por un bisturí y en el piso frente a ellos trata de partirlo; la piedra apenas logra rayarse. La enfermera se ríe junto con la madre y dice... ¡No es un frijol! Como en la sala de espera, lugar en donde se desarrolló esta escena, se encontraban los familiares de los pacientes de labio y paladar hendido, quienes con curiosidad habían



seguido la discusión, empiezan a conversar entre ellos; en un momento alguien expresa: ¡Que van a saber ellos”.

En esta escena se reflejan condiciones no deseables para lo que se busca con la implementación de políticas interculturales dentro del ámbito de atención hospitalaria. Muchas de ellas fueron no intencionales, pero la experiencia para los usuarios puede marcar su preferencia en una próxima elección en la trayectoria de atención de sus hijos o de ellos mismos. En esta escena se visualiza lo siguiente:

- Utilización en todo el proceso de atención del idioma español. Idioma que previamente sabían que no hablaba la usuaria.
- La proxemia de los individuos invadió el espacio de la usuaria, dejándole intimidada en medio de los trabajadores de salud que discutían en el idioma que la mujer entiende poco.
- El llamarle “Hija” responde a una infantilización de la mujer, que como se vio en el capítulo I, remiten a pensar al indígena como un niño desvalido.
- Recriminar y culpar a la mujer por su “negligencia” hacia el cuidado de la hija sin preguntarle directamente lo sucedido. Fueron los familiares de los pacientes los que se interesaron por conocer la versión de la madre, explicación que los médicos no escucharon.
- Violentar a los padres al hacer que aceptaran lo que como médicos asumían era la verdad.

### **5.5 Interculturalidad en la atención de pacientes:**

Si bien en el capítulo II se ha abordado lo que es la interculturalidad en términos teóricos, sabemos que este concepto es dinámico, transformable mediante las nuevas necesidades que surgen. DGPLADES<sup>130</sup> por medio de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo intercultural fijan su postura en cuanto a lo que

---

<sup>130</sup> Dirección General de De Planificación y Desarrollo en Salud.

ellos definen como intercultural y el modelo de implementación de la misma en los servicios de salud:

“Entendemos por intercultural el modo de convivencia en el que las personas, grupos en instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

El nivel más elevado de interculturalidad es el de relación sinérgica. Es cuando se logran obtener resultados aprovechando dos visiones diferentes de la realidad, que difícilmente sería posible conseguir desde un solo camino.

Por modelo de fortalecimiento intercultural entre los servicios de salud y la medicina tradicional, nos referimos al tipo de relación que favorece la calidad de la atención para la población usuaria, en un contexto de seguridad y eficacia, a través del intercambio y enriquecimiento de manera respetuosa, horizontal, sinérgica entre ambos modelos de conocimiento y práctica”. (Secretaría de Salud, sin año)

Si bien la creación del hospital responde a una política de interculturalidad, los trabajadores de salud del hospital deberían de ser los agentes encargados de llevar a la práctica, lo que en la política se dicta. Tomando en cuenta que el hospital de San Andrés, fue el primer intento por establecer un espacio de atención en salud con aplicación de políticas interculturales en los Altos de Chiapas; este tendría que dar cuenta de ciertos avances en la aplicación. Para finales de 2010 y principios del 2011, esto solo constituía un discurso de la Secretaría de Salud, publicado en diarios y medios gubernamentales de información como logros del Gobierno del Estado<sup>131</sup>.

El objetivo de la interculturalidad en esta instancia, nunca estuvo en la práctica referido más allá de la atención a la población por medio de terapeutas comunitarios, careciendo realmente en su planificación de una interrelación entre el espacio hospitalario y el área intercultural, de ahora en adelante denominada Casa Materna. Como se ve en la parte dedicada a la descripción de la labor de las parteras, el trabajo de los terapeutas comunitarios, rara vez se da en un lugar ajeno a la casa de los pacientes; es decir, esta no se encuentra institucionalizada.

---

<sup>131</sup> Inauguran Juan Sabines y Philippe Lamy la nueva Casa Materna en Larráinzar. Diario La Jornada 26/01/2011, Boletín No. 0338 Año 2, 30 de enero de 2008.

La atención fuera de la casa del paciente o del terapeuta, responde únicamente a motivos ceremoniales o simbólicos, por lo que intentar trasladarlo a un espacio ajeno, demuestra la falta de claridad y conocimiento por parte del sistema de salud, sobre la forma de actuar de la medicina tradicional comunitaria.

Posiblemente este es el motivo, por el que los terapeutas (j'iloles y parteras) nunca quisieron hacer uso de la casa. El intentar extraer del contexto a la medicina comunitaria y su ejercicio, está fuera de las lógicas culturales tanto de los usuarios como el de los terapeutas. Esto puede analizarse más como un intento de control de los terapeutas tradicionales, que el interés real de incorporarse ambos sistemas en un mismo espacio institucional.

La única ocasión que se vio una contra referencia del personal sanitario hacia un huesero, fue el caso de una mujer que la directora del centro de salud envió para ser tratada por el terapeuta. “Acá está su radiografía, mire acá (señalando en la radiografía) está el problema, enséñeselo a su huesero para que sepa que es lo que tiene”<sup>132</sup> fueron las palabras de la médica.

### **5.5.1 Interculturalidad en el imaginario del trabajador de salud:**

El personal que labora en el hospital y que fue entrevistado, desconoce la comunidad, sus dinámicas, así como las formas de atención en procesos de salud/enfermedad y atención; en especial lo que refiere al embarazo, el parto y el puerperio. Por ser segundo nivel de atención, el personal no ve la necesidad de salir hacia la comunidad a conocer la forma de vida de los comunitarios, ya que eso lo atribuyen como responsabilidad del centro de salud. A excepción de los pasantes de medicina de la UNAM, ninguno de ellos ha tenido formación en antropología médica, que incide diferencialmente en la forma en cómo piensan la atención a poblaciones indígenas y rurales. Personal administrativo del hospital afirma que los pasantes que vienen de otros estados, tienen más sensibilidad hacia esta situación que la de aquellos que se han formado en Chiapas.

---

<sup>132</sup> Diario de Campo Agosto 2010.

La idea de interculturalidad y políticas aplicadas a la atención en centros de asistencia pública en salud es prácticamente nula en los trabajadores del hospital, tanto por parte de los pasantes como de los trabajadores por contrato, los cuales fueron entrevistados. Si bien cuando el hospital abrió sus puertas, se les proporcionó a los médicos que ingresaban a trabajar una capacitación que duró una semana, los entrevistados no recuerdan su contenido o lo recuerdan vagamente. Uno de los empleados recuerda de la siguiente manera esta capacitación:

“Pues ellos lo manejaron como una capacitación, pero yo no lo considero que haya sido una capacitación. Más que nada fue como una plática, una plática aventurada y larga. Mucho bla, bla, bla, mucho rollo, pero nada más centrado en lo que íbamos a hacer acá. ...Los temas fueron de interculturalidad, de enfermedades nosocomiales, atención al paciente, valores, tolerancia, cosas así”. (Entrevista HE02T)

Para las autoridades del hospital, este debiera de contar como mínimo con el 50% de trabajadores tzotzil-hablante, sin embargo a pesar de que este hospital se reivindica como intercultural, únicamente 4 trabajadores (médicos y pasantes) hablan el idioma, siendo mayoritariamente enfermeras las que lo hablan. El hospital no cuenta con intérpretes, que conforma uno de los requerimientos esenciales para ser certificado como intercultural. Muchas veces se valen de los vigilantes o de la intendencia, personas que no tienen la obligación de hacer esta labor, ya que no han sido contratados para el efecto, además de no contar con la capacitación adecuada para realizar dicha labor. No es traducir per se, la información requiere de ser interpretada, es por ello que más allá de traductores, esta labor requiere de un intérprete.

Al cuestionárseles a los trabajadores sobre lo que para ellos significa atención con enfoque intercultural, las respuestas variaron, pero no dejaron de ser en algunos puntos similares: Lo remiten únicamente a la cultura es un aspecto “folklorista y estática” (sin asociación a otros aspectos económicos, históricos y sociales). Muchos de los aspectos descritos, remitían a una idea de cultura como algo negativo y necesario de cambio, por ende la cultura de los usuarios del hospital

desde la lógica del trabajador de salud, se convierte en un problema, al ser el mayor obstáculo para realizar su labor. Sus principales obstáculos los refirieron en las entrevistas con algunas de estas palabras: Porque no entienden, porque no son capaces de seguir los requerimientos, porque se les tiene que “tocar con pinzas para no herir susceptibilidades” o porque tienen ideas erróneas. Al hablar entonces de los “usos y costumbres” término que todos refirieron, se hace una analogía como algo negativo, pero que en alguna manera desde el servicio de salud se les insta a “tolerar”.

Según DGPALDES, el personal que trabaja en un servicio de salud con política de atención intercultural, debe de desarrollar competencias, entendidas estas como: La capacidad de desarrollar habilidades que permitan resolver problemas en el interactuar con grupos culturalmente diversos de forma respetuosa y eficaz, en el marco del respeto, la tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, buscando la sinergia en la interacción (Secretaría de Salud, 2009:5-7). Reconocen que para llevarlas a cabo se requiere de procesos de sensibilización, por medio de capacitaciones que permitan crear estas competencias, sin embargo para el caso de San Andrés, esto no ha sido una prioridad en las capacitaciones al personal, lo que incide en la forma de dar consulta a los usuarios.

No es necesario sin embargo, tener un curso de sensibilización para identificar problemáticas que obstaculizan su labor de atención a los usuarios y que está plenamente relacionado con la incapacidad de la Secretaría de Salud, para brindarles los elementos que les lleven a desarrollar “competencias” para realizar su labor, en contextos diferentes para los que fueron formados.

Una de las grandes dificultades que los mismos trabajadores de salud visualizan, es la incapacidad para comunicarse con los pacientes, hacerles ver el por qué de sus indicaciones y entender lo que ellos piensan. Sin embargo, aunque los trabajadores de salud hablaran tzotzil, esta habilidad no garantizaría la calidad en la atención, pues hablar un idioma no significa estar inmerso en el conocimiento de las lógicas de los espacios en donde laboran y ser sensibles a las diferencias. A pesar de ello, el hablar el idioma local ayuda a superar una de las barreras más

grandes; por ello la capacitación y sensibilización a los trabajadores de salud debe de ser pensada en forma integral y no solo en aspectos aislados. Es decir, abarcar la complejidad de la comunidad y no solo los aspectos “culturales”, haciendo ver que incluso estos son dinámicos y por lo tanto se transforman.

## 5.6 La creación de la Casa Materna

El gobernador Juan Sabines explicó que a partir de esta administración se implementó la estrategia de que al lado de clínicas rurales se abran casas maternas atendidas por parteras tradicionales, para respetar la cultura de las comunidades indígenas. Hoy las quiere mucho el gobierno, las respeta y las apoya; quiero agradecerle a Philippe Lamy que está con nosotros, él es francés pero representa a la OPS-OMS, que es de la ONU, y es el mejor aliado que tiene Chiapas. Cuando vengan de la ONU, siempre recíbanlos muy bien, porque siempre es en beneficio de la gente, señaló. (La Jornada. 26/1/2011)<sup>133</sup>

El actual gobierno del estado, propone la inclusión de la interculturalidad y la ampliación de cobertura de espacios de salud con enfoque intercultural como uno de sus logros<sup>134</sup>, sin embargo este no ha logrado funcionar de la forma en cómo fue planeada por diversos motivos que se reflejan muy bien el proceso de la Casa Materna construida en el Hospital Básico Comunitario de San Andrés Larráinzar, caso del cual me ocupó en el presente trabajo.

Lo que ahora se denomina Casa Materna, como centro para la atención del parto culturalmente adecuado, no fue el objetivo original de su creación.

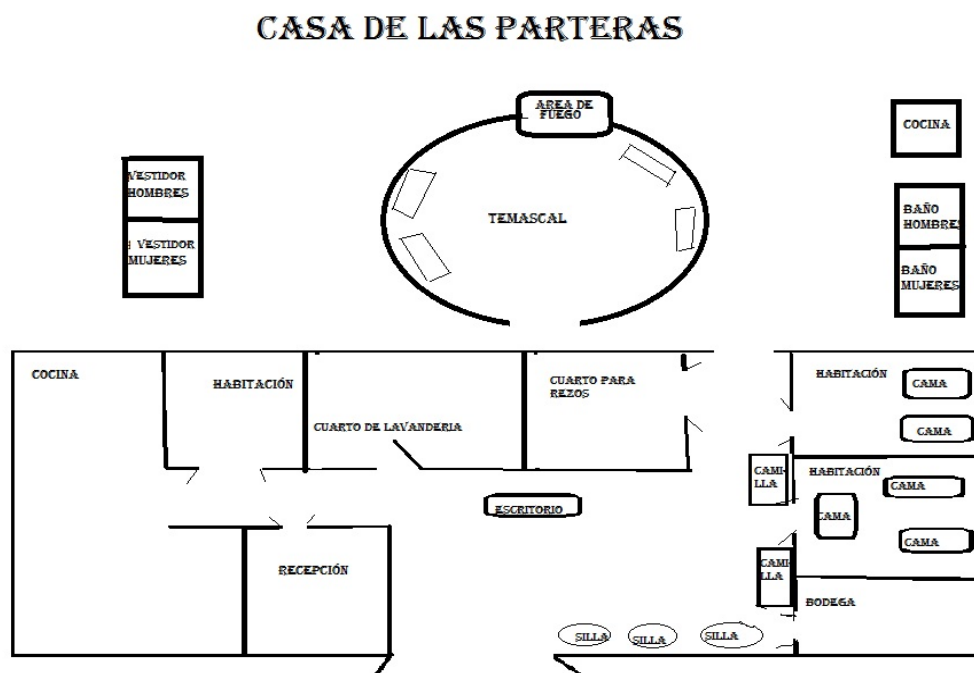
El objetivo inicial fue el de crear un espacio para la implementación de políticas institucionales de atención en salud con pertinencia cultural. En ella se tenía planeado que dieran consulta una amplia variedad de terapeutas tradicionales y por tanto, tener afluencia de la población para atender sus malestares.

---

<sup>133</sup> Diario la Jornada: Inauguran Juan Sabines y Philippe Lamy la nueva Casa Materna en Larráinzar. 26/1/2011. Disponible en red: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/26/politica/020n2pol>

<sup>134</sup> Primer informe de gobierno del Estado de Chiapas. 2007, Segundo informe de Gobierno del Estado de Chiapas 2008

Imagen 3. Distribución de la Casa Materna



OPS apoyó tanto la planeación y construcción de este proyecto, aportando no solo la capacitación para el mismo, sino también fondos para la construcción y equipamiento de la misma<sup>135</sup>. Se intentó hacer un acercamiento con ciertas organizaciones de médicos tradicionales, sin embargo esto no dio resultado. Según el director del Hospital, también se trató de traer a terapeutas de otras comunidades<sup>136</sup>, idea que al evaluarla desecharon; ya que la gente acostumbra a buscar a terapeutas de su propia comunidad y no de comunidades vecinas. El hospital tampoco cuenta con recursos económicos para otorgar un incentivo económico ni simbólico para la estadia de los terapeutas que en la “Casa Materna”.

Por ello, el área de medicina tradicional pasa a reformularse en la planificación, como un área adaptada culturalmente para la atención del parto. Actualmente su distribución se encuentra de la siguiente manera:

<sup>135</sup> Entrevista HE06T

<sup>136</sup> Entrevista HE03TP

La construcción está realizada de Blocks y pintada de color blanco por dentro y fuera. En la entrada se encuentra un espacio amplio con mesas sillas de madera y dos hileras de sillas similares a las de la sala de espera del hospital.

Una de las cosas que más impresionan en un espacio que espera aplicar políticas interculturales a la atención del embarazo y parto que brindan, es la existencia de dos camillas ginecológicas tradicionales para parto, las cuales se encuentran en el espacio descrito y es de las primeros objetos que se observan al entrar.

Al lado izquierdo cuando se ingresa, se encuentra una pequeña habitación que tiene características de una recepción hospitalaria. Allí se guardan bajo llave ciertos medicamentos y materiales para curaciones. Sobre el mismo lado izquierdo se encuentra un pasillo que lleva a tres diferentes habitaciones, dos de ellas usadas de bodegas y la tercera es donde se ubica la cocina. Originalmente las dos habitaciones utilizadas para bodega y lavandería serían destinadas a terapeutas con distinta especialidad.

Imagen N. 4 Camilla ginecológica en Casa Materna.



La cocina está exageradamente llena de tiestos de barro para cocinar, desde apastes hasta jarras para agua, todos ellos nuevos y sin curar<sup>137</sup>, colocados sobre una mesa grande, orientada hacia la ventana. Cuenta con una refrigeradora, un lavatrastos y una mesa para aproximadamente 8 personas, además de una cocina a gas.

Sobre el lado derecho de la construcción, se encuentran dos cuartos más. En ellos se encuentran ubicadas una serie de camas de madera con cobijas gruesas, estas habitaciones

---

<sup>137</sup> Procedimiento que deben de hacerse a los tiestos nuevos de barro con el fin de que pueda cocinarse o comer dentro de ellos y así evitar filtraciones. Puede hacerse de diversas formas: a) Con la cara interna de una cáscara de plátano macho se soba, posterior a haberla calentado en el fuego, dejándola calentar un poco más con la materia que se le pone. Y b) se pone a hervir la olla con cal.



al igual que las otras, estaban destinadas a alguna especialidad de los terapeutas. Al lado de la última habitación se encuentra una puerta de salida y una habitación más. En la habitación se encuentra un área destinada para rezar. Sobre la pared del frente se encuentra colgado un cuadro con una imagen de la virgen de Guadalupe y una cruz de color celeste con adornos plateados. En este espacio se guardan una serie de anafres y sopladores. Al salir por la puerta se encuentran al costado derecho, los sanitarios y sobre lado izquierdo vestidores para hombres y mujeres, actualmente bodegas del hospital.

Al frente, una construcción que denominan “temascal”, el cual se encontraba en estado de abandono, lleno de colchones viejos y cajas. Dicho recinto dejó de ser bodega cuando las pasantes de enfermería llegaron; arrumbando los objetos viejos, en los vestidores de la casa materna.

El temascal, un baño de vapor de origen pre-colombino; es muy utilizado en las zonas mayenses, siendo uno de sus múltiples usos, las terapias post-parto. Cuando el temascal es desarmable, se construye con plásticos, cobijas, hojas u otros objetos. Cuando el temascal tiene una construcción formal, normalmente se utiliza adobe, cal, y para tapar las aberturas, se utiliza tejidos o ponchos. Ambas construcciones tienen como característica una entrada pequeña (se entra a gatas), una abertura en la parte superior, además de ser recintos relativamente pequeños.

Imagen No 5<sup>138</sup> Interior de temascal en la parte posterior de la Casa Materna.



Para funcionar debe de ponerse un fuego interno, que tendrá como objetivo calentar piedras que serán colocadas junto a él. La abertura superior estará abierta durante ese momento para permitir la salida del humo, la cual se cerrará posteriormente con cobijas al

<sup>138</sup> Nótese la altura de la pala. Estas comúnmente tienen una altura promedio de 1.20 mts, por lo que la altura aproximada de esta entrada al temascal es de 1.50 mts. La altura total del temascal es aproximadamente de dos metros.

apagar el fuego, al que se le echa agua y hierbas aromáticas con el fin de producir vapor. En el caso de los partos, es común que entre la partera y la mujer que acaba de parir, en otros casos; entrará solamente la mujer. Nunca entran grandes cantidades de personas a un temascal, por ello los temascales son de dimensiones reducidas. A diferencia de estas construcciones tradicionales, el temascal construido en el hospital de San Andrés tiene grandes dimensiones, es exageradamente alto y la abertura superior no puede ser tapada a menos que alguien trepe sobre la construcción.

Una construcción de este tipo, solo puede explicarse como proyecto sin estudio ni consulta previa. Esto se convierte en un desperdicio en la erogación de recursos estatales, que podrían haberse aprovechado de una mejor forma.

### **5.6.1 La casa materna y la llegada de las pasantes de enfermería**

La Casa Materna no había funcionado como se deseaba en un inicio, motivo por el cual había estado sin uso o bien subutilizada como oficinas del Seguro Popular. En el momento de mi primera visita a inicios de 2010, la enfermera que tenía a su cargo esta casa, había pedido su traslado a San Cristóbal, el cual había sido recientemente autorizado. La casa había quedado casi abandonada y sin mayor funcionamiento, más que para almacenar ciertas cosas del hospital.

Cuando las pasantes de enfermería llegaron a San Andrés, se encontraron con que la beca que recibirían no incluía todo lo que a ellas se les había ofrecido, por lo que el ofrecimiento de la casa materna como espacio para su residencia, fue una buena opción, condicionándolas a que colaboraran con actividades extras a su cargo. De ello no debería de enterarse la Jurisdicción de salud, aunque posteriormente esto fue un secreto a voces. Dentro de sus obligaciones se encontraban 2 tareas específicas: mantener la casa ordenada y limpia; la otra titánica tarea encargada, fue el mandato de poner a funcionar la casa materna.

La adecuaron a las necesidades de las chicas, ocupando dos de los 3 cuartos con los que cuenta. Sin embargo, esta casa no está equipada para vivir en ella, por lo que no cuenta con una ducha de baño.; las pasantes de enfermería se dieron

entonces a la tarea de desocupar el temascal. Guardaron lo que podían y lo demás lo tiraron. Pusieron una sábana que cubriera la entrada del temascal y lo usaban como sala para bañarse, llevando su cubo de agua para el efecto. Compraron comida e implementos y con ello equiparon la cocina. Sin embargo, cada vez que llegaba supervisión de OPS o de la Jurisdicción, las chicas debían recoger a toda prisa sus objetos y esconderlos en las bodegas, para que no se dieran cuenta de que la habitaban. La cocina siempre estaba llena de comida, pues mantenían sobre la mesa su alacena; en el hospital siempre se dijo a los supervisores, que los alimentos los tenían por si llegaban las mujeres, para que pudieran cocinar y comer.

La segunda tarea injusta a mi parecer; era el que ellas pusieran a funcionar la Casa Materna. Les dieron un plazo de aproximadamente un mes y medio para presentar el proyecto, aún cuando ya existía un plan de acción para el año 2010 denominado: *“Programa de integral en salud materna, con fortalecimiento intercultural en el municipio de Larráinzar, Chiapas”*<sup>139</sup>. La Casa Materna, no había podido ser hecha funcionar ni siquiera por las autoridades sanitarias, quienes tenían los recursos económicos y los contactos con OPS. Dar una tarea de estas dimensiones a alguien que no cuenta con todos los elementos para realizarla y tampoco proporcionárselos, está en contra de toda lógica esperable para iniciar un proyecto de atención, dentro de políticas de salud intercultural; ya que parte esencial de ello es el conocimiento de las dinámicas sociales y culturales del lugar.

El Objetivo de la Secretaría de Salud en relación al espacio de partería tradicional dice: *“Ofrecer a las mujeres especialmente indígenas y rurales un espacio donde pueda atenderse el embarazo, parto y puerperio en condiciones de seguridad y de manera sinérgica, con los aportes de los dos modelos de atención, que respete la intimidad, la cultura y la posición que más le acomode a la mujer. Reconocer los aportes de la partería tradicional y definir condiciones para su desarrollo en condiciones adecuadas y de seguridad, para el beneficio de toda la población,*

---

<sup>139</sup> Documento obtenido en los servicios de salud.

*especialmente indígena. Disminuir las barreras culturales determinantes de la muerte materna.” (Secretaría de Salud, sin fecha)*

Las pasantes de enfermería nunca habían recibido una materia dentro de su pensum de estudios, que les otorgara capacidades y elementos para realizar un proyecto de acción en políticas interculturales dentro del hospital. En una de las charlas sostenidas incluso dentro de la casa materna, salió el tema sobre el conocimiento de la concepción frío/caliente. Las personas que participaban en la charla no supieron decir de qué se trataba, al explicárseles una de ellas contesta: “Ay sí, esas son cuestiones como de viejita ¿Si, no?”<sup>140</sup>, descalificando sin intención parte esencial del pensamiento desde el cual, la comunidad basa su forma de entender y actuar en la vida. En todo este tiempo, nunca se les otorgó los elementos necesarios para formular correctamente el proyecto, más si se les exigió fuertemente este objetivo.

Si no conocían elementos básicos sobre la concepción frío/caliente, fundamental para entender la forma de atención del proceso embarazo, parto y puerperio ¿Cómo pondrían a funcionar una casa materna con fines de aplicación de políticas interculturales en salud materna?

Fue así que la responsabilidad completa se les recargó a las chicas, que debían también cumplir con labores propias del servicio social, el cual era apoyar en las actividades asignadas al interior del hospital. El estrés generado por esta obligación, influyó en que las primeras pasantes regresaran hacia el D.F y otras pidieran su traslado a otro centro de atención dentro de la región de los Altos, en donde no tendrían que realizar este proyecto. Fueron dos chicas únicamente las que decidieron quedarse en San Andrés, pues habían creado empatía con el proceso y las actoras dentro del mismo (parteras). Finalmente su aporte a la casa materna, fue el de apoyar en las capacitaciones a las parteras sin que pudiese concretarse el funcionamiento de la Casa, como centro de atención integral adecuado culturalmente.

---

<sup>140</sup> Diario de campo Agosto 2010

A pesar de las limitaciones con las que contaban, el interés de acercamiento a la comunidad de las dos últimas pasantes que quedaban, se evidenciaba de múltiples formas. La primera fue su decisión al quedarse en San Andrés, además de su constante preocupación por entender el tzotzil, para lo cual se valían de aprender palabras o frases nuevas con el personal tzotzil que labora en el hospital. Afirmaban que si no entendían el idioma, su labor se complicaría. Ese tipo de interés es el que se espera del trabajador de salud para aplicar las medidas interculturales en la atención que ellos brindan; pero este no fue visualizado y explotado por las autoridades hospitalarias, para brindarles elementos que facilitaran la puesta en marcha del plan de la Casa Materna.

### **5.6.2 La casa materna y las capacitaciones a las parteras.**

Según el “Programa Integral en Salud Materna con Fortalecimiento Intercultural en el municipio de Larráinzar, Chiapas, escrito en enero de 2010; la creación de la Casa Materna de este municipio “pretende concentrar y capacitar a las parteras de los municipios aledaños a Larráinzar”, por lo que así se justifica esta construcción y proyecto. El objetivo es que las parteras participen activa y permanentemente en el programa integral, siendo la capacitación una de las líneas de acción prioritarias “Con temas de interés colectivo” para que sean capaces de reconocer y actuar frente a los riesgos, así como la inmediata referencia hacia el Hospital de San Andrés y así disminuir la mortalidad materna.

Es así que la en propuesta de capacitaciones mensuales comprenderían 5 elementos básicos:

- Contar con uno o dos traductores que faciliten la comunicación e intercambio de experiencias.
- Realizar sesiones cortas y amenas, procurando que sean las parteras “quienes den la pauta en el manejo de los temas”
- Uso de material didáctico “elaborado por los locales y con materiales de la región para facilitar la comprensión de los temas”.

- Permitir a las parteras externar dudas y facilitar el diálogo de estas con el personal de primer y segundo nivel de atención, con el fin de mejorar la calidad de atención en el marco de la disminución de riesgos en la atención que ellas brindan.
- Procurar el intercambio de experiencias con el personal de salud del hospital y el centro de salud, con los encargados a nivel jurisdiccional y estatal “para facilitar la apropiación de la mirada intercultural en la salud sexual y reproductiva, con la intención de ser permanente”.

El calendario y contenido que tendrían que cubrirse durante el 2010 en las capacitaciones, estaba distribuida de la siguiente manera<sup>141</sup>:

Cuadro No.8 Calendarización de capacitaciones dentro de la casa materna a parteras

Mes	Contenido	Técnica didáctica
Enero	Signos y síntomas de alarma en el embarazo.	Expositiva, demostrativa, participativa.
Febrero	Ácido fólico como prevención de malformaciones congénitas	Diapositivas y expositivas
Marzo	Fecundación y embarazo, anatomía y fisiologías del aparato reproductor femenino. La salud de la mujer en la comunidad.	Expositiva y demostrativa. Socio drama.
Abril	Atención prenatal. Concepto de la atención prenatal temprana, importancia, frecuencia de atención trimestral, enfoque de riesgo, esquema de vacunación. Papel de la partera y su impacto en la salud	Preguntas y respuestas. Expositiva
Mayo	Factores de riesgo y signos de alarma durante el embarazo complicado.	Expositiva, interrogativa, socio drama
Junio	Atención del parto	Expositiva, interrogativa, socio drama y práctica simulada.
Julio	Complicaciones en el parto.	Expositiva, interrogativa, socio drama y práctica simulada
Agosto	Puerperio fisiológico y complicado.	Demostrativa, preguntas y respuestas.
Septiembre	Atención del recién nacido.	Expositiva, interrogativa, socio drama.
Octubre	Técnicas ante el parto complicado. Planificación familiar y el papel de la partera en su promoción.	Expositiva dinámica y demostrativa.
Noviembre	RCP neonatal. Información y taller de tamiz neonatal.	Expositiva y demostrativa.
Diciembre	Retroalimentación de lo tratado los meses anteriores. Clausura y convivio.	Mesas de trabajo, preguntas y respuestas.

<sup>141</sup> Información extraída de la “carta descriptiva de actividades de capacitación 2010” de la coordinación de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria II, Instituto de Salud de Chiapas.

Siendo la última sesión del año 2010 para la capacitación de parteras, el evento de clausura tenía objetivo ser una capacitación modelo, ya que sería observada por el representante de OPS, además de las nuevas autoridades municipales, quienes recientemente habían tomado el cargo.

Las parteras habían sido citadas a las 10 de la mañana, pero como es usual en todas las capacitaciones, estaban en las afueras de la casa materna desde las 9:30 de la mañana. El día de la capacitación era un día que la temperatura había descendido mucho, sin embargo no fue sino a las 11 que se les invita a pasar a la casa materna. Ese día asistieron alrededor de 30 parteras de San Andrés y otros municipios vecinos.



Imagen No. 6 Exterior casa materna



Imagen No. 7 Gobernador del Estado en una de las inauguraciones de la casa materna. Fuente: La Jornada 26/1/2011 p. 26.

Serían las pasantes de enfermería de la ENEO las encargadas de realizar la capacitación ese día y; a pesar de tener todo listo para realizarla, no se les autorizó iniciarla hasta que llegara el representante de OPS y personal de la Jurisdicción II de salud, los que llegaron a las 12 del día aproximadamente. Cuando llegaron, autoridades sanitarias hicieron un recorrido por la casa materna al representante de la OPS y a los nuevos representantes municipales, para lo cual se tardaron alrededor de una hora, mientras las parteras aguardaban que iniciara la capacitación. Expresiones de molestia eran evidentes en las parteras. Mientras se les enseñaba el espacio hospitalario y de la casa materna, las parteras nunca recibieron alguna bebida caliente o alimentos, tampoco una explicación por la demora.

Cercano a marcar las 13:00 horas el reloj, se inició la capacitación en la cual las autoridades de la jurisdicción tomaron la palabra. Fue entonces que las parteras tomaron lugar quedando todas sentadas menos una de ellas. Existía un espacio para ella, pero el representante de OPS había colocado su portafolio en la silla; a pesar de haber visto que la señora estaba de pie, nunca lo quitó. La capacitación inició dando la bienvenida a las autoridades municipales y al representante de la OPS.

Hablaron los representantes sanitarios y el representante de OPS, quien hizo un discurso en español y sin ninguna traducción, siendo las parteras en su mayoría monolingües (tzotzil). Al terminar este discurso, una de las representantes de la jurisdicción empezó a aplaudir e instó con la mirada, reforzando el aplauso con mayor intensidad para que las parteras aplaudieran. Las parteras no tuvieron más que aplaudir ante el discurso de este personaje, solo así inició entonces la capacitación que culminaría el año 2010.

Tanto parteras como pasantes de enfermería habían demostrado su enojo, pero nadie se animó a externarlo de manera explícita. Empezaron entonces las pasantes de enfermería a realizar la capacitación en el cual dijeron que en base a las inquietudes que habían expresado las mismas parteras, ellas darían el taller de cuidados del recién nacido. Para este momento, ya se encontraba una persona realizando la traducción de la capacitación. Las autoridades de la Jurisdicción, las autoridades municipales y el representante de OPS salen del lugar.

La capacitación que tuvo una duración de 20 minutos, abordó:

- El baño del bebé: haciendo hincapié en el uso de productos comerciales destinados a recién nacidos: (jabón neutro, aceite de bebé, shampoo de bebé, etc.).
- Adecuación del cuarto del bebé: Enfatizando que el niño/a debería de dormir solo en una habitación aparte, con cierto tipo de iluminación y ventilación. Enmarcado en este comentario se les precisó que era necesaria la cuna para el niño.



- El tipo de ropa que debería de usar con el nuevo miembro en la familia y otros temas relacionados.

Cuando la capacitación terminó, las parteras estaban muy molestas empezando a hablar entre sí. En ese momento, una de las parteras que habla español, confronta a las pasantes ¿Ya terminaron, ya nos podemos ir? Las pasantes de enfermería con nerviosismo les contestan que la capacitación culminó, pero que no pueden aún retirarse, hasta que las autoridades no clausuren. En ese momento sale una de ellas a buscar a los encargados de la Jurisdicción y ellos se encuentran en el comedor del hospital almorzando. Mientras tanto las parteras ya están demasiado molestas y empiezan a externar su enojo.

Por fin llega la representante de la jurisdicción y es cuando una partera bilingüe toma la palabra y externa su malestar, a lo que las otras parteras asienten. Es cuando la representante de la Jurisdicción les dice que les tienen comida en el comedor y pueden pasar a traerla. Una de las parteras se levanta diciéndole que no se le ha entregado material para trabajar (antiséptico, guantes, etc). La representante empieza a demostrar nerviosismo por mi presencia ante el reclamo que hacían las parteras, diciendo que en los centros de salud tienen obligación de dárselos, a lo que la partera contesta: ¡pues no dan!

¡Es más! Dice la representante sanitaria, tienen que darles el ácido fólico... ¡ustedes tienen que darle el ácido a las “embarazaditas”!, la partera molesta le contesta: ¡Pues...., y si no lo quieren! ¿Qué podemos hacer nosotras? Mientras esto pasaba, una de las parteras se había acercado a hablarle a la médica tímidamente en tzotzil. Ante el estrés que generó la otra discusión, la representante sanitaria le alza la voz a la partera diciendo.... ¡A ver mamaíta, yo así no le entiendo! (mientras elevaba los brazos haciendo el gesto de Basta) ¿Qué es lo que quiere?, hable en español porque así no le entiendo. Ante este comentario, la otra partera le informa que lo que dice su compañera es que en su centro de salud no le quieren dar material.

La representante de la Jurisdicción levanta la vista hacia donde yo me encuentro y con nerviosismo justifica: No, allí le tienen que dar, pida porque nosotros les damos a ellos. Después de oír varios reclamos sobre la negativa de algunos centros a entregar material, insiste: ¡Se lo tienen que dar!, vamos, vamos, a comer que allí les trajimos comida. Muchas de ellas van a recoger sus tamales y salen caminando a sus comunidades, algunas de ellas venían desde muy lejos.

Si bien esta era la capacitación que tendría como objetivo ser la que mejor se otorgaba en el año, resultó un desastre desde el punto de vista ético, faltando el respeto a las parteras que asistieron. Nuevamente, a pesar de estar diseñado el espacio para ser “intercultural”, de estar presente los representantes del organismo que busca que estas políticas sean cumplidas, no fueron cumplidos ni por mínimo dichos objetivos. El hablar en español y exigir que sea la partera la que hable el idioma español, obliga a pensar sobre el cumplimiento del uso del idioma local dentro de esos espacios. Nuevamente el término embarazadita, remite a una posición simbólica de superioridad del sector sanitario hacia las mujeres y parteras, como también lo constituye el tiempo que fueron obligadas a estar.

La capacitación refleja un claro desconocimiento de las dinámicas de vida, vivienda, y capacidad económica de la comunidad, ya que sus consejos estaban adecuados a lugares urbanos de clase media. Si bien, hay ciertas cosas que en la capacitación se dijeron y que son importantes para el cuidado del niño, hubo otras que se encontraban totalmente fuera de contexto.

No todas las capacitaciones fueron de este tipo. Se hizo observación en capacitaciones anteriores, en donde el personal de salud que las impartía hablaba el idioma local o bien, había un empleado de la Jurisdicción para realizar la traducción, sin embargo estas otras capacitaciones presentaron otro tipo de fallos.

A las capacitaciones se tuvo acceso desde agosto hasta diciembre, exceptuando noviembre. De los 4 meses observados, la de diciembre corresponde a la narración anterior, El contenido de las otras tres capacitaciones versó siempre

sobre los riesgos en el embarazo y el parto. A pesar de que sí se abordaron los temas en tzotzil, las dinámicas planteadas nunca fueron participativas. Varias veces se vio que se ponían de acuerdo los trabajadores de salud en el momento, sobre lo que abordarían en la charla, omitiendo la calendarización antes planteada. Las parteras siempre estuvieron sentadas y el expositor hablaba alrededor de una hora o noventa minutos. Durante ese tiempo, las parteras dormitaban o hablaban entre ellas, nunca propusieron ellas el tema, ni tuvieron oportunidad de discutir sus experiencias con el personal de salud del hospital o del centro de salud. Nunca el personal del hospital se presentó a las capacitaciones. Según las entrevistas que se les realizaron, no les conocen, ni han intentado hablar con ellas.

Así pues en estas actividades, se rompe el esquema de horizontalidad que pretende una política intercultural en salud implementar, al interior de las instituciones de salud con enfoque intercultural. Las capacitaciones no son de enriquecimiento mutuo, demostrando una organización vertical, jerarquizada desde el sistema biomédico. No hay espacio para enriquecimiento mutuo, ya que estas capacitaciones son realizadas sin la presencia de los trabajadores de salud, que también interactúan en el proceso de atención a mujeres en el proceso gestacional dentro de las instalaciones sanitarias; negándose así, el espacio para que las parteras compartan su conocimiento a los trabajadores de salud biomédicos y la oportunidad a estos de conocer esas experiencias y compartirles sus conocimientos.

¿Responden este tipo de capacitaciones descritas a un trato humanizante del proceso de relación entre terapeutas y trabajadores de salud?, ¿Se abarca de esta manera un actuar integral, como pretende el título del proyecto de la casa materna en San Andrés? La Secretaría de Salud por medio de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural tiene en el plano discursivo, claridad sobre la importancia de estos elementos, pero en la práctica no logra una real aplicación en la búsqueda de una mejora, hacia la calidad en los centros de atención en salud.

Durante las entrevistas, todas las parteras aseguraron que asistían a las capacitaciones pues eran obligadas por el sistema sanitario. Que si bien aprendían cosas nuevas, era mucho el tiempo que se les demandaba, restándole posibilidad de encargarse de asuntos personales. Pareciera entonces que aunque se dé el nombre de intercultural a un proceso, este sigue constituyendo una forma de control hacia el proceso de atención que brindan las parteras, disfrazando en un título, relaciones desiguales y violentas que aún no pueden ser superadas del modelo tradicional biomédico. Es por ello que la interculturalidad como un discurso que implique ser políticamente correcto, enmascara realidades y arraiga las desigualdades al invisibilizar la reconfiguración de las relaciones discriminatorias hacia poblaciones indígenas, convirtiéndose más en un nuevo peligro que en un beneficio a la población.

### **5.6.3 La casa materna en la atención de mujeres.**

“La Jurisdicción Sanitaria II Altos, a través de su titular Leticia Montoya Liévano, dio a conocer el Plan de trabajo 2008, integrado con acciones interculturales tendientes a satisfacer las necesidades de salud a la población. En primer lugar se encuentra el fortalecimiento del hospital básico comunitario de San Andrés Larráinzar, mediante la capacitación de parteras y médicos tradicionales, así como la incorporación de traductores en el área de consulta externa y área hospitalaria para que de forma conjunta faciliten la labor médica.

Montoya Liévano, señaló que es de gran importancia la creación de “Casas Maternas” en las cabeceras municipales, con la finalidad de ofrecer a la población indígena la oportunidad de atender su embarazo, parto y puerperio de forma tradicional, con el apoyo de parteras y personal de salud para disminuir el índice de muerte materna. Así también, como realizar una labor de sensibilización a coordinadores de programas, directores de centros de salud y personal operativo, capacitar e impartir talleres sobre la importancia de la interculturalidad en salud al personal operativo de los 18 municipios de la Jurisdicción Sanitaria, para conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.” (Boletín 0338. Instituto de Salud De Chiapas, enero 2008).

Con estas palabras se anunciaba las intenciones institucionales en el 2008, de lo que llegaría a constituirse en San Andrés como Casa Materna. La creación del Hospital de San Andrés nace como una estrategia de acción para la reducción de

la mortalidad materna en la Región de los Altos Chiapanecos y la aplicación de políticas interculturales propuestas en los planes de gobierno, tanto Federal como Estatal.

Diez años antes, la muerte materna era de las principales causas de muerte en la mujeres en el municipio (Freyermuth, 1999), siendo una de las regiones que se requerían priorizar. Sin embargo para 2009, se reportaba un descenso en este dato, dando cuenta el Instituto de Salud un reporte de 63 muertes maternas en el estado chiapaneco, de las cuales 13 ocurrieron en la zona de los Altos (San Cristóbal de las Casas 10, Pantelhó 1, Las Rosas 1, Chamula 1)<sup>142</sup>; Larráinzar no había presentado muertes desde 2007 según los registros.

La Casa Materna, como estrategia de acción para reducción de riesgos en el embarazo, el parto y el puerperio de las pobladoras de San Andrés, se pensó como un espacio para alojar a las mujeres embarazadas, así como sus acompañantes. Esta casa pretendía ser un espacio resolutivo del periodo gestacional, en especial en estado de riesgo para la madre o el producto. Con el objetivo que tuviese aceptación por parte de las madres, se pretendió entonces garantizar la calidad de atención por medio de la aplicación de políticas interculturales de atención al parto adecuado culturalmente.

Su manual de procedimientos incluye: la aceptación de acompañamiento de familiar y partera en el proceso, relación en el ingreso al Hospital-Casa Materna con especialistas, trabajadores sociales y enfermería, además de la atención de la partera. Libertad para elegir la forma de parir, dando atención tanto médico como partera. El área de trabajo social, tendrá plena participación en este proceso, siendo el enlace principal entre el hospital y la Casa Materna. Está a disposición la casa tanto para la partera o para la familia de la embarazada, para que puedan cocinar. Incentivar por medio de charlas informativas y de sensibilización sobre la planificación familiar. Para ello en el plan, proponen 6 condiciones mínimas para garantizar la calidad en la atención en la casa materna:

---

<sup>142</sup> Estadísticas de defunciones maternas según entidad y municipio de registro 2009. INEGI. En red: [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=11144](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=11144)

1.- La embarazada debe permitir la valoración del médico de urgencias quien en conjunto con la partera, decidirán el manejo del parto. De esta forma, podrá trasladarse a la Casa Materna posterior a llenarse la hoja de alarma obstétrica, la que también será firmada por el ginecólogo.

2.- La embarazada debe contar con un acompañante o partera bilingüe para que funja como intérprete.

3.- Las mujeres que sean traídas por las parteras para el control o revisión en la Casa Materna, se les instará a que conjuntamente se realice la valoración ginecológica y/o urgencias.

4.- Se realizará un listado de las parteras que lleven embarazadas a la Casa Materna y así invitar y sensibilizar a las otras parteras para que usen las instalaciones.

5.- A las parteras que lleven a las embarazadas a estas instalaciones, se les proporcionará de forma mensual, reuniones de capacitación e intercambio de experiencias, sin que esto quiera decir que se excluya a las otras parteras.

6.- “Se deberá llevar un registro de ingresos semanal y mensual de las actividades realizadas, para evaluación e información a través de formatos oficiales”.

Ante ello ¿Qué es lo que realmente pasa en la Casa Materna? En realidad la Casa Materna tiene sus fallos, pero no son exclusivos de este espacio, sino pertenecen a toda una cadena tanto de las escuelas formadoras, como de la organización de la prestación de servicios en salud en México.

A nivel macro, podemos decir que las escuelas formadoras han dejado de lado el aspecto humanista y social en los trabajadores de salud; tanto de médicos como de enfermeras. El desconocimiento de las condiciones de vida de la mayoría de los usuarios de los servicios de salud pública, hace que al momento de formular proyectos, estos no puedan concretizarse en la realidad. También que al momento de dar consulta, no puedan comprender la realidad del que está delante de ellos,

sus representaciones y prácticas sociales, que forman parte de la situación socio-histórica, política y económica en la cual están inmersos.

El que se carezca de especialistas en el hospital, es producto de la formación del ejercicio de la medicina dentro de la lógica consumista, reforzada desde la formación misma. Para los especialistas el trabajar en una comunidad no representa estatus, ni un sueldo considerado “bueno”. La falta de este interés incide en que en el hospital de San Andrés, a pesar de haber plazas para especialistas, estas no hayan sido ocupadas.

Es por ello que para la aplicación de políticas de interculturalidad, no puede pensarse la cultura en sí misma, que es lo que pareciera pasar cuando constantemente mencionan los trabajadores de salud la frase “sus usos y costumbres”; ya que un individuo tiene múltiples identidades que influyen en lo local, pero generados desde lo global. Cómo se verá más adelante en los casos de las mujeres, no es lo mismo una andresera con licenciatura y negocios propios a una chica de 15 años que vive en situación de pobreza. Sus lógicas de actuación se verán reflejadas por su historia de vida.

A nivel medio, es decir de la forma operativa de la Secretaría de Salud, sus políticas de contratación y laborales, inciden también en el fracaso de la Casa Materna. Según encargados del hospital<sup>143</sup>, los especialistas no desean trabajar en esta zona, pues ganan incluso menos que en las zonas urbanas, es de esta manera que si bien el espacio fue creado para reducir tiempos en traslado hacia San Cristóbal de las mujeres con complicaciones, ni la Casa, ni el Hospital pueden cumplir completamente su cometido. Las mujeres asisten al hospital, al estar cerca de su casa, pero al momento de un traslado más lejano, deciden ya no hacerlo. Si existieran los especialistas dentro del hospital, podría reducirse ese rechazo a quedar en observación en el hospital y darle uso a la Casa Materna, que hasta el momento ha sido casi nula.

---

<sup>143</sup> Entrevista HE03TP

Las dinámicas interétnicas de exclusión y discriminaciones al interior de la región de los Altos, es otro de los motivos por el cual la Casa Materna no ha logrado funcionar. El ver a las parteras como un agente necesario de control desde el sistema biomédico, no permite que lo que desde la Secretaría se propone como “sinergia” entre los actores, pueda constituirse en una realidad. Esto se demuestra claramente en el plan trazado para el funcionamiento de la Casa Materna de San Andrés, en el que los actores involucrados de la Jurisdicción de Salud juegan un papel importante en la forma de discriminación hacia las parteras.

El dejar en la población la obligación de que los médicos les entiendan como se menciona en su plan, que dicta que sean las mujeres quienes se responsabilicen de llevar un traductor o una partera bilingüe, en vez de ser el hospital el encargado de ello, lo demuestra. Esto indica una falta de interés político e institucional para la aplicación real de las políticas de interculturalidad por parte de las autoridades. El no preocuparse por contratar médicos bilingües o en su defecto proveer a los trabajadores de curso de idioma tzotzil, también señala que la interculturalidad queda nada más como un discurso de lo políticamente correcto, ya que el Instituto de Salud no le provee al personal de salud capacitación y sensibilización en materia de aplicación de políticas interculturales, dentro de los espacio de atención en salud.



## Capítulo VI

### 6. En el limbo: Trayectorias de las mujeres en la atención del parto.

El centro de salud, entidad que se encarga en la cabecera municipal y algunos parajes de San Andrés de otorgar la atención médica, así como dar seguimiento a los embarazos lleva como parte de sus obligaciones, un registro de los embarazos con riesgo en su área de cobertura. A pesar de que en la primera fase de campo se había tenido contacto con diferentes madres, no es sino hasta el 2011 que se puede contactar a las madres, gracias al apoyo del centro de salud. La mayoría de las madres entrevistadas formaban parte de esta lista. Es por ello que los casos que a continuación narro, son en su mayoría con riesgo.

Para septiembre de 2010, el centro de salud registraba a 43 mujeres embarazadas en con alto riesgo. Las causas de esta catalogación estaban referidas a ser multíparas, parto intergenésico, antecedente de muerte y abortos. Aquellas catalogadas como de riesgo medio eran las que presentaban diabetes gestacional.<sup>144</sup> De los casos presentados a continuación, 3 de ellas pertenecen a la lista. Manuela, el primer caso; no estaba registrada en el centro de salud. Todas las parteras que atendieron estos casos, forman parte del listado de parteras certificadas por el servicio de salud.

El centro de salud les exige a las parteras que entreguen un registro en una hoja con ideogramas<sup>145</sup> en las cuales deben registrar por mes, el número de embarazos y partos atendidos, normalidad o complicación de los mismos y generalidades del neonato. En lo observado, esto no se realiza, ya que desde el centro no se les entregan estas hojas y por ser analfabetas, estas piden a personas alfabetas que les anoten los datos que requieren entregar al centro de salud. Deben también llevar a las madres con sus bebés para que sean tomados los tamices y control de su puerperio. Las mujeres por su parte y como ya se ha

---

<sup>144</sup>Diario de campo, 6 de septiembre de 2010.

<sup>145</sup> Ver anexos.

dicho, en especial las beneficiarias de Oportunidades, deben de cumplir con consultas mensuales y asistencia al llamado “club de embarazadas”.<sup>146</sup>

Retomando la delimitación espacial del trabajo y los actores con los cuales se trabajó, es necesario considerar nuevamente algunas de sus características, ya que estas características determinan el recorrido de la atención de cada una de las madres:

- El trabajo aborda únicamente la cabecera municipal y un paraje de la misma, por lo tanto el actuar de estas mujeres, los recursos con los que contaron y el acceso a ciertos espacios son diferentes a los de una comunidad distanciada del centro.
- No es una comunidad rural y campesina totalmente, tampoco es una comunidad urbana, ya que es una cabecera municipal en un área de bajo desarrollo socio-económico. Sus habitantes viven tanto de la agricultura, comercio, ser obrero/as migrantes o estar laborando en el sector servicios, en las comunidades cercanas que los requieren.
- Como en todo México, la capacidad económica de las diversas personas que componen la comunidad, varían. Estas capacidades económicas le dan a mujeres diferencias en su forma de actuar y sobre todo, de tomar decisiones para su crisis en el parto.
- Es una comunidad indígena, marcada por los eventos de dignificación indígena-campesina chiapaneca, pero también por la historia que llevaron a este punto. Aunque no todos se adscriban a esta línea política, las condiciones históricas les han generado un contexto similar.
- En cuanto a esto, es de tomar en cuenta que en la cabecera municipal, es donde se encuentran las instancias representativas del Gobierno Federal y Estatal, por ende los servicios de salud, en especial hospital y centro de salud se encuentran allí mismo.

---

<sup>146</sup> En los meses que yo estuve, solo se realizó una reunión-

## 6.1 Por los senderos de la atención.

A continuación se presentan 4 casos de la trayectoria de atención que siguieran las mujeres, dando énfasis al parto y las estrategias utilizadas frente a una complicación, en las cuales entrelazan los ámbitos del hogar, comunitario e institucional.

### *Caso 1*

Manuela

Paraje Nachitón (paraje de San Andrés)

Madre primeriza.

Manuela una tímida joven de 15 años vive en un paraje de nombre Nachitón, cercano a la cabecera municipal de San Andrés. Este paraje, se encuentra a 15 minutos a paso ligero por el camino que lleva a Puerto Cate. Reside con su familia, la cual está compuesta únicamente por mujeres. Viven con ella sus hermanas, madre, tía y abuela. Tienen una baja calidad de vida, ya que sus ingresos económicos son mínimos.

Manuela empezó a ser cortejada, como suele sucederles a las mujeres de esta edad en la comunidad, por un hombre mayor que ella, el cual vivía en la cabecera. Ella quedó embarazada del hombre que la cortejaba. Cuando Manuela se enteró, tanto ella como la familia se lo informaron a él, con el objetivo que se hiciera responsable de la chica y su hijo.

El padre del niño al saberlo, les hizo saber que no se haría cargo del niño. Les exigió que no se acercaran a la cabecera, situación que incidió en que la joven nunca reportara su embarazo en el centro de salud y por ende, no recibiera atención médica. El motivo de la amenaza del hombre se relacionaba a que este ya tenía familia, con los que residía en el centro del pueblo. Ya avanzado el octavo mes de embarazo, éste vuelve a acercarse a la familia para decirles que él no se haría cargo de la chica ni del niño, pero esta vez recurrió a la violencia física al intentar ahorcar a la joven embarazada, mientras la amenazaba frente a toda su

familia. Fueron varias las veces que Manuela con rabia y tristeza externó a su familia el deseo de no querer el hijo, diciéndoles que lo regalaría o abandonaría. La madre preocupada siempre por los comentarios que Manuela hacía, le dijo que el bebé se quedaría en casa y que ella asumiría la responsabilidad del mismo.

Fue sin el acompañamiento del padre del bebé, como suele suceder en la comunidad, que se buscó a los siete meses del embarazo, partera que la atendiera. Por dicho motivo, su madre fungió ante la partera con la función que le corresponde según las prácticas sociales de la comunidad, al hombre. Por no llegar el padre del niño, la partera se negó varias veces, hasta que finalmente accedió a darle atención a la joven:

*“Pero la partera se negó, se negó, no, no quiso. No quiso rápido, dijo que no podía. Ahora sí que lo vamos a decir. Como ella no había, no había quien era el papá.... -Mientras no traen el papá del que está esperando su hija, yo no puedo ir a atender a su hija-. Pero no, haceme el favor, es que yo no sé cómo se encuentra, entonces ya la partera vino. Sí vino, pero sí se hizo de rogar”<sup>147</sup>.*

Cuando finalmente acepta y como forma de agradecimiento, la madre le da 25 pesos, haciéndole saber que ella se haría responsable de “su sueldo”. Es probable que la partera haya aceptado el trabajo porque había atendido a todas las hermanas de Manuela que han tenido hijos. Cuando llegó a la casa para tallar a la chica, la madre le proporcionó un refresco y hablaron de que el niño venía mal acomodado, pero que aún así ella lo podía atender, que no era necesario ir al hospital, pero que la chica tendría que tener cuidados más rigurosos que los que comúnmente la embarazada tiene. La familia y la chica le externó su deseo de no asistir a un hospital aún cuando se presentara una emergencia en el parto.

*“Ella definitivamente no se iría al hospital, ella no sabe como atienden, nunca se han atendido con doctores, nunca han tenido relación con médicos. Entonces ella*

---

<sup>147</sup> Entrevista M01

*lo que más confían con ellas es la partera, porque ella ya le aseguró que si se va a aliviar acá, ella si se va a aliviar bien*<sup>148</sup>.

Manuela relataba que no era el embarazo al que le tenía temor sino al parto, por desconocer la experiencia. Fue un 13 de diciembre el día que ella “se alivió”, pero las contracciones empezaron el día anterior. El día 12 de diciembre, a la una de la tarde empezó con dolores. Tuvo dolor toda la tarde del primer día, siguió con dolores al día siguiente por la mañana, hasta que dio a luz por la tarde. La familia le había preguntado varias veces a Manuela si creía necesario mandar por la partera, pero ella siempre contestaba que aún aguantaba el dolor. Fue hasta el medio día del día 13, que la familia llamó a Doña Hortensia para que la ayudara.

Doña Hortensia llegó a atenderla, rezando mientras preparaba las hierbas con las que haría los dos diferentes tés, necesarios para ayudar a apresurar el parto. Ni Manuela ni su madre oyeron los rezos, ya que hablaba entre dientes, en palabras de doña Hortensia; hacia dentro de su corazón. Al ver que los tés no surtieron efecto, y que el nacimiento del bebé estaba demorándose, doña Hortensia envió a la madre al pueblo, con el fin de comprar en la farmacia la inyección para apurar el parto la cual le aplicó enseguida.

Si Manuela hubiera tenido su pareja, este le hubiera ayudado en sostenerle en la posición del parto, pero fue su madre la que le apoyó para sostenerla, mientras paría en la posición que es costumbre en la comunidad (hincada). Fue hasta las tres y media de la tarde que Manuela por fin dio a luz a su pequeño.

Posterior al parto y alumbramiento, la mamá de Manuela la vendó muy bien con una manta, desde debajo de los pechos, hasta el vientre. Esto para evitar que le de la “alteración”, ya que si ésto se produce, puede causarle la muerte a parturienta. Por ello es necesario que las madres tengan que pasar 15 días vendadas con la manta. También la madre de Manuela le dio su baño con agua caliente, para evitar que se enfriara.

---

<sup>148</sup> Traducción de las palabras de la madre de Manuela. Entrevista M01

Antes de que se retirara doña Hortensia, ya la familia había preparado el caldo de pollo, para que la recién parida comiera y se calentara, comida que compartieron junto a la partera. La mamá de Manuela y Doña Hortensia hablaron sobre el “agradecimiento” por ayudar a Manuela a aliviarse. Doña Hortensia quería 300 pesos, porque había sido niño. La mamá de Manuela le dijo que no podía, que solo podía darle 200 pesos porque ellas eran pobres, a lo que al finalmente accedió la partera. Al otro día regresó para ver cómo estaba el bebé y la nueva madre.

Doña Hortensia antes de irse le dio ciertos consejos para su cuidado: Le recomendó no alzar cosas pesadas, tampoco podría caminar hasta 20 días después de su parto, no cocinar ni lavar. Por eso, y como parte de su trabajo como partera, doña Hortensia le lavaría la ropa hasta el tercer día. La madre de Manuela veía que su hija estaba muy débil, por lo que pasó por la farmacia preguntando que era bueno para la debilidad. Allí le recomendaron vitaminas, sin embargo no pudo comprarlo por carecer de recursos para ello. Para suplir las vitaminas que no puede comprar en la farmacia, todos los días le prepara hierba-mora<sup>149</sup> y otras hierbas. Dos meses son los que tendrá que estar en dieta en la cual podrá comer arroz, caldos de pollo o de res, frijoles, papas hervidas. Para que produzca leche, se le dará agua de arroz, no deberá comer carne de puerco porque es muy fría.

Unos días después de que nació el bebé, el hombre que embarazó a Manuela llegó nuevamente a la casa de la familia, diciendo que el cuidaría de Manuela y el bebé. La condición para que él se hiciera cargo de ambos, era que Manuela se trasladara al centro de la población a un cuarto que él le alquilaría. La mamá de Manuela no está del todo convencida de que se lleve a su hija a vivir a un cuarto, pero al pensar la situación económica de la familia, cree que es lo mejor que pueden hacer.

— — —

---

<sup>149</sup> Solanum Americanum Solanaceae

El proceso de Manuela es de vital importancia para comprender como siendo ella sujeta de múltiples desigualdades, estas pudieron haberse conjugado para desembocar en su muerte, durante la atención del parto. Ella es el caso más evidente de una sociedad patriarcal que vulnera a la mujer, al impregnarle un rol de género pasivo y subordinado a los hombres y a mujeres con mayor edad, que reproducen el patriarcado. Víctima de violencia psicológica y física, le lleva a no acceder a servicios de salud para su control pre-natal y post-natal. Tanto ella como su familia temían a las represalias que el hombre pudiera tomar, incidiendo en su trayectoria. A ella como mujer joven, desde un inicio se le despoja de su capacidad de elección, tomando la madre todas las decisiones y acciones frente a su embarazo y parto. Es la madre, quien se convirtió en su cuidadora, y quien elige las vías de atención al embarazo y el parto, despojándole de la toma de decisiones.

Manuela representa un caso de mujer indígena, pobre, sin educación y subordinada ante su rol femenino dentro de espacios en el que el machismo les niega ser sujetas de derechos; elementos que en muchas de las muertes maternas son los determinantes para que los desenlaces ante una crisis culminen en el deceso de la madre. Aunque en la comunidad no se acostumbra el casamiento sino la unión de hecho, la vida de pareja se construye en la práctica de la misma manera; es por ello que el carecer de la pareja, le causa problemas en la forma en cómo está vista por la comunidad como una transgresora de la norma comunitaria, influyendo incluso en la negativa de la partera para proveerle atención. La negación de la partera a atenderla sin la presencia del hombre, la negativa de la familia a llevarla al servicio de salud y la incapacidad económica de la familia para afrontar una crisis que requerirá dinero son elementos que refuerzan las acciones de una sociedad que se mueve dentro de las desigualdades de género, pero también económicas.

## Caso 2

Concepción

Cabecera de San Andrés.

Múltipara

Concepción, es una mujer de 31 años quien proviene de una familia de comerciantes. Posiblemente por esta razón, tanto ella como su hermano cuentan con alta escolaridad, teniendo estudios de pregrado. Actualmente ella es propietaria de un negocio y su esposo labora, lo que les da una holgada condición económica. Ella se reconoce como indígena, a pesar de no llevar el traje andresero, costumbre que su madre aún guarda.

Hace 7 años, cuando estaba embarazada de su primer hijo; tanto ella como su esposo no tenían las condiciones económicas para atenderse el embarazo y el parto por medio de médicos privados, por su situación de recién unidos. Por ello siempre atendió su control prenatal en el centro de salud de la localidad. A diferencia de ahora, ella piensa que en ese entonces la calidad de atención que le brindaban era muy buena.

*“Yo siento que en ese entonces sí me trataron muy bien. En ese entonces, el director era otro y por eso funcionaba bien. Él sí sabía manejar a sus doctores. Yo me acuerdo que cada vez que llegaba me pesaban, me medía y todo”.*

En el primer embarazo, inició el proceso de atención del parto en el hogar con la ayuda de una partera, pero al complicársele, mandaron a llamar al doctor, quedando la partera auxiliando al médico en lo que restó del parto. En esa ocasión fue Concepción quien decidió llamar al médico con el apoyo de su esposo, sus padres y sus suegros que se encontraban en la casa.

Concepción contrasta las diferencias de atención en el embarazo y el parto que ella ha experimentado con las de su madre. La madre de Concepción le ha contado que cuando ellos nacieron, no le ayudó partera, siendo su bisabuela la que le ayudara en cada uno de los partos que tuvo. Fue su abuela quien le



transmitió todo lo relativo al cuidado postparto y del recién nacido, siendo ella quien ahora le da esas enseñanzas, pero toma en cuenta también todo lo que los médicos le recomiendan.

Con su segundo hijo, buscó partera sólo para que le tallara, pero en realidad quien llevó el control del embarazo hasta aproximadamente el séptimo mes, fue un familiar que es médico. Asistió entonces al centro de salud para que le hicieran su control de embarazo, pero le dijeron que no podían atenderla y la enviaron a casa con un poco de vitaminas. Se queja que en esa ocasión, ni siquiera la pesaron o midieron. Fue entonces que buscaron atención ginecológica en San Cristóbal de las Casas en el ámbito privado. La ginecóloga les informó que su niña traía el cordón enrollado y que estaba mal posicionada, por lo que era probable que tuviera que atenderse en el hospital. Ella sintió confianza con la médica, por lo que decidieron continuar con ella su control prenatal.

*“Me quedé con ella porque se veía que era buena en su trabajo, sí me explicaba, era amable y se veía bien”.*

Recurrió una segunda vez al centro de salud, pero nuevamente no le gustó la atención que le dieron.

*“Fui una segunda vez al centro de salud, pero me volvieron a atender mal. Yo ya sabía que la niña estaba sentada y en el centro de salud la Doctora XX fue la que me atendió, solo me midió. Ya no fui más, porque me dijo incluso que venía bien, me tocó la panza y me dijo que todo estaba bien. Como yo ya sabía que tenía complicaciones, le dije: Yo me fui a ver con otro doctor y me dijo que la niña está sentada. Me volvió a tocar y me dijo: sí, sí, sí. Por eso ya no me dio confianza y ya no volví a ir”*

Ella actualmente sólo va al centro de salud por control de vacunas de sus hijos, ya que en la esfera privada estas son muy caras, aunque no confía en la atención del centro de salud.

Ella afirma: *“Cuando yo tuve mi primer niño, la gente que atendía en el centro de salud era muy buena. Ahora no sé qué pensarán, si por el hecho de ser indígenas nos ven no sé cómo. Yo sí veo que tratan muy mal a las mujeres. Yo porque no me dejo. Fíjese que fue tanto que una vez los iban a echar porque no atendían. Se metían a una oficina a comer y no les importaba la gente. Yo siento que acá no tratan bien, yo prefiero allá el hospital.<sup>150</sup> Yo siento que allá el trato es mejor, lo malo es que allá no hay especialistas, pero la verdad si ha venido a ayudar”*.

El parto de su segunda hija, se realizó en un hospital de San Cristóbal de las Casas, en donde no hubo intervención de partera.



En el caso de Concepción, resalta la capacidad de decisión ante su trayectoria en la atención. Ella tiene capacidad de elección en su crisis, exigiendo a su familia (a su esposo), que sea trasladada. Hay dos elementos que ayudan significativamente a esto: La primera es que cuenta con un alto nivel educativo, lo que le ha dado acceso a un mayor nivel de empoderamiento, a diferencia del de las otras madres. Un segundo punto que interesa, es que ella es familiar cercano de uno de los médicos del pueblo, lo que le da acceso a información con las que las otras mujeres no cuentan. De todas las madres que se entrevistaron, fue únicamente Concepción aquella que dijo basar su elección en la percepción de calidad que tiene de los servicios de salud, también la única que dijo estar en desacuerdo en la forma de atención, haciendo relación entre la calidad y calidez en la atención que otorgan los médicos del sector público con su identidad étnica. Identifica además la relación de mala calidad con discriminación étnica.

Su capacidad económica le permite a Concepción servirse de los servicios públicos, ya que solo asiste por economizar gastos en relación a las vacunas de sus hijos. En cuanto a la atención de su parto, el primero determina la forma en cómo atenderá el segundo. El “miedo” a volver a “sufrir” hace que la atención se busque prácticamente, solo por el ámbito biomédico. Tanto capacidad económica

---

<sup>150</sup> Hospital básico comunitario de San Andrés Larráinzar.

como autonomía, permiten a Concepción elegir los servicios que le prestarán atención a su embarazo y parto, incluso enfrentar a los trabajadores de salud de servicios públicos para decirles que su trabajo está mal hecho. Su trayectoria de atención en sus embarazos, le ha creado un parámetro de comparación, con lo que puede valorar la calidad de uno u otro servicio en relación a la confianza.

Si ella no tuviera la opción de atenderse por vía privada, existe la posibilidad que esta actitud le hubiera provocado problemas ante el servicio, probablemente reflejados en malos tratos o una negación explícita a la prestación del servicio. En su historia se plasma la confianza que ella siente en el servicio biomédico para el seguimiento de su embarazo, pero no puede dejar de lado el ser atendida por la partera para las “talladas”, algo que el servicio biomédico no se provee y que si forma parte de su lógica de la atención para el embarazo y parto.

En el primer parto de Concepción, a consecuencia de la complicación en el parto, el manejo lo realizó un médico, con la activa colaboración de la partera. De los 4 casos narrados, es el único que logra los objetivos de colaboración mutua que pretenden las políticas interculturales entre médicos y terapeutas tradicionales.

### Caso 3

Luisa

Cabecera de San Andrés.

Múltipara

Luisa, joven de 23 años; vive en la cabecera municipal de San Andrés. Tiene terminada su educación media. Actualmente está embarazada y se dedica a las labores domésticas. Su esposo cuenta con negocio propio instalado en el local de residencia.

Luisa afirma que la primera vez que llegó donde la partera en su primer embarazo, fue cuando tenía 5 meses; a diferencia de su llegada para control en el centro de salud, que fue a los dos meses de embarazo. Actualmente le llevan un monitoreo estricto mes a mes, porque ha presentado presión alta. Prácticamente la función de la partera en este embarazo se reduce a que la tallen por lo menos una vez por mes. La tallada es necesaria porque *“a veces se mete en un rincón en donde molesta y eso es donde lo acomodan. Sí, es incómodo pues, y la partera es quien lo acomoda, lo pone otra vez en su lugar”*. En el actual embarazo afirma que su hijo nacerá en hospital ya que tiene miedo a repetir la experiencia de su primer parto donde presentó serias complicaciones.

En su primer embarazo, no presentó complicaciones. Ella llegó con la partera cercana a su domicilio a pedir junto a su esposo el “favor” que les atendiera. La partera aceptó y desde ese momento empezó a asistir con ella para que le revisara y tallara. Por ser el primer parto de Luisa, ella no tenía ningún parámetro con el cual contrastar lo que le iba sucediendo: Desde el inicio de los dolores hasta que resolvieron su posterior traslado transcurrieron 2 días recuerda, en los cuales la partera estuvo con ella. Su familia empezó a ver que se debilitaba, ya casi no podía hablar. Ella también se dio cuenta que se sentía muy mal y cada vez se debilitaba más y más. Fue entonces que Luisa le pidió a su esposo que la trasladaran, porque no se sentía bien y tenía miedo.

*“Yo así no puedo le dije, No vaya a ser que le pase algo a aquella o que nos morimos juntos. ¡Yo no puedo tenerla así!”*

Fue cuando los padres de Luisa aceptaron que se le llevara al hospital. El esposo y los suegros también accedieron a la petición de Luisa. Entonces su esposo llamó a don Edgar, quien es el encargado de manejar la ambulancia, el que la llevó hacía el hospital básico comunitario, que se encuentra a la salida del pueblo. Le acompañaron los padres y el esposo, a quién uno de los médicos abordó para pedirle explicaciones del estado de Luisa. El explicó que la atención la había comenzado a dar una de las parteras certificadas del pueblo, pero que hubo un momento en que se dieron cuenta que ya no era procedente, por lo que habían decidido el traslado. Ante esto, el médico trató de convencer al esposo para que tomaran acciones legales contra la partera, a lo que el esposo se opuso, aduciendo que la partera era de la comunidad.

Ya en las manos de los médicos, Luisa perdió el miedo que le había generado la crisis en la atención que le había proporcionado la partera. En el hospital básico le hicieron referencia a San Cristóbal, a donde se la llevaron de urgencia. Una vez allí, pasó inmediatamente a quirófano, en donde le practicaron una cesárea. La médica que le atendió le dijo a Luisa que si no hubiera dejado tanto tiempo la complicación, su hija hubiera nacido sin necesidad de la operación. A causa de esta complicación, tuvo que estar en el hospital por cuatro días. Cuando egresó, le recomendaron tener ciertos cuidados, entre los que se encontraba no lavar, y no cargar cosas pesadas durante un lapso de dos meses. Fue por eso que su mamá, su suegra y su esposo ayudaron en su cuidado. Su abuelita le ayudaba a lavar la ropa. Fueron ellas quienes también le enseñaron lo relativo al cuidado del niño recién nacido.

Después de la primera experiencia, Luisa ha quedado con miedo de ser atendida en su casa. Por cuestiones relativas a los costos, utilizará los servicios públicos, estando segura que a la partera únicamente le pedirá que le talle durante el embarazo, pero el parto lo realizará en el hospital a donde la refiera la doctora de

la clínica del centro de salud. Su esposo tampoco quiere que vuelva a arriesgarse al ser atendida por la partera.

*“Así también me dijo a mí. Eso sí ya no, partera ya no. Ya sólo para que te lo acomode o yo no sé, pero que te atienda otra vez ya no. Mejor médico y así ya.”*

— — —

De los cuatro casos analizados, Luisa es la única mujer que llega al Hospital Básico Comunitario de San Andrés, en el recorrido por las instancias de atención a las que acude frente a su complicación en el parto. En este caso, la exigencia para el traslado de la mujer no tiene la misma intensidad que en la del caso de Concepción. Luisa cuenta con una educación formal elevada, pudiendo esta influir en la autonomía para la petición de su traslado, pero la decisión final recae siempre en el esposo y el resto de la familia.

Luisa asume ya muy tarde el peligro que le significa la complicación. La partera nunca le manifestó que estuviera complicándose el parto y tampoco le recomendó el traslado para la atención en el hospital. Al ser su primer embarazo, ella no cuenta con un parámetro de comparación para saber si esto es normal. Es su familia quien se percata del problema, y posteriormente; ella asume que lo que sentía no era lo común. El miedo de morir o que muriera la criatura es la que le anima a pedir su traslado, decisión que la familia apoyó. En el momento de su crisis, la red social que le acompaña en el parto fortalece el proceso para el traslado.

Su llegada al Hospital Básico solo fue para una valoración inmediata, que les permitiera trasladarla hacia el Hospital de la Mujer. Si en el hospital trabajaran los especialistas, esta no tendría que haber salido de su comunidad; situación que pudo haber desanimado a la mujer o a la familia de esta. Esta experiencia en donde ella se sintió en peligro, le causó y sigue causando mucho temor. Por ello en el actual embarazo, ella desea parir en un hospital, ya que ha perdido la

confianza hacia la partera. A pesar de ello, Luisa ha decidido seguir dando seguimiento con la partera para los masajes, tal y como Concepción lo hace.

#### **Caso 4**

Carmen

Cabecera de San Andrés

Múltipara

Carmen con 21 años cumplidos es madre de tres niños y vive en la cabecera municipal. Actualmente ella cuenta con el apoyo del programa Oportunidades y Seguro Popular.

Cuando ella quedó embarazada la primera vez, comenta que tuvo un embarazo normal. Fue en la atención del parto y siendo atendida en un inicio por la partera, que presentó cierta complicación. Su esposo y ella creían que el niño estaba tardando mucho para nacer, por lo que él acudió a la doctora del centro de salud, con el fin de que ayudara en lo que asumían como una complicación.

Tanto la partera como la médica estuvieron toda la noche con ella esperando el nacimiento. La doctora le informó que no era que estuviera presentando una complicación, sino que aún faltaba tiempo para el nacimiento; recuerda que ese nacimiento fue doloroso, pero lo asume al hecho de que era su primer parto. Carmen recuerda que fue un día lunes que iniciaron los dolores y no fue sino hasta el miércoles que logró dar a luz, tiempo en el cual se agotó mucho.

Su segundo parto, ella lo recuerda sin ninguna complicación, incluso con rapidez. Sin embargo en su embarazo, sí presentó complicación ya que sufría de presión alta. Del centro de salud la refirieron al hospital en San Cristóbal de las Casas al octavo mes de embarazo, donde estuvo internada. Se le dio el medicamento y el centro de salud le estuvo dando seguimiento, hasta que completó los nueve meses. A pesar de esta complicación en la etapa del embarazo, ella recuerda un parto rápido y sin mayor dolor.

Para atender este parto, llamaron a una partera y su suegra estuvo al pendiente durante el proceso de dar a luz, sustituyendo a la madre de Carmen, quien había fallecido. Por estas complicaciones previas, el centro de salud le catalogó a



Carmen en su último embarazo, dentro de la lista de las mujeres con riesgo. En el centro de salud le recomendaron a la partera que le ayudaría en su tercer parto, ya que ellos cuentan con un listado de las parteras capacitadas.

*“Entonces ya, como recomiendan también ellas, me las recomiendan en el centro de salud. Porque sí hay otras parteras que no: por ejemplo mi esposo tiene también una abuelita que dice también que es partera, pero no. No... no, no, no muy confío en ella. Mejor confío en ella [La partera capacitada], porque ya sé que ellas tienen más capacidad, digamos tienen más conocimiento”*

Carmen refiere que al inicio no tenía conocimiento de su tercer embarazo, ya que tenía periodos menstruales irregulares. Al percatarse de esta irregularidad y asumiéndola como un padecimiento y no como embarazo, asistió al centro de salud, al que constantemente acude para control y atención de enfermedades; acción que siempre acostumbra, pero también tienen la obligación por ser beneficiaria del programa Oportunidades. En la clínica la refirieron hacia el laboratorio del hospital básico de San Andrés, para que le realizaran exámenes y así descartar embarazo. Los resultados fueron positivos y por ende su centro de salud le inició un temprano control del embarazo y la catalogó como de alto riesgo. Por el seguimiento que se le daba y los resultados de los ultrasonidos, ella sabía la fecha aproximada del parto

Buscó también para la atención de su embarazo a una partera, pero con ella llegó ya cumplidos los 6 meses de embarazo. Por haberle atendido un parto anterior, ella busco a doña Ignacia, ya que confiaba en ella. Si bien en el centro de salud le pesaban y medían cada mes; con doña Ignacia buscaba el que le tallara para acomodarle el bebé, cuando este se posicionaba mal, provocándole incomodidad. Acostumbraba asistir con doña Ignacia cada 15 días o cada mes, dependiendo de los malestares que presentara. Así fue que a la hora del parto, fue a doña Ignacia a quien se le llamó para que le atendiera.

El domingo por la mañana Carmen recuerda que se levantó a las ocho de la mañana, más tarde de que habitualmente acostumbra y cuando fue al baño,

rompió fuente. Los dolores en el vientre los tenía cada hora, manteniéndose así hasta el domingo en la noche. A las doce de la noche, ya los dolores eran cada media hora, reduciéndose posteriormente el lapso de la contracción a cada veinte minutos cuando eran las 5 o 6 de la mañana. Doña Ignacia la había acompañado desde las tres de la tarde del domingo. Para apurar el parto le dio a beber varios tés, dentro de los cuales se encontraba el té de mixto. Le dio el domingo y el lunes le volvió a dar más hierbas; pero las contracciones seguían siendo espaciadas en lapsos de 20 minutos.

A las 10 de la mañana del día lunes 15 de diciembre, sintió que las contracciones eran más seguidas, pero a diferencia de lo que había experimentado con sus otros dos partos, estas contracciones llegaban a parar mucho tiempo. Aún así, Carmen fue animada por la partera para que pujara. A la 10:30, mientras ya coronaba el bebe, las contracciones volvían a detenerse en largos lapsos, por lo que ella pensó que empezaba a complicarse la fase expulsiva. Aún sin contracciones, la partera le pidió que siguiera pujando, ya que la cabeza del bebé estaba afuera, informándole que si no expulsaba completamente a la niña, esta podía morir. Pudo culminar con el parto del bebé, pero fue un proceso muy desgastante según recuerda.

El alumbramiento presentó también dificultad, por ser muy largo el período de expulsión. Fue entonces que doña Ignacia decidió intervenir tirando manualmente de la placenta. Le informó que le realizaba esta maniobra ya que de lo contrario, la placenta se le podía “pegar”, causándole mayor complicación. Carmen recuerda que el dolor en esta etapa se tornó insoportable, el cual no recordaba haber presentado en sus otros dos partos, teniendo también la sensación de no poder respirar.

Parte de las maniobras que utilizaron para este fin, fue el de la tallada con fuerza, actividad que llevaron a cabo su concuña y su suegra, siendo una maniobra que le causó mucho sufrimiento. Ya que el dolor no se atenuaba, su esposo y la partera asistieron al centro de salud donde labora el tío del esposo, con el fin de pedirle medicamento para calmar el dolor. Al tomar el medicamento, este malestar

disminuyó pero no desapareció, por lo que creyeron prudente inyectarle también el medicamento.

*“Entonces ya igual se había quitado un poco el dolor, pero sentí que no. No, no y no era yo, entonces sentí que no era normal, me dolía mucho mi vientre. Entonces dije, entonces dijo el tío, entonces mejor te vamos a inyectar, me dijo. Y es que parece que me dolía, ¡Ay! Hasta mi cintura me dolía... ¡Ja, no!, hasta mis huesos, hasta mis huesitos (área de pubis).*

La partera se retiró después de esto, pidiéndoles que le avisaran si algo pasaba. Sin embargo el dolor siguió y no se le llamó a la partera, sino fue el tío quien le siguió proveyendo de medicamento.

*“...Si me dolió mucho, entonces me dijo [el tío]: Entonces te vamos a poner inyección para que se te quite. Entonces me pusieron como tres inyecciones, el lunes, el martes, pero ni así, ni así se quita. Entonces ya de allí, ya tenía una semana, seguía el dolor, tenía yo mucho dolor, no se me quitaba, entonces ya supimos que no era así”*

Después de una semana del parto y aún con dolor y a su parecer poco sangrado, Carmen asistió al centro de salud a decirle a la doctora lo sucedido y consultarle sobre la razón de la persistencia del dolor. La doctora le hizo preguntas respecto a la atención que le habían brindado y, en especial; le preguntó si habían jalado de la placenta. Carmen le confirmó que habían tallado con fuerza, además de haberle tirado de la placenta, lo que a la médica le hizo pensar que por sus síntomas, aún presentaba restos placentarios. Fue así que la refirió de urgencia al Hospital de San Cristóbal de las Casas.

Preocupados su esposo y ella acudieron rápidamente al Hospital, donde les atendió un ginecólogo, quien descartó la complicación que la doctora del centro asumía y les dejó únicamente desinflamatorios. Regresaron a la comunidad y tomó el medicamento recetado, pero el dolor no mermaba, por lo que pensaron en llamar a la partera para preguntarle sobre el malestar.

La partera llegó a atenderla, no sin antes regañarles por no haber avisado de la complicación. La partera asumió ante ellos su responsabilidad, por no haber regresado a checar su estado y asumir que se había desarrollado con normalidad el post- parto. Le preguntó sus actividades después del parto, a lo cual Carmen le comentó que se había bañado al día siguiente, estando el clima muy frío.

A pesar de que el baño no es una actividad restringida después del parto, si es un evento que debe tener cuidados extremos en el sentido de la lógica de la polaridad frío-caliente en el embarazo y parto. Carmen razona que su cuarto de baño está en la parte exterior de la casa y al hacer mucho frío, por lo que el cambio de un baño tibio a un ambiente frío le afectó.

*“¿No se tienen que bañar después del parto? No, creo que sí, pero no así que esté fuera. O sea que si está adentro de la casa, pero como está mi casita así, entonces no. Y como fui hasta allá y como había mucho frío, entonces por eso. Si, es lo que me dijo la partera; sí, es que se enfrió. Si es que fuera así el clima<sup>151</sup>, creo que no hubiera pasado nada; pero como había mucho frío, todo nublado, lloviznando y me tuve que bañar”*

Doña Ignacia le confirmó que su padecimiento remitía a un enfriamiento de matriz, pues a su parecer; coincidían sus acciones con la presencia de la complicación. El lunes había parido, el martes se bañó y el miércoles empezó con los malestares, lógica que remite al padecimiento.

Para calmar el dolor y malestar, doña Ignacia le recomendó que tomara té de ruda. Este té debía de tomarlo durante 3 días, con lo que finalmente Carmen sintió alivio; no solo en cuanto al dolor que sentía, sino que nuevamente vino una cantidad normal de sangrado. En un lapso de 20 días, ella estaba totalmente recuperada recuerda.

— — —

---

<sup>151</sup> El día de la entrevista hacía calor.

Carmen es la madre que tuvo una de las complicaciones más severa. En esta historia, se visualiza una serie de errores y omisiones de todos los actores involucrados. Ella por ser beneficiaria de “Oportunidades”, tuvo revisión médica desde una etapa temprana de su embarazo, siendo catalogada como de alto riesgo. Desde ese momento, el servicio de salud tendría que haber estado en constante contacto con la señora y pendiente de la posible fecha del parto, lo cual no sucedió. La partera, quien es capacitada, no refirió a tiempo a su paciente, además de no darle un seguimiento a pesar de que sabía que el parto no había sido normal, poniendo en riesgo tanto a la madre como al hijo. La madre misma no supo o quiso reconocer que lo que pasaba era una complicación. La asistencia a un trabajador de salud que no da parte de la complicación al servicio de salud, arriesgándola también; cuando una de las prioridades institucionales es el de evitar muerte materna por medio del seguimiento de los casos complicados. Todos estos elementos dan como resultado, que la madre tuviera secuelas de un parto complicado mal atendido y un puerperio complicado mal tratado.

### **6.1.1 Llegando al hospital: las negociaciones y los traslados.**

En el hospital de San Andrés llegan mínimo, 3 parturientas complicadas por semana; 2 de ellas tienen que ser trasladadas a San Cristóbal según uno de los trabajadores de salud<sup>152</sup>. Rolando, uno de los pasantes entrevistados refiere que la mayoría de partos que se dan en el hospital son de mujeres primerizas, partos prolongados o embarazos pre- término. Existen casos que deben ser trasladados de inmediato a San Cristóbal, pues no tienen los recursos para atenderlas en el hospital. Rolando comenta:

“Sí. Me ha tocado como nunca en la vida ver óbitos, que son bebitos que mueren dentro del útero. Y bueno, esto yo creo que es porque no se atienden muchas otras cosas. Vienen cuando ya tienen uno o dos días sin moverse y vienen, o bueno, ya hay trabajo de parto, pero bueno..., antes de término ¿No? Y pues ya, ya nomás vienen aquí a tener el bebé y ya no hay nada que hacer por el bebé. ¿Otras complicaciones? Pues eso, infecciones y a veces, ahora me ha tocado ver pacientes que tienen desgarres. Desgarres vaginales muy fuertes ya”. (Entrevista He08P)

---

<sup>152</sup> Entrevista HE02T

Uno de los problemas que más cuesta manejar al personal de salud, sobre todo a los pasantes, es la negociación y traslado de las mujeres con complicación hacia San Cristóbal. A continuación narro y transcribo un fragmento de una negociación que tuvo parte a finales de diciembre de 2010 en el hospital:

#### **Negociación en el hospital de San Andrés.**

Alrededor de las 4:15 p.m, llega un vehículo. Nos preparábamos para comer con las pasantes de enfermería, cuando llega la médica a decirle a las chicas que debían de cuidar a la señora en la Casa Materna, les ordena que se tome los valores de la presión arterial y sean registrados, tras lo cual se retira. Sin más información, una de ellas corre al interior de la casa a recoger su esfigmomanómetro para realizarlo, se les ofrece pasar a la Casa Materna, a lo que se niega tanto partera como la mujer, por lo que se les saca un par de sillas, para que permanezcan afuera. Al indagar con la partera sobre el traslado de la mujer, esta refiere que la trajo porque *“tenía su presión muy alta y como nos han dicho que las llevemos al hospital”*. Están a la espera del esposo de la señora para decidir el proceder, ya que en el hospital quieren trasladarla, pero no desean hacerlo sin que antes sea discutido por el esposo de la embarazada. Ellas se mantienen calladas mientras llega de nueva cuenta la médica para negociar el traslado. Junto a la mujer y la partera, le acompañan dos hombres más, uno de los cuales es el que realiza la negociación con la médica:

Dra. Entonces si ya vemos y la trabajamos acá en el hospital y no hay problema. Nada más las mandamos, las acompañamos, les da una consulta y se atienden allí o aquí en el hospital o con la partera. En ese caso no hay riesgos. Pero ahorita, la enfermedad que tiene ahorita, si es grave. Entonces nosotros queremos llevarla ahorita, antes de que se ponga mal. Porque ahorita va empezando, tiene la presión muy alta. Tiene....¿Cuánto tiene?

Enfermera: 170/110

Dra: Se supone que debería de estar en 100, tiene 170, llegó con 180; es mucho. Se va a desmayar, se va a poner mal. Entonces, antes de que empiece a poner mal, antes de que se hinche, antes de que empiece a convulsionar, entonces queremos llevarla.

Acompañante: Yo estoy de acuerdo

Dra: Bueno (Levanta la voz), ya en el peor de los casos (con ademanes de manos exagerados) ¿A cuánto le queda su centro de salud?

Acompañante: Allí en (su localidad)

Dra: Aja

Acompañante: Pues como no hay doctor ahorita

Dra: O.K. ¿De allá para acá cuánto hacen?

Acompañante: Como una hora. Igual a Aldama.

Dra: No, pero igual. Allá en Aldama tendrían que ir y de Aldama si está mal, se la van a traer para acá, porque...

Acompañante: Yo estoy de acuerdo, el problema es que su esposo acaba de llegar y acaban de bajar a una persona que vive allí y su hijo, su cuñado, se murió su cuñado, entonces... Dice que sale afuera, pero mañana temprano. Que se levanten los papeles para enviar en hospital y ya que quede, que controle allí en el hospital o si le da el dolor allá en la noche, tenemos que ir otra vez acá o a San Cristóbal.

Dra: Tienen que llegar aquí primero

Acompañante: Si, si, si, tenemos que llegar- Pero mire, yo entiendo por qué no quieren ir, no quieren ir. Tienen miedo.

Dra: No, si. Eso yo si lo entiendo.

Acompañante: Y también otra cosa pues, que dijeron pues. Dijeron que no traen nada de dinero para sus familiares para que compren sus alimentaciones porque qué tal si tarda un día, dos días, o por si necesitan dinero para comprar algo. Y así es que... mientras que ahorita da tiempo para que regresen, que preste un poco de dinero, unos doscientos, quinientos pesos para poder ir. De hecho el carro es lo que ya hablamos (que el hospital no les cobra por trasladar a la mujer), pero los familiares tienen que comprar alimentación, para el café...

No piensen que ya no va a ir, ¡Va ir! Yo digo que va a ir pues. Es un riesgo, que tal si llega a morir ella o el bebé, uno de los dos yo..., que vayan contentos que regresen y que ustedes digan si... la ambulancia sale temprano de acá o que vaya a la comunidad, podemos venir a dejar acá o el señor que pague el viaje

Dra: Pues si

Acompañante: Como lo ves, no lo vamos a jalar

Dra: Solo le voy a pedir que me firme los papeles de alta voluntaria de que se va hoy. De todas formas nosotros dejamos la hoja de referencia para que se tramite cualquier cosa. Bueno, nosotros en si la boletineamos a la señora para que si llegara a otro lugar, o ella me llama por si está mal, de todos modos hoy en la noche yo me voy a quedar. Por si cualquier cosa, yo voy a estar aquí y mañana en la mañana que se venga, lo más temprano que pueda.

Acompañante: ¿Cómo a las 6?

Dra: Como a las 7, 8 para hablarle a la ambulancia y que la traslade mañana.

Acompañante: Ya. Llegan a las 7, o salen a las 7 de allá, a las 8 ya están aquí.

Dra: Bueno, sería de una vez tomarle... Bueno, hay que ver si de una vez nos deja tomarle su laboratorio, para que mañana nada más llegue y ya se vaya.

Acompañante: Aja

Dra: Nada más en lo que llega el señor de la ambulancia, porque si no sería, tomarle la muestra, esperar a que esté la muestra, o sea ya tengo su resultado del examen de orina, me faltaría tomarle su laboratorio, ya que tiene su laboratorio, ya la mandamos con los papeles completos para hacerlo más rápido. Aja. Entonces.

Partera: Antes de que se vayan que le saquen la sangre.

Dra: Antes de que se vayan que me firmen su consentimiento<sup>153</sup> de alta voluntaria de que se va y que me prometa que vienen mañana para el traslado y este, le sacamos de una vez sangre para que ya mañana, de una vez se vaya.

(Le traducen a la señora en tzotzil todo lo que hasta ahora se ha hablado en español, todos se ponen a hablar)

Dra: Y le voy a mandar medicamento ¿Ok? Y hay que decirle que se la tiene que tomar “EXACTAMENTE A LA HORA EN QUE YO SE LA DOY”, aunque esté dormida, hay que despertarla para que se la tome, porque de aquí a mañana, se tiene que controlar con eso.

Acompañante: ¿Alguien de ustedes la va a ir a dejar mañana al hospital?

Dr: Si, uno de los médicos que esté atendiendo mañana. Yo salgo a las 8, tal vez a mi me toque bajarla. Si no, algún médico, el que esté, la va a llevar. Va la ambulancia y va el médico con ella. Pasen de este lado para que le tomen el laboratorio y que me firme su hojita y ya se puede ir. Si, ya se va.

Al otro día la mujer no llegó para su traslado, no supieron en el hospital lo que había sucedido. Los acompañantes se retiraron en el vehículo alrededor de las 5:30 de la tarde.

Semanas después, me encuentro con la partera, quien me informa que había nacido el bebé unas semanas más tarde y todo había sido normal. No tuvieron necesidad de trasladarla.

En el momento que llegan las embarazadas, el hospital tendría que ofrecer la Casa Materna. Este espacio no se utiliza, ya que la mayoría de las embarazadas llega con una complicación que requiere que se le traslade hasta San Cristóbal, y las que no lo hacen, pocas veces son atendidas allí.

Sin embargo, como se pudo ver en la negociación, muchas veces los familiares no quieren realizar el traslado, por múltiples razones. Si bien en algunas ocasiones la casa materna ha funcionado como albergue para la familia de unas cuantas embarazadas que pernoctan para la atención de sus partos, esta no siempre es ofrecida. Esta constituye una estrategia que apoya las necesidades de la Institución de brindar una buena atención a la paciente. Las personas si han aceptado asistir al hospital, sin embargo el traslado a San Cristóbal sigue

---

<sup>153</sup> **Cartas de consentimiento informado:** Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010



constituyendo un problema para los médicos, ya que las pacientes se niegan a asistir.

Es en estos momentos, que los jóvenes pasantes y los médicos adscritos necesitan saber cómo abordar el tema con los pacientes y los familiares de estos. Si bien las mujeres que fueron trasladadas en los casos narrados al inicio de este capítulo tenían claro que requerían de dicha acción, otras veces las mujeres o los familiares no desean sean trasladadas por miedo, por tener que erogar recursos económicos y otros. Muchos de los médicos piensan entonces que el problema radica en su tontera, su falta de educación o su testarudez. Esto les crea un sentimiento de decepción, cuando para ellos es importante lo que se le está requiriendo a la gente, pero la gente pareciera no comprender la importancia de lo que ellos pretenden.

El no poder transmitir esa importancia, es una de las peores barreras entre esa relación médico- paciente ya que en muchas ocasiones, está en riesgo la vida de la madre. Si el médico hablara el idioma y tuviera nociones de cuáles son las formas de atención frente al parto de las mujeres en San Andrés, podrían tener elementos de convencimiento a las mujeres y a las familias de estas. Es en estos momentos en donde la aplicación real de las políticas interculturales es necesaria, como una forma de apoyo al médico y como un derecho de los y las usuarias.

### **6.1.2 De maternidades y desafíos:**

La maternidad como proceso que se circunscribe a los procesos sociales, debe pensarse como una condición que requiere la búsqueda de derechos y el acceso a gozar de oportunidades para una salud sexual y reproductiva de calidad para todas las mujeres. El goce de estos derechos reproductivos debiera iniciar desde el nacimiento y culminar con la muerte de la mujer. El otorgar los derechos es una labor que debe de ser garantizada y otorgada desde el Estado, pero que la sociedad debe de formar parte activa para su búsqueda y protección, que incluyen: salud, educación, derechos económicos, derechos sociales; libres de

exclusiones por sus condiciones de género, generacional, étnica, política, religiosa entre otras.

Por ello, es necesario reforzar el “acceso a Derechos y construcción de la equidad” dando pauta a la protección, enfocados a lograr que las mujeres no sean vulnerables por su condición de pertenencia a grupos indígenas, rurales o pobres. Por dicha razón, para entender las trayectorias de atención en las mujeres gestantes, debemos entender el ámbito en el que están inmersas. La mortalidad materna, como uno de los indicadores de exclusión social, nos demuestra que las mujeres chiapanecas, aún están lejos del disfrute de una plena salud sexual y reproductiva.

Dentro de las estadísticas vitales del país, los indicadores de mortalidad materna no han tenido mayor variación y tampoco lo han tenido los lugares de ocurrencia. Entre 2002 y 2009, la media nacional para el indicador “mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos”, demuestra una media de 59.88 casos. Sin embargo, al trasladarse a los datos desagregados por estados, podemos encontrar en ese mismo lapso de tiempo (2002-2009) que el estado con menos casos registrados fue Colima con 9.8 casos de muertes maternas para el año 2005<sup>154</sup>, mientras que el indicador más alto pertenece a Guerrero con 125.5 casos, coincidentemente ese mismo año<sup>155</sup>. Chiapas por su parte se ha mantenido constantemente entre los primeros 3 lugares con mayor índice de mortalidad materna<sup>156</sup>, condición que comparte con Guerrero y Oaxaca.

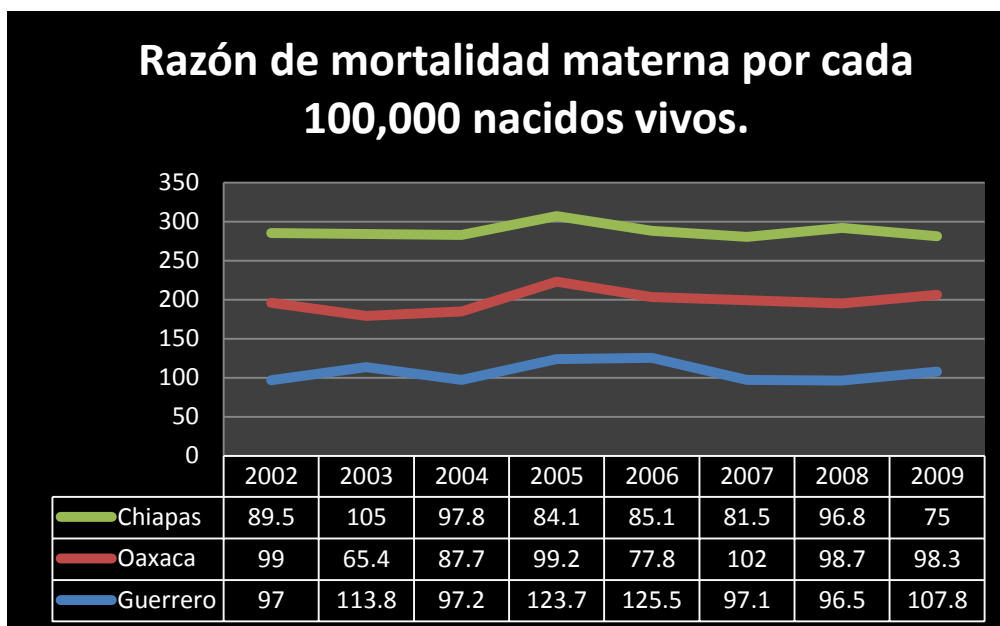
---

<sup>154</sup> Estado que históricamente ha mantenido bajos índices de M.M

<sup>155</sup> La muerte materna tiene rostro, indicadores. Observatorio de Mortalidad Materna.

<sup>156</sup> Para 2005, registra un descenso de casos de mortalidad materna, ubicándose en 5 lugar.

Cuadro No. 9 Razón de mortalidad materna<sup>157</sup> en los 3 estados con mayor prevalencia



Fuente: La muerte materna tiene rostro. Observatorio de mortalidad materna

La OMS afirma que la mayoría de las complicaciones y muertes maternas son prevenibles, complicaciones que suceden comúnmente durante la gestación. El 80% de las muertes maternas refiere a hemorragias graves e infecciones, en su mayoría tras el parto. Las otras causas refieren a hipertensión gestacional (eclampsia y preclampsia), obstrucción del parto y abortos en condiciones de peligro, coincidente con los casos presentados en el apartado anterior. Toda mujer embarazada puede presentar una emergencia obstétrica, y entre un 15% y 20% de los embarazos se complicarán independientemente de las condiciones en las que se encuentre la mujer. Sin embargo, la principal falla en relación con las muertes maternas, está vinculada con la calidad de la atención en la urgencia obstétrica (Patricia Uribe y otros, 2009:64). Para Uribe, la adecuada atención ante una complicación y emergencia materna debería remitir a:

<sup>157</sup> El Observatorio de Mortalidad Materna define esta categoría como: “El número de defunciones de la población femenina, mientras se encuentran embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debidas a cualquier causa relacionada con o agravada con el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 mil nacidos vivos en ese mismo año.

- Que la mujer llegue a tiempo a una unidad, con capacidad para dar el cuidado especializado y que el centro de atención, cuente con los recursos humanos, físicos y de insumos 24 horas al día, los 365 días del año.
- Inmediatez en la atención en los servicios de salud, por personal competente y capacitado específicamente en complicaciones obstétricas de emergencia.
- Que exista un sistema que reflejen verdaderos indicadores para mejorar continuamente el proceso de atención.

Sharon Bissel (2009:24) da cuenta que la iniciativa “Las Mujeres Dan Vida”, ubica 3 pilares esenciales a los cuales se les debe de dar prioridad, para reducir la probabilidad de las muertes maternas a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- **Planificación familiar:** ya que al reducir el número de embarazos no deseados o no planeados, contribuye a prevenir muertes por abortos inseguros, enfermedades relacionadas con el proceso gestacional, o descuidos durante el mismo proceso.
- **Atención calificada:** Asegurando así, la adecuada atención durante el proceso gestacional y post parto, con el fin de que se realice de forma eficaz y segura, teniendo las herramientas para atender problemas imprevenibles e inesperados.
- **Atención obstétrica de emergencia cuando existen complicaciones que pone en riesgo la vida de la madre y el producto:** En la cual tienen que estar vinculados directamente las políticas y el adecuado ejercicio desde los servicios de salud, con el fin de hacer la atención eficiente, oportuna y calificada, adecuada al contexto cultural, social y político.

Como se ha mencionado, teniendo o no acceso a servicios, el embarazo, el parto y el puerperio, constituyen de por sí un momento vulnerable; sin embargo el desarrollo de los mismos en áreas con buenas condiciones socio-económicas da condiciones de atención diferenciada; estos datos presentan un abismo con

aquellos casos que se desarrollan en zonas marginales. Los altos números de muertes maternas a nivel mundial e incluso en un mismo país, es un indicador de las inequidades socio-económicas, entre zonas indígenas y mestizas, entre la ruralidad y los espacios urbanos, entre centro y periferia. Vulnerabilidad que los “Objetivos del Milenio” intentan reducir, marcando metas aplicables que tengan efecto positivo para el 2015.

“La mejora de la salud materna<sup>158</sup> es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 34%. (Nota descriptiva No. 348, Noviembre de 2010 WHO)

Existen trabajos como los coordinados por Graciela Freyermuth para el área de los Altos chiapanecos o los de Paola Sesia para el área de Oaxaca, que nos demuestra la multi-causalidad que se presenta alrededor de una muerte materna. Si bien, el caso de estas cuatro mujeres no termina en la muerte, ellas y sobre todo Carmen, estuvieron en el “limbo”. Su muerte pudo ser el desenlace, la cual sorteó de diversas maneras, en un tránsito que salta desde la atención de parteras, servicios públicos y otros. Los casos de Carmen, Luisa, Manuela y Concepción, tienen en común su complicación y la resolución de esta por diversos medios.

En la trayectoria y resolución de estos casos se imbrican una serie de factores que si bien están asociados a la cultura, esta cultura tiene múltiples componentes más allá de las tradiciones y costumbres. Un concepto de cultura que se posiciona desde un punto más amplio que permita entenderla como producto de constante dinamismo, construido por factores internos y externos a la comunidad y conectados a espacios locales y globales, en donde confluyen factores históricos, económicos, políticos que a su vez crean una serie de relaciones, representaciones y prácticas sociales. Tomando en cuenta que la situación de vulnerabilidad en la mortalidad materna en México afecta en especial a mujeres rurales e indígenas, nos guían al análisis en el cual, estas condiciones determinan

---

<sup>158</sup> Objetivo 5

las formas de atenderse sus embarazos, en relación a ellas como mujeres indígenas, mujeres jóvenes, mujeres con/sin estudios formales, mujeres esposas/solteras, mujeres que tienen múltiples identidades y que forman parte de una amplia red familiar y comunitaria.

Tomando lo anterior en consideración, el Observatorio de Mortalidad Materna en los indicadores recabados para el año 2009 nos dibuja la situación de la mujer que muere durante el parto. La muerte en Chiapas relacionada con la maternidad nos da cuenta de que aquellas que están muriendo, son en especial jóvenes, rurales, en situación de convivencia con su pareja y que no cuentan con remuneración económica y poca educación. Los datos por el Observatorio Mortalidad Materna recolectados para el caso de Chiapas nos informan que para el año 2009:

- 88.7% de las mujeres muertas no trabajaban o estaban ocupacionalmente inactivas, el 1.4% eran trabajadoras de la educación, otro 1.4% eran trabajadoras agrícolas, el 2.8% respondían a labores administrativas de nivel inferior y del 5.6% de los casos no fue especificada su actividad ocupacional.
- En cuanto a la escolaridad de las occisas un 40.9% tenían por lo menos un grado de primaria y un 31% no contaban con escolaridad ubicándose acá el grueso de los casos. Un 18.3% tenía al menos un año de secundaria, un 4.2 bachillerato o preparatoria, quedando un 2.8% para profesionales y otro 2.8% sin especificar.
- En cuanto a la edad de la defunción, los datos cuentan con un indicador común en dos rangos de edad, el 22.5% murió en el rango de 11 a 19 años, dato que se repite con el rango de edad entre los 25-29%. De los 20 a los 24 años existe un 16.9% de los casos, de los 30 a los 34 se cuenta con un 12.7% al igual que de los 35 a los 39. De los 40 a los 44 años se ubica el 9.9% de los casos, siendo el porcentaje más bajo el rango de edad entre los 45 y los 49, con un porcentaje de 2.8. Dato alarmante, ya que nos refiere a que la edad fértil en las mujeres chiapanecas se inicia con solamente 11 años, terminando su ciclo reproductivo después de los 40, es

decir que su ciclo reproductivo se alarga por aproximadamente 30 años. El INEGI nos refiere que la esperanza de vida es de 74.4 en el estado, por lo que al menos la mitad de la vida, serán madres o cuidadoras de niños cuando envejecen<sup>159</sup>.

- De las muertes durante la maternidad, un 88.7% se encontraban casadas o en unión libre (es de recordar que en San Andrés, la costumbre remite a la unión de hecho y en menor medida el matrimonio) y solo un 9.9% estaban solteras. (El dato del 1.4% de los casos no se especificó).
- De los casos registrados, un 74.7% había recibido atención médica, quedando un 19.7% de los casos sin atención.
- Las razones de la defunción son:
  - 33.8% Por hemorragia del embarazo, parto o puerperio.
  - 22.5% Causas obstétricas indirectas
  - 19.7% Enfermedad hipertensiva del embarazo.
  - 11.3% Otras complicaciones, especialmente del embarazo y parto.
  - 5.6% Sepsis y otras complicaciones puerperales.
  - 4.2% Otras complicaciones principalmente puerperales.

Paola Sesia menciona que la importancia que han tomados las medidas como los Objetivos del Milenio, se centra en dos aspectos: la primera refiere a que la mortalidad materna, es un problema que urge tomar en cuenta desde el ámbito de la salud pública (incluyendo presupuestos destinados para el efecto), pero también a un enfoque de Derechos Humanos, ya que la mayoría de estas muertes son casos que podrían prevenirse o evitarse (Sesia, 2010:242). Casos como la complicación de Carmen, a la cual se le había registrado como embarazo de riesgo, captada desde un primer momento por el centro de salud y con un seguimiento mensual; pudieron haber previsto tal complicación, y oportunamente actuar en conjunto tanto la madre, la partera y la institución de salud para evitarla.

---

<sup>159</sup> Dato: Esperanza de vida al nacer por entidad federativa- Chiapas. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=7>

El Population Council y el proyecto Arranque Parejo en la Vida (2009) proponen que existen acciones que son necesarias aplicar al interior de los servicios de salud para que las complicaciones sean oportunamente detectadas y evitar demoras para la atención de las mismas, todas ellas con el fin de otorgar calidad en la atención a las usuarias de los servicios:

Otorgar información actualizada tanto a los trabajadores de los servicios de salud como a las usuarias respecto a Salud reproductiva y que ambos participen activamente en el proceso de decisión y respeto de las mismas. Elección de los servicios y el procedimiento del tratamiento cuando sea factible, se convierte en una recomendación indispensable si se desea aplicar la adecuación cultural. La competencia médica, la infraestructura adecuada y la correcta relación interpersonal también son importantes para el efecto. Es necesario que todo el proceso sea integral y no se limite únicamente al proceso embarazo, parto y puerperio, creando mecanismos de seguimiento adecuados en relación a la salud reproductiva con o sin embarazo.



## **VII. Discusión final.**

### **7. Ponerle curita a una arteria abierta.**

#### **7.1 No podemos actuar sobre de algo que no podemos ver, pero si sobre lo que no queremos ver.**

Al iniciar esta investigación, mi hipótesis me llevaba a pensar que la implementación de las políticas interculturales en México al interior de las instituciones públicas de salud, no era un proyecto que estuviese funcionando. Hoy, al menos para San Andrés ubicado en los Altos chiapanecos, puedo confirmarlo basándome en los datos arrojados y recabados durante el trabajo de campo. Las políticas de interculturalidad en San Andrés Larráinzar en el ámbito de la atención médica no solo se convierte en un discurso sobre el cual los políticos a nivel Federal y Estatal pretenden disfrazar la realidad al expresar respeto e inclusión poblaciones indígenas, cuando en realidad las instancias de gobierno no ejecuta proyectos que tengan un verdadero alcance para mejoras en el desarrollo de dichos grupos sociales.

Cuando me refería a “poner una curita en una arteria”, estoy reconociendo que el problema de la incapacidad del Estado, de las Instituciones y de los trabajadores del sector salud para implementarlas, tiene raíces profundas y amplias que van más allá del hospital y su personal, ya que se encuentran en el último eslabón. Sería injusto decir que la incapacidad de los trabajadores de salud que laboran dentro del hospital de Larráinzar para aplicar estos objetivos por medio de “competencias interculturales”, se debe solamente a ellos mismos; pero no con eso se les exculpa de su responsabilidad en situaciones concretas. No existen aún las condiciones para hacerlos consientes del tema y así crear cambios en beneficio de la población usuaria como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) a los que tienen derecho los y las usuarias.

Para entender esa incapacidad del sector salud, se debe enlazar 3 grandes ámbitos: uno estructural, uno institucional, uno personal. Dentro de los aspectos

estructurales inciden factores económicos, políticos, históricos y sociales entre otros, que organizan las formas del actuar de cada uno de los ámbitos. Se encuentra también el ámbito institucional en el cual se imbrican las relaciones sociales, determinadas por las construcciones ideológicas que inciden en la creación de las prácticas institucionales salubristas. Estas dos grandes esferas, influyen en las formas en como desde lo personal se construye el pensar, actuar y hasta el sentir como profesional en el ámbito de la salud; no solo en la consulta, sino en la planeación y ejecución de proyectos, creando a su vez también las relación macro-institucional, es decir una continua simbiosis entre las relaciones micro y macro.

El ámbito Estructural:

Remitiéndonos al capítulo II, recordemos que ya se hablaba sobre la relación Chiapas- México. Durante la Colonia, Chiapas siempre había sido un espacio satelital en la región, ya que la Capitanía General de Guatemala a la cual pertenecía, tenía su centro rector en los que hoy es el país guatemalteco que a su vez se encontraba alejada del centro rector del Virreinato de la Nueva España. La estratificación social en sistema de castas, posicionaban al indígena en una de las últimas escalas, solo superada por los negros como la última instancia.

El sistema pigmentocrático sobre la cual estaban fundadas las relaciones sociales y económicas en la zona, daba pie a una sociedad excluyente y racista en la que el “indio” no era más que un personaje explotable. Es en esta etapa, donde se sientan las bases de las relaciones discriminatorias hacia las zonas indígenas de la región y que se fortalecen ante la idea del “ideal mexicano del mestizaje” siglos después, que guardaban remanentes del pensamiento colonial pigmentocrático.

Es por esto que la exclusión y desventaja social que hoy presentan las poblaciones indígenas en la región no son casualidad. Esta construcción ideológica, marca las representaciones, prácticas y relaciones sociales actuales en los habitantes de la zona, estando el personal administrativo y clínico, permeada

por las mismas. El ideario del indio-ladino en la región, configura y determina al final las verdaderas prácticas sociales, que no pueden cambiarse si no se cambia esa estructura de pensamiento. Esto no solo determina la actuación del personal de salud, determina también la forma de relación de los pobladores rurales y en este caso también indígenas. Esta relación es producto del control social establecido por medio de la dominación ejercida desde una cúpula de poder hacia el resto de la población.

Chiapas (en su conjunto) desde su integración a territorio mexicano, ha tenido también una relación periférica y de exclusión con el área central del país. Por ello, las políticas de salud y otras relativas al desarrollo no fueron una prioridad para el gobierno central sino hasta el siglo pasado, lo que provocó serios rezagos sociales que dan como producto hoy día, bajos índice de desarrollo que afectan a la salud, a la educación, la economía y el ejercicio de los derechos de la población.

Del ámbito institucional al personal:

El marco institucional está construido desde estructurantes ideológicos que le posicionan como el organismo hegemónico y por ende rector y normatizador de la atención y prevención en el ámbito salubrista. La institucionalización del sistema biomédico domina desde el Estado, bajo la lógica de la racionalidad científica. Este se constituye como un sistema burocratizado, en el que se juegan sistemas basados en una jerarquización, que incide no solo en la interrelación entre médico y pacientes, sino también al interior del mismo sistema con los actores que le componen. En el caso de los trabajadores de salud, esta jerarquización estará influida por la profesión y grado de profesionalización de cada uno de los individuos.

Este control social es logrado a través de normatizar y regir los intereses y acciones de lo que a salud pública respecta, y en especial en lo relativo a la atención, en el que se articula las formas de regularización de las relaciones en los actores sociales con los que se interacciona. Al interior de la institución salubrista,

existe una suerte de estratificación profesional por castas<sup>160</sup> dentro del sistema organizativo del modelo biomédico. Aquí se juegan poderes políticos y económicos, creando una institucionalización escalonada, semi-rígida y regida por estatus, clase social y profesionalización otorgando ventajas a los que se encuentran en la cúspide para mantener el status quo.

Parte de este sistema en donde se producen, reproduce y normalizan estas relaciones, son las escuelas de formación, institución componente del aparato ideológico. El estudiar medicina, no tiene el mismo estatus que una carrera como nutrición o psicología. El ser médico general no les significa una igualdad y equidad con los médicos especialistas, así como a los estudiantes de medicina no se les otorga el mismo estatus que el de sus colegas graduados. Una especie de escalera social y gremial, marcada por la escolaridad y profesionalización, creando simbolismos que marcan las formas de actuación de uno con los otros.

Esta misma estructura de jerarquización se replica en los trabajadores que se encuentran dentro de los espacios de atención en salud, llámese centro de salud, casa de salud, hospital comunitario u hospital de especialidad. Todos los aquí involucrados giran en torno a una profesión hegemónica: “la profesión médica”, como sujetos investidos de un estatus profesional, económico y social. Un claro ejemplo de dicha situación podemos imaginarla desde nosotros mismos. Cuando uno como paciente entra a un hospital (ya sea público o privado), lo primero que buscamos son los médicos; nuestra forma de identificarlo es por medio de la bata blanca (o filipina con bata encima), el estetoscopio al cuello, un simbolismo que ejerce ante los ojos del espectador, importancia y poder.

Es probable que lo primero que veamos no así lo que buscamos, es el grupo de enfermeras/os y camilleros. Estos actores sociales son fácilmente identificables por medio de su vestimenta totalmente blanca (sin bata) y diferente a la del

---

<sup>160</sup> Al referirme a castas, intento realizar una analogía al sistema de castas étnico que ya se ha hablado en el capítulo II. Un sistema de jerarquización muy rígida en los cuales es difícil traspasar fronteras, pues perdería el grupo dominante el poder político y económico.

médico/a. Sin embargo a veces vemos pero lo minimizamos o pasa desapercibido, los últimos escalafones en esta comunidad fuertemente estratificada, un ejemplo de ello es el personal de limpieza. Todos en su conjunto hacen que la atención que se brinda en el hospital sea funcional, pero desde el mismo sistema médico, que permea tanto a los trabajadores como a la comunidad usuaria, nos rige y lo tenemos muy internalizado el obviar y minimizar la labor de los otros trabajadores.

El ejemplo que expongo arriba, me sirve para ilustrar cuando en el capítulo IV, hablo sobre los auxiliares de salud (o traductores) y cómo desde el sistema de salud se les niega la importancia en la atención que se le brinda al usuario, esto muy bien marcado por el vínculo laboral que sostienen. Un caso más de esta relación escalonada, avalada e interiorizada es el caso de las pasantes de enfermería, quienes al ser estudiantes de una licenciatura al igual que los de medicina, su monto becario se encontraba reducido por su condición representativa de una categoría menor en la jerarquía biomédica.

Si nos remitimos a las formas del ejercicio del poder como canal que los grupos hegemónicos utilizan para obtener una regularización social, dirección y consenso, podemos entender las razones por las cuales los sujetos no se percaten de la diferenciación y exclusión del que son objeto, o en pocas ocasiones lo expresan; ya que esa jerarquización de la cual forman parte, normativiza las relaciones sociales al interior de estos espacios, normalizándolas y combinándose con aspectos subjetivos. En estos dos casos se mantiene un vínculo transaccional, ya sea en el ámbito económico o docente. Sin embargo, la relación que se juega desde el ámbito sanitario con las parteras tiene otra característica: el control de su labor sin beneficio directo.

La inclusión de estas mujeres en el ámbito institucional, responde sobre todo a medidas reguladoras. En esta relación permea la pertenencia de clase y situación étnica que en un ámbito relacional histórico (Altos- Chiapas- México), político,

económico y social, asignándoseles un papel pasivo ante el servicio, que intenta controlar y normar su labor de atención a la salud.

La forma de alcanzar este control al oficio de la partería, se basa sobre todo en el proceso de “certificación” a la partera. La institución y su ente ejecutor de políticas, es decir el personal administrativo y clínico, convierte el proceso educativo de la partera se vuelve una prioridad. Desde la lógica de cientificidad del modelo médico hegemónico, suele visualizar a la partera como falta de conocimiento o siendo erróneos, ante lo cual se les hace necesario intervenir.

Será pues el servicio de salud, el que se adjudicará la labor de “otorgarles” el conocimiento y preparación, desde la lógica biomédica y desde la verticalidad que rige a este modelo, sin que se visualice un aprendizaje en sentido contrario. La retroalimentación y cooperación mutua entre trabajadores de salud y parteras, es una situación que aún no es una realidad en San Andrés y tampoco están cerca de lograrse. No existe actualmente, una cercana relación de mutua colaboración entre parteras con los trabajadores clínicos y tampoco es un tema que se visualice como prioritario. Según los planes de la institución en relación a la aplicación de la política intercultural, los médicos y los trabajadores sociales, serían los personajes que mayor relación debieran mantener con las parteras; ninguno pudo siquiera mencionarme el nombre de una de ellas.

El sistema de salud a pesar de haber cambiado el sentido discursivo en cuanto a la labor de estas terapeutas y en especial ahora, con los discursos sobre aplicación de políticas interculturales, sigue regulando y ajustando su modelo por medio de diferentes formas de presión, incluso en ocasiones violentas (psicológicas o verbales) en las prácticas por ellas realizadas. Esto como refiere ya el Centro coordinador tzeltal-Tzotzil en Chiapas reconocía la importancia de la inclusión de las parteras como promotoras de salud, y proponía como uno de sus objetivos fundamentales la captación y capacitación de parteras, más no otros

terapeutas, a los cuales aún se les catalogaba como brujo<sup>161</sup> en un sentido negativo. Estas políticas se enmarcaban en su propuesta de la medicina de transición en el marco de la aculturación inducida, necesaria para introducir recursos biomédicos a las comunidades indígenas de la zona.

No es de extrañar que en la actualidad algunas de las políticas que se planteaban en esa época, estén contenidas en las nuevas políticas de incorporación de servicios de salud “adecuados culturalmente”. A pesar de que en la actual política intercultural se busca el respeto a la diferencia, que es un cambio de intención en relación a lo que se buscaba en las políticas indigenistas, en la realidad se acciona con fines integracionistas (fines buscados por el indigenismo). Algunos resabios de esta política de salud, junto con los condicionantes sociales que visualizan al indígena como “tonto o niño necesitado de cuidar y educar”, ha permeado en la representación de los trabajadores de salud, fortaleciéndose con el pensamiento colonial que aún determina prácticas y representaciones de los ladinos hacia los indígenas en una zona como Chiapas y en especial en relación con la población indígena de los Altos.

Comentarios como los expresados por la jefa de la jurisdicción II de salud, que al referirse a los beneficios y logros alcanzados por la Secretaría tras otorgar celulares a las parteras, con la finalidad de reportar al servicio médico oportunamente complicaciones de los partos y así proceder a su traslado, señalaba: *“siempre están alerta ellas con el teléfono, pues es maravilloso, lo saben utilizar perfectamente bien; en dos años, cero muertes maternas en Larráinzar”*<sup>162</sup>. En este comentario se encierra las representaciones sociales desde el “yo” mestizo/ladino científico, hacia el “otro” indígena ignorante.

---

<sup>161</sup> Actualmente desde la visión de algunos trabajadores de salud, el ser terapeuta tradicional y asistir a curaciones con ellos, es un identificador de “atraso cultural”

<sup>162</sup> Diario la Jornada: Inauguran Juan Sabines y Philippe Lamy la nueva Casa Materna en Larráinzar. 26/1/2011. Disponible en red: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/26/politica/020n2pol>

Esta representación rige las lógicas de algunos profesionales de la salud y educación con los que se tuvo contacto; definiendo muchas veces la capacidad intelectual indígena como “corto de cultura”. Es por ello que insisto en pensar estas relaciones desde lo global, para entender las particularidades en estas interacciones concretas y en el caso de la presente investigación, la relación mujeres- terapeutas tradicionales- trabajadores de salud, en el marco de la atención con políticas interculturales en salud y su incapacidad local de aplicación.

Muchas veces, este discurso y prácticas las tenemos tan internalizadas, que nos cuesta trabajo desarraigarnos de las mismas si no tomamos conciencia de la existencia de las mismas. Es necesario reconocerse en el ámbito del yo en las relaciones con el “otro”, para cambiar actitudes y proponer acciones que nos lleven a un verdadero cambio. He allí uno de los componentes esenciales de la incapacidad institucional, desde el estructurante ideológico de las relaciones.

Es así que lo global, determina el actuar específico. Por ello, intentar combatir los problemas desde lo específico, podrá servir por un tiempo si se hace de la forma correcta, pero para cambiar realmente una situación, hay que hacer cambios en la estructura que da origen al mismo. El cambio del modelo formativo de los futuros médicos y enfermeras, con programas que prioricen de la misma forma el ámbito biológico como social, es determinante para estos cambios. El modelo de formación actual no responde a las necesidades de dar una atención integral, en el que no sea solo la atención a la enfermedad, sino también aquella formación destinada a la prevención, en el marco de la participación ciudadana y comunitaria.

De la misma forma, ya en el campo aplicativo de la atención en salud intercultural, los objetivos no son viables si el trabajador de salud (Médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, trabajadores sociales y otros), no cuenta con conocimientos básicos del terreno sobre el cual se encuentran laborando. Si no se crean cambios desde la formación de los individuos, el realizarlos sobre la marcha



resulta no solo más oneroso, sino requiere de un trabajo más intenso. El sistema de salud tiene que abrirse a conocer y entender la comunidad con la que está trabajando y por ende tiene la obligación de otorgar a los trabajadores los elementos necesarios para conocer a profundidad la situación socioeconómica desde la cual actúan las lógicas comunitarias, lo que no está ocurriendo en San Andrés.

Es también allí, donde se debe de planear nuevamente las políticas interculturales, ya que los objetivos buscados muchas veces se encuentran ya presentes dentro de la ética médica, siendo este también recurso didáctico al que se le pone poco interés de parte de los estudiantes. Las temáticas de realidades socioeconómicas, política y culturales, deben de conformar ejes transversales a lo largo de la carrera universitaria y no reducirse a pequeños cursos aislados a lo largo de la malla curricular. Si se está en una zona con alta población indígena, debería de ser obligatorio aprender uno de los idiomas de la región, lo que beneficiaría tanto a usuarios como a médicos. La sensibilización por el respeto y el otorgamiento de consultas con calidad y calidez a los usuarios debe tener también sus orígenes en esa formación.

Uno de los grandes fallos actuales de las políticas interculturales en salud es que estas solo están referidas hacia pueblos indígenas y la otra característica es que solo refieren al “ámbito cultural”, homogenizando de nuevo a las poblaciones indígenas, despojándoles de otras identidades como las políticas, de género, etarias, entre otras. ¿Son solo los indígenas los que requieren políticas interculturales? La respuesta es no. Si se sigue pensando al indígena como un creador y sustentador de “cultura”, siendo entendido este término como sinónimo de folklore, o en palabras de los trabajadores de salud en la comunidad andresera, cultura como “usos y costumbres”, el proyecto nunca podrá ser ejecutable. En el caso del hospital, las prácticas y representaciones sociales de los trabajadores de salud ostentan sobre las lógicas comunitarias, han sido impregnadas de un significativo estigmatizador que le define como de “poca científicidad”. Para el

personal médico siempre seguirá entonces siendo un “*pensamiento atrasado o de ancianos*” y como menciona otro trabajador de salud entrevistado, una actitud del usuario “*que tenemos que tolerar para no herir susceptibilidades*”.

Para llevar pues hacia una verdadera implementación de las políticas de adecuación cultural, es necesario que el sector salud deje de confeccionar proyectos desde escritorios y realicen los mismos con plena participación de la comunidad en la que se trabaja, con el conocimiento adecuado y apertura para ejecutarla. Si los proyectos son pensados como moldes encajables en todos los ámbitos, estos seguirán siendo proyectos en los que se invierte dinero y no se consigue lo esperado. La Casa Materna de San Andrés, es una muestra de estos proyectos de escritorio, ya que a pesar de que dentro de la planeación institucional se plantea la participación plena de la comunidad en donde se otorgarán estos servicios, esta nunca fue partícipe de la misma.

El no conocer u obviar la racionalidad del modelo de atención tradicional que se encuentra dentro del denominado modelo médico alternativo subordinado, es un fracaso también para la puesta en marcha de políticas interculturales en instancias de atención. No se puede esperar crear un servicio de atención médica con políticas de “*adecuación intercultural*” si no se conoce por lo menos, elementos básicos de las lógicas, racionalidades y funciones de los ámbitos domésticos y comunitarios en la atención en salud, estas también relacionadas a un espacio histórico que ha determinado la situación social en la que se encuentran los pobladores.

A pesar de que pudiera pensarse que veo a las políticas interculturales como un imposible, lo que trato de decir es que es necesario mucha capacidad y voluntad política por aquellos que dirigen instituciones, para crear ambientes de respeto y donde se priorice la consecución de derechos colectivos, económicos, sociales y culturales, así como los derechos individuales, con ello alcanzar una mejora sustancial en la atención primaria, que llegue incluso hasta el tercer nivel.

Los marcos de respeto los tenemos y debemos que seguir ampliándolos, pero es urgente que estos sean realmente aplicados, con el objetivo de crear las condiciones necesarias para otorgar atención con calidad. Estos no inician y terminan con el paciente, el respeto debe pasar por la institución misma en la búsqueda del respeto hacia los colegas en el espacio laboral, descargándose de la verticalidad de las relaciones al interior de la comunidad clínica.

No es crear cambios con un maquillaje discursivo en donde entran términos como “interculturalidad”, “desarrollo social”, “Derechos de las Mujeres”, Derechos Humanos”, “Derechos de los pueblos indígenas” entre otros. Mientras no se le da contenido a estos términos, van a seguir siendo solo ilusiones para los que no conocen la realidad, y mentiras para los que lo ven y no pretenden cambiarlo, vulnerándolos nuevamente al crear omisiones y negaciones de este sector.

## **7.2. ¿Lo intentamos?**

En el apartado anterior se ha dado una carga muy fuerte de las incapacidades institucionales para crear el ambiente necesario en el sentido de aplicar las políticas interculturales, sin embargo los mismo médicos u otros trabajadores de salud, transitan por procesos desgastantes frente a lo que se denomina barreras cultural en la atención del embarazo, el parto y el puerperio; y que aún con las mejores “competencias interculturales”, se hace difícil manejar. Un claro ejemplo, son las negociaciones para los traslados de los enfermos.

El negociar un traslado, atraviesa por múltiples dimensiones en el que la familia de la parturienta es determinante para la decisión final. Ellos mismos reconocen que el permear en el pensamiento que se rige en lógicas patriarcales, la cual es común en la zona en la que laboran, no es tarea fácil. Pueden identificar fácilmente las limitaciones que tienen para la atención, pero no logran la mayoría analizarse a ellos mismos como un actor más de estas relaciones.

Un trato amable, puede crear condiciones para el traslado, pero no es lo único. Para el traslado de las mujeres, los médicos comúnmente piensan solo en la crisis de la mujer y su necesidad de otorgarle un servicio que le ayude, sin embargo no logran dimensionar otras situaciones que se manejan dentro de la decisión. Quizá sí las conozcan, pero no logran enlazar unas con otras. En ellas se encuentran relaciones jerárquicas al interior de la familia determinadas por género y generaciones o capacidades económicas entre otras. La población usuaria en la actualidad, si está trasladando las mujeres complicadas hacia el hospital, sin embargo por no contar con especialistas, es necesario referirlas a San Cristóbal.

Cuando se determina desde el médico la necesidad del traslado a san Cristóbal, es cuando viene el rechazo. El Sector administrativo de la Jurisdicción II, debe buscar con ahínco que los especialistas estén presentes en este hospital, ya que si se logra su contratación y en conjunto aplicar las políticas interculturales, tanto con la casa materna como con el hospital, posiblemente se obtenga una mejora sustancial de los objetivos planteados. Si se rastrea una de las fuertes causas para esta incapacidad, los encontramos en los espacios institucionales de desición presupuestal y la marginalidad que le otorgan tanto a las poblaciones rurales como a las instituciones y trabajadores de salud que en ellas laboran es otro vínculo de importancia entre la calidad de atención y los derechos de los usuarios y trabajadores de los servicios de atención en salud.

Actualmente esto es casi imposible. Si vemos el caso de las cuatro mujeres, solamente una de ellas pasó por el hospital, sin embargo por las razones ya descritas, fue necesario trasladarla hasta San Cristóbal. Al menos en las mujeres entrevistadas y para el caso de la cabecera, la mayoría sí está asistiendo a los servicios de salud, pero aún así existen grandes falencias del servicio público para evitar complicaciones en los embarazos, partos o puerperios de las mujeres creando una incapacidad del hospital. El dar seguimiento cercano en toda la etapa gestacional por parte del sistema de salud, en especial a aquellas mujeres con riesgo, debe ser una tarea minuciosa y obligatoria de parte del personal de salud.

Es imposible aún pensar que la comunidad tiene que girar en torno a los servicios de salud, el cambio requiere que los servicios se presten a girar en torno a la comunidad. Una mayor participación comunitaria, sin verticalidad en el proceso, puede crear cambios deseados y un mayor alcance comunitario. Existe dentro del personal que labora en la región, muchas personas dispuestas a generar cambios, pero es necesario otorgarles las herramientas adecuadas, así como mejores presupuestos para lograrlo, romper cadenas burocráticas que imposibilitan un proceso amplio, participativo y plural.

Es necesario que desde la jurisdicción se prioricen características básicas para la contratación del personal de zonas con mayoría de población indígena, adecuando las políticas de contratación al área donde el individuo trabajará. De no ser posible, el otorgar facilidades para que estos puedan lograrlo, es una obligación que ya no puede seguir obviándose.

## BIBLIOGRAFÍA

ABAD GONZÁLEZ, LUISA

2004 “Reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural”, en: Fernández, Gerardo (comp), Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas, Editorial Abya Yala, Bolivia. pp. 347-350

AGUILAR HERNANDEZ EUFEMIO, MARTÍN DÍAZ Y J. PEDRO VIQUEIRA.

2010 “*Los otros acuerdos de San Andrés Larráinzar*” en Estrada Saavedra, Marco y Juan Pedro Viqueira (coords.), “Los indígenas de Chiapas y la rebelión zapatista. Microhistorias políticas”, El Colegio de México, D.F, pp. 331-418

AGUIRRE BELTRÁN, GONZALO.

1994a “Programas de salud en la situación intercultural” Obra antropológica, Volumen V , Fondo de Cultura Económica, México.

1994b, “Antropología Médica” Obra Antropológica Vol. XIII. Fondo de Cultura Económica. México

1992 “Nace la antropología médica” en Roberto Campos (comp.) “La antropología Médica en México”, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 39-77

AGUIRRE BELTRÁN, GONZALO Y OTROS.

1976 “El indigenismo en acción” Instituto Nacional Indigenista. México.

ALBORES ZARATE, BEATRIZ ANDREA.

1978. “El funcionalismo en la etnografía Tzeltal- Tzotzil”. Universidad Autónoma de Chiapas, México

AMONOS SOLAEGUI, LILIANA

2001. “El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas”, en Revista Pueblos y fronteras digital. Volumen 6, No. 11, Junio- noviembre 2011. PROIMSE- UNAM. México en red: [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art\\_01.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html) consultada el 23 de agosto de 2011.

ANDINA, ELSA

2002 “Trabajo de parto y parto normal. Guías prácticas y procedimientos”, en Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, abril- junio Vol. 21 (2), Argentina. pp. 63-74. Disponible en red: <http://www.sarda.org.ar>

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA- POPULATION COUNCIL

2009 “Calidad de la atención a la salud materna”, pp. 75-79, en “La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura”, Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), CIESAS- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México.

AUBRY, ANDRES.

2005. “Chiapas a contrapelo. Una agenda de trabajo para su historia en perspectiva sistémica”, Centro Immanuel Wallerstein, México.

1996 “La bien nombrada <<Sakam’ chen de los Pobres>> *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 82, n° 1, pp. 331-339. En url : [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jlsa\\_0037-9174\\_1996\\_num\\_82\\_1\\_1643](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jlsa_0037-9174_1996_num_82_1_1643) Consultado el 26 febrero de 2011

BARFIELD, THOMAS.

2000. Diccionario de Antropología. Siglo XXI editores, México, pp. 138

BARRIOS RUIZ, WALDA Y LETICIA PONS

1995, “*Sexualidad y Religión en los Altos de Chiapas*”, Universidad Autónoma de Chiapas, México.

BASTOS SANTIAGO Y MANUELA CAMUS.

2001. “*La interculturalidad. ¿Una respuesta para la Guatemala del siglo XXI?*” ponencia en V Congreso de Estudios Mayas. , 1-3 de agosto de 2001. Guatemala.

BERGANZA, ARTURO Y ROSINA CAZZALI (COORDINADORES)

2006. “Arturo Taracena conversa con Claudia Dary”. Colección Pensamientos I. Centro Cultural de España. Guatemala

BISSEL, SHARON

2009 “La mortalidad materna en el ámbito internacional: Estrategias para la renovación de un movimiento”, pp. 23-29, en “La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura”, Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), CIESAS- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México.

CAMPOS NAVARRO, ROBERTO.

2004 Campos Navarro, R. (2004). Experiencias sobre salud Intercultural en América latina. En G. Fernández Juárez, *Salud e Interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas* (págs. 136-137). Quito, Ecuador: Abya yala.

CAMPOS NAVARRO

1998 *“Nosotros los curanderos”* Editorial Nueva Imagen, México

CASTAÑEDA, AMILCAR.

2010. “Derechos Humanos e interculturalidad”, en: Fernández Juárez, Gerardo, Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay- Buen Vivir. Ediciones Abya-Yala. Ecuador, pp. 91-126.

CASTELLANOS GUERRERO, ALICIA.

2000. “Antropología y racismo en México”, en Desacatos, núm.4, CIESAS, México, pp. 52-79.

CAVIERES, YENIVE.

2009. “Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile: Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT”. Ministerio de Salud de Chile, Coordinación Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, Diciembre, 2009.

COLOP, SAM

2011 *“Popol Wuj”* Biblioteca Guatemala, Editorial F y G editores, Guatemala.

COMINSKY, SHEILA

1975 “Changing food and medical beliefs and practices in Guatemalan community”, en Ecology Food Nutrition 4:183-191. Estados Unidos de América

CRUZ CORTES, NOHEMI

2005 “Las señoras de la Luna”, cuadernos del Centro de Estudios Mayas NO. 32. Universidad Autónoma de México, México.

DE LA FUENTE, JULIO.

1973 *“Educación, antropología y desarrollo de la comunidad”*, Colección Sepini No. 4, Instituto Nacional Indigenista, México.

DEL VAL, JOSÉ.

2004 “México, identidad y nación”, Colección la Pluralidad Cultural en México, Programa México, Nación Multicultural, No. 6, UNAM, México

DIETZ, GUNTER.

2001. “Del multiculturalismo a la interculturalidad: Un movimiento social entre el discurso disidente y praxis institucional”, en <http://www.ugr.es/~gdietz/gunther/publicacion.htm>, (última visita consultada 28 de junio de 2011).



DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES)

2009 “Competencias interculturales para el personal de salud” Secretaria de salud.

2008 “Programa de acción específico 2007-2012. Interculturalidad en Salud” Secretaria de salud, México.

2002 “Programa de Acción: Arranque parejo en la vida”. Secretaría de Previsión y Protección de la Salud, Secretaria de salud, México. Disponible en red:

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/4.pdf>. revisado el 23/11/2011.

Sin Fecha. “Guía de implantación intercultural: Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional” Secretaria de salud, México.

Sin Año Guía de Implantación Intercultural, en “Fortalecimiento de los servicios de Salud con Medicina Tradicional”, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaria de Salud, Secretaria de salud de México, México en red: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/Fortalecimiento\\_Servicios\\_Medicina\\_Tradicional.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/Fortalecimiento_Servicios_Medicina_Tradicional.pdf) revisado el 20 de agosto de 2011. 2002 “El enfoque intercultural: Herramientas para apoyar la calidad de los Servicios de salud”

ESPINOZA CORTÉS, LUZ MARÍA Y ALBERTO YSUNZA ORGAZÓN

2009. “Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud” en Ciencia ergo sum, Vol. 16-3, noviembre 2009-febrero 2010. Universidad autónoma del Estado de México. Pp. 293-301.

ESPINOZA VILLATORO, ERIK

1999 “*rejkalem ri wa'ix: Filosofía maya, etnomedicina y física moderna*”, Editorial Cholsamaj, Guatemala.

FERNÁNDEZ JUAREZ, GERARDO

2010. “Sumak Kawsay: Retos y paradojas de la salud intercultural”, en. Salud Interculturalidad y Derechos. Fernández Juárez, Gerardo (Comp.) Abya Yala, Ecuador.

FERNANDEZ OSCO, MARCELO

2008. “Desatando9 invisibilidades; promoviendo pluridiversidades: Pluralismo, Derechos Humanos e interculturalidad”, Defensor del pueblo, Bolivia.

FOCAULT, MICHEL

1988. “ El sujeto y el poder” en: Revista Mexicana de Antropología, Vol. 50 No. 3 (julio- septiembre). UNAM. Pp. 3-20 México

FREYERMUTH, GRACIELA

2006 “Los rezos, elemento para la prevención de las complicaciones de parto en los Altos de Chiapas”, en *Desacatos*, enero-abril No. 20, CIESAS, México, 169-172.

2003 “Las mujeres de humo. Morir en Chenaló: Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. CIESAS, México

1999 “La muerte materna en San Andrés Larráinzar”. Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas. ACCASAC, México.

FREYERMUTH GRACIELA Y OTROS

2009 “Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificadas”, en *Salud Pública de México*, Vol. 51, No.6, noviembre-diciembre ,Instituto nacional de Salud Pública, México.

GALVEZ BORREL, VICTOR.

2011 “Los cautiverios de las mujeres: Las madresposas”, en Suplemento Revista No. 166 año IV, Diario de Centroamérica, Guatemala. Disponible en red: <http://dca.gob.gt>

GHIDINELLI AZZO

198 “El sistema de ideas sobre enfermedad en Mesoamérica”, en *Revista Médica Hondureña*, Colegio médico de Honduras, Honduras.

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.

2010 *Tercer informe de Gobierno del Estado de Chiapas*. Gobierno de Estado de Chiapas, México. Disponible en red: <http://www.informe.chiapas.gob.mx/doc/tercer/region-II-contenido.pdf>  
Consultado el 10 de enero de 2011.

2009 “Anuario estadístico de salud Chiapas. Consultas externas otorgadas en las instituciones públicas del sector salud por municipio de atención al paciente y tipo de consulta según el régimen e institución 2008”. Instituto de Salud de Chiapas. México.

2009a *Tercer informe de Gobierno del Estado de Chiapas*. Gobierno de Estado de Chiapas México Disponible en red: <http://www.informe.chiapas.gob.mx/tercer-informe>. Consultado el 10 de enero de 2011

2008. *Primer informe de Gobierno del Estado de Chiapas*, Gobierno de Estado de Chiapas México,

Disponible en red: <http://www.informe.chiapas.gob.mx/doc/primer/eje1.pdf>  
Consultado el 10 de enero de 2011

GOBIERNO FEDERAL

2010 *La mortalidad materna indígena y su prevención*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas (CDI) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD- México)

GROARK, KEVIN P.

2005 “Vital warmth and well-being:steambathing as household therapy among the Tzeltal and Tzotzil Maya of highland Chiapas, Mexico” en *Social Science & Medicine* 61 (2005) 785–795, Estados Unidos de América

GRUPPI, LUCIANO.

1978 “*El concepto de hegemonía en Gramsci*”, Ediciones de cultura popular, México.

GUILLEN, DIANA (COORDINADORA).

2003. “*Chiapas: rupturas y continuidades de una sociedad fragmentada*”. Instituto Mora. México.

GRUPPI, LUCIANO

1978 “*El concepto de hegemonía en Gramsci*”, colección pensamiento social, Ediciones de Cultura Popular, México.

GORZA, PIERO.

2006. “*Habitar el tiempo en San Andrés Larráinzar*”. Universidad Nacional Autónoma de México y El Colegio de Michoacán. México.

HARMAN ROBERT C.

1974 “*Cambios médicos y sociales en una comunidad Maya Tzeltal*”, Colección Sepini No. 28, Ma. Elena Hope (trad). , Instituto Nacional Indigenista, México.

HERNÁNDEZ DÍAZ, MIGUEL.

1997. “*Ideas y creencias en San Andrés Larráinzar*”, Gobierno del Estado de Chiapas - Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas - Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas. Chiapas, México.

HERNÁNDEZ MONTEJO Y JOSÉ HERNÁNDEZ.

2006. *“Historias y tradiciones de San Andrés Larráinzar”*, Consejo Ciudadano de Cultura Municipal, Larráinzar Chiapas y CONACULTA. Chiapas, México.

HERNÁNDEZ REYNA, MIRIAM

2007. “Sobre los sentidos del multiculturalismo e interculturalismo, en Ra Ximhai, mayo/agosto, Vol. 3 núm. 002 Universidad Autónoma Indígena de México, pp. 429-442.

HIROSE LÓPEZ, JAVIER

2008 “El cuerpo y la persona en el espacio-tiempo de los mayas de los Chenes, Campeche” en Revista pueblos y fronteras digital, No. 4. Diciembre 2007- mayo 2008, Universidad de Oriente, Yucatán. Disponible en:

<http://www.pueblosyfronteras.unam.mx>

HOLLAND, WILLIAM

1992 “La medicina de transición” en Campos Navarro, Roberto, (comp.), Antropología médica en México, Tomo 2, Instituto Mora, México

1978. *“Medicina maya en los Altos de Chiapas”*. Instituto Nacional Indigenista. México.

1964. “Conceptos cosmológicos tzotziles como una base para interpretar la civilización maya” América Indígena 24:11-28

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS

2010 *241 niños han sido beneficiados con cirugías de labio y paladar hendido Instituto de Salud del Estado de Chiapas*, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, México. en red: <http://www.salud.chiapas.gob.mx/?menu=noticias&id=252>

2010 *“Programa de integral en salud materna, con fortalecimiento intercultural en el municipio de Larráinzar, Chiapas”* Instituto de Salud Pública, documento interno de Jurisdicción de Salud II de Chiapas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

2011. “Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos, Larráinzar, Chiapas”. INEGI, En: México en Cifras. Información nacional por entidad federativa y municipios. (<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/07/07049.pdf>). Última actualización enero de 2011, Consultada el 10 de febrero de 2011.

2011a. “México en cifras. Información nacional por entidad federativa y municipios. Larráinzar, Chiapas. (base de datos) <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=07>

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA.

1948 “Acta final del Primer Congreso Indigenista Interamericano”, Suplemento del Boletín indigenista, Instituto indigenista Interamericano (INI) México

KOCYBA, HENRYK KAROL.

2007. “el eje del universo entre los mayas actuales” *La sagrada ceiba maya y el eje del universo. Dificultades de una relación*. 1er. Congreso interdisciplinario de Investigación Aplicada, Desarrollo e Innovación en la Red Universidades. 26-27 abril de 2007. Universidad del Valle de México- San Rafael, México.

KÖHLER, ULRICH.

1995. “*Chonbilal Ch’ulelal- Alma Vendida. Elementos fundamentales de la cosmología y religión mesoamericanas en una oración maya- tzotzil*” Universidad Nacional Autónoma de México. México.

LERIN PIÑÓN, SERGIO

2004 “Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta”, en Desacatos No. 16, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

LOPEZ MONJARDÍN, ADRIANA

1999 “Los acuerdos de San Andrés y los gobiernos autónomos en Chiapas” en *Espiral*, Vol. V, núm. 014, 1999. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 122-145.

LEÓN- PORTILLA, MIGUEL.

1964. “Teoría y práctica del Indigenismo interamericano”, en *América Indígena*, Vol. XXIV, núm 4, Instituto Indigenista Interamericano, México, pp.333-347.

MADERAS DEL PUEBLO DEL SURESTE A.C.

2007 “Agua y territorio indígena en Chiapas, México. (El caso de la Coca Cola en la región de los Altos). Perú.

MALDONADO LEDEZMA, ICTZEL.

2010. "De la multiculturalidad a la interculturalidad: La reforma del Estado y los Pueblos indígenas en México", en *Revista Andamios* Vol. 7, No. 14, Septiembre-diciembre, Universidad Autónoma de Ciudad de México, 287-319.

MACCIOCCHI, MARIA ANTONIETA

1975 “*Gramsci y la revolución de occidente*”, José Sazbon (trad), colección biblioteca del pensamiento socialista, Editorial Siglo XXI, México.

MARCOS, SYLVIA.

2008 “La medicina como espacio de re-configuraciones cosmológicas” en Anuario, Centro de Estudios Superiores de México y Centro América y Universidad de Ciencias y artes de Chiapas. México. Disponible en: <http://www.librosintinta.in/biblioteca/ver-archivo/http%253A%252F%252Fdspace.ucuenca.edu.ec%252Fbitstream%252F123456789%252F58%252F1%252FLa+medicina+como+espacio+de+re-configuraciones+cosmologicas.doc.htx> consultada 11/12/2011.

MARTINEZ, NANCY

2006 “Ladino blanco, garífuna negro: Algunos aspectos del racismo y la identidad en Livingston, Guatemala.”, en Alejos, José (Coord.), Dialogando alteridades. Identidad y poder en Guatemala, UNAM, México.

MARTINEZ NORA

2011 “Anamaría Cofiño. Feminista, antropóloga, editora”, en Suplemento Revista No. 166 año IV, Diario de Centroamérica, Guatemala. Disponible en red: <http://dca.gob.gt>

MATEOS CORTÉS, MARTA SELENA.

2010 *La migración transnacional del discurso intercultural: Su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos en Veracruz, México*, tesis de Doctorado, Facultad de Antropología Social, Universidad de Granada. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18893235.pdf>

MENENDEZ, EDUARDO L.

2006. “Interculturalidad, “diferencias” y antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas”, en Fernández, Gerardo (comp), Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Ecuador, Abya Yala, pp. 51-65.

2003 “Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1) pp. 185-207

1992 “Modelo Hegemónico, Modelo Alternativos Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales”, en *La antropología Médica en México*.

MONTES M. MARIA JESÚS Y GRACIELA FREYERMUTH E.

2000 “*Creando el nacimiento. Valores reproductivos en el estado de Chiapas*”. en *Cultura de los cuidados*, revista de Enfermería y Humanidades págs. 111-115, Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, España.

MORRIS JR., WALTER F

2009 *“Guía Textil de los Altos de Chiapas”* Asociación Cultural Na’ Bolom, Chiapas, México.

MOSQUERA, MARIA TERESA

2007 “Médicos y antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala”, pp. 225-251, en DESACATOS, enero-abril 2007, CIESAS, México.

NEWSWANDER HELEN Y OTROS.

1977. “El síndrome frío- caliente, húmedo- seco entre los quichés de Joyabaj: Dos modelos cognitivos, en Guatemala Indígena vol. 15, No. 1-2, Instituto Indigenista Interamericano, pp137-169. Guatemala

OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA

2010 *“La muerte materna tiene rostro. Indicadores”*. Graciela Freyermuth (coordinadora), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Organización Panamericana de la Salud-Fondo de Población de las Naciones Unidas, México

OCHIAI, KAZUYASU.

1985. *“Cuando los santos vienen marchando. Rituales públicos intercomunitarios Tzotziles”*, José Alejos (trad.), serie Monografías 3 Centro de Estudios Indígenas - Universidad Autónoma de Chiapas. Chiapas. OFICINA EN MÉXICO DEL ALTO COMISIONADO DE LOS DERECHOS HUMANOS

OFICINA EN MÉXICO DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS.

2011. *“El derecho a la consulta de los pueblos indígenas: La importancia de su implementación en el contexto de los proyectos de desarrollo a Gran escala”*. ONU-DH México, México.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT).

Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS)

*Resolución CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (2006).*

ORTEGA PÉREZ, FERNANDO

2010 *“Bioética en la interculturalidad”*, en Gerardo Fernández Juárez, Salud interculturalidad y derechos (comp), Salud, interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Kawsay- Buen vivir, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO)

“Declaración de Alma-Ata” en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) Consultada: 20-12-2010.

PAGE PLIEGO, JAIME TOMÁS.

2005 *“El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenaló, Chiapas”*, Colección Científica No. 11, UNAM, México.

PARIS PAMBO, MARIA DOLORES.

2000. “La mujer, el indio y la Patria en el discurso político chiapaneco (1970-1993)”, en Desacatos, núm.4, CIESAS, México, pp. 103-117

PEDERSEN, DUNCAN

1989 ““Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos” EN, América Indígena. Vol. XLIX (4):635-664 Instituto nacional Indigenista. México.

PAREDES, CARLOS Y OTROS

1997 “Matrimonio y parto entre los mayas” en, Revista médica hondureña, Vol.65, No. 3. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras.

PORTELI, HUGUES.

1973 *“Gramsci y el bloque histórico”*, María Braun (trad), Editorial Siglo XXI, México

RAMIREZ HITTA, SUSANA.

2009. “Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechuas y aymarás del altiplano boliviano”. OPS/OMS. Bolivia.

Real ordenanza para el establecimiento é instrucción de intendentes de exérxito y provincia en el reino de la Nueva España. Artículo 141 Compilado por Marina Mantrilla Trole y otros. UDG, El Colegio de Michoacán, EL colegio de Sonora. 2008



ROMERO MORANTE, M Y B JIMENEZ REGUERA.

2010 “Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y postparto”, en *Fisioterapia*, No. 32- 3, pp. 123-130m, editorial Elsevier Doyma, España. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/146/146v32n03a13149197pdf001.pdf>

ROMANO DELGADO, AGUSTÍN.

2002, “Historia evaluativa del Centro Coordinador Indigenista Tzatzal- Tzotzil. Volumen I” Instituto Nacional Indigenista. México.

RUIZ RUIZ, LUCAS.

2006. “*El jchi’iltik y la dominación jkaxlan en Larráinzar, Chiapas*” Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas. México.

RUIZ LLANOS, ADRIANA

2009. “La ética, la interculturalidad y los Derechos Humanos para la protección de la salud”, en: Cittarelli Luca y Alessia Zangari, *Yachay Tinkuy, salud e interculturalidad en Bolivia y América latina*, editorial Gente Común, Bolivia, pp. 291-305.

SAENZ DE TEJADA EUGENIA Y EDNA R. CALDERÓN

1997 “Atención de salud infantil. Prácticas de madres mayas en Guatemala. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la alimentación del infante y el niño, diarrrhea<sup>163</sup> y rehidratación, infecciones respiratorias agudas e inmunización”, en proyecto basics: Consultoría para United State Agency International development from the American People (USAID) contrato No. 000 GU-01-020, Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, pp. 12-15

SAEZ SALGADO, MARGARITA

2009. “Protección en Salud a Pueblos Indígenas e Interculturalidad”, en: *Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas*. OISS, EUROSOCIAL., 2009.

SALDIVAR, EMIKO

2011. “Every day practices of indigenismo: An ethnography of anthropology and the State in México”, en *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, Vol. 16, núm 1 , American Anthropological Association, Estados Unidos Americanos, pp. 67-89

---

<sup>163</sup> Textual al título original.

STAVENHAGEN, RODOLFO

1996. "Derechos indígenas y derechos culturales de los pueblos indígenas", en: Klesing-Rempel, Úrsula y Astrid Knoop, *Lo propio y lo ajeno. Interculturalidad y sociedad multicultural*, Plaza y Valdéz editores, México, pp. 71-94

2006. "La presión desde abajo: Derechos Humanos y multiculturalismo", en: Gutierrez Martinez, Daniel, *Multiculturalismo*, El colegio de México, UNAM y Siglo XXI, México. Pp. 213-240

SECRETARIA DE SALUD.

2010 *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010. Objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.*

2009 *"interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud"*, Secretaría de Salud- UNAM, México.

2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaria de salud, México.

2006 "Interculturalidad en Salud, síntesis ejecutiva". Secretaría de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México, Disponible en red. [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica Intercultural Salud.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica_Intercultural_Salud.pdf) consultada el 20 de mayo de 2010.

2001 "Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de acción: Salud y Nutrición de los Pueblos indígenas" Secretaria de salud, México, en red: [http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia\\_2/salud y nutricion.pdf](http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/salud_y_nutricion.pdf)

1993 *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México.*

SESIA, PAOLA

2010 "El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica "crítica". pp 241-269, en "Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances", Jesús Armando Haro (compilador, Editorial Lugar, Argentina.

SOLA JOSE

2010 *"La interculturalidad y la salud desde el marco ético de la salud pública"*, en: Fernández Juárez, Gerardo, Salud, Interculturalidad y Derechos,. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay- Buen Vivir , pp. 127-148. Ediciones Abya-Yala.

STARRS, ANA.

2006 "Safe motherhood initiative: 20 years and counting, en The Lancet, Vol. 368 septiembre 30, disponible en red: <http://www.thelancet.com>

TEDLOCK, BARBARA

1992 "The role of dreams and visionary narratives in mayan cultural survival" en Revista Ethos, Vol 20 (4), Blackwell publishing, pp. 453-476, Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/640279> revisado 10/11/2011

TEJADA DE RIVERO, DAVID

2003 "Alma – Ata: 25 años después", en Perspectivas en salud, vol. 8, núm 1, Organización Panamericana de la salud, en Red: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_4.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm)

TRONCOSO ERIKA Y GUSTAVO NIGENDA

2002 "La política de salud para las poblaciones indígenas en México. Síntesis ejecutiva". Fundación Mexicana para la Salud y Centro de Análisis Social y Económico. En red: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/sintesis,%20etc/SINTESIS%20ERIKA.pdf>

THOMPSON, ERIC

2004. "*Historia y religión de los mayas*" Duodécima edición. Editorial Siglo XXI. México.

URIBE, PATRICIA, CITLÁHUAC RUIZ Y EDUARDO MORALES.

2009 "La mortalidad materna EN México, estrategias y desigualdades", pp. 55-67, en "La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura", Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), CIESAS- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México.

VILLA ROJAS, ALFONSO.

1985. "*Estudios etnológicos. Los mayas*". Universidad Nacional Autónoma de México. Pp.63-70

VIQUEIRA, JUAN PEDRO.

2002. "La construcción de identidades" en "*Encrucijadas chiapanecas: Economía, religión e identidades*", Colegio de México – Tusquets Editores, México,

VIQUEIRA, JAIME

1996. “Tres perspectivas sobre el pluralismo cultural en México (Vasconcelos, León –Portilla, Bonfil Batalla)” , en Klesing-Rempel, Úrsula y Astrid Knoop, *Lo propio y lo ajeno. Interculturalidad y sociedad multicultural*, Plaza y Valdéz editores, México, pp. 48-68

VIRNAZA PINZÓN, PAOLA

2007 “El masaje como técnica de intervención en el manejo del dolor”, en Revista Facultad Ciencias de la Salud, Vol. 9, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Cauca, Colombia.

Disponible en <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2007/junio/el%20masaje.pdf>

WULF, CHRISTOPH









1996 “Tres El otro. Perspectiva de la educación intercultural”, en:Klesing-Rempel, Úrsula y Astrid Knoop, *Lo propio y lo ajeno. Interculturalidad y sociedad multicultural*, laza y Valdéz editores, México, pp. 223-237.

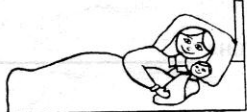






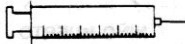

# ANEXOS

# MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS LARRAINZAR.



# HOJA DE CONTROL A LABOR DE LA PARTERA. (IDEOGRAMAS)

FECHA _____		Comunidad _____ Promotor _____ Fecha _____ Capacitada    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Posada Nacim.    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
 MUJER EMBARAZADA		
 PARTO NORMAL		
 ABORTO		
 NIÑA VIVA		
 NIÑO VIVO		
 NIÑA MUERTA		
 NIÑO MUERTO		
 MUERTE MATERNA		

<p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </p>		 <p><b>PUERPERIO NORMAL</b></p>
		 <p><b>MUERTE NEONATAL</b></p>
		 <p><b>EMBARAZO CON COMPLICACIONES</b></p>
		 <p><b>PARTO COMPLICADO</b></p>
		 <p><b>NIÑA CON COMPLICACIONES</b></p>
		 <p><b>NIÑO CON COMPLICACIONES</b></p>
		 <p><b>PUERPERIO COMPLICADO</b></p>
		 <p><b>COMPLICACION POR TÉTANOS</b></p>
		 <p><b>OTROS</b></p>