Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Maestría en Antropología Social

"Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas"

TESIS
Que para obtener el grado de
Maestro en Antropología Social

PRESENTA
Sergio Meneses Navarro

DIRECTORA DE TESIS
Dra. Graciela Freyermuth Enciso

COMITÉ TUTORAL
Dr. Héctor Javier Sánchez-Pérez
Dr. Mario Bronfman
Dr. Laureano Reyes

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, enero de 2005

Para Sebastián y Mariano,
el tiempo sin fin

Agradecimientos

Al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social que me extendió un espacio en el programa de maestría 2002-2004 en la sede del sureste.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología que durante veinticuatro meses irradió la luz de una beca.

A las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria II que ofrecieron generosamente las facilidades requeridas para el buen logro de este trabajo, especialmente al Dr. Armando Servín (director jurisdiccional 2001-2003), la doctora Alied Bencomo, el Dr. Roberto Robles (director jurisdiccional 2004 a la fecha) y la señora Graciela Luna, secretaria del director jurisdiccional.

A los médicos, enfermeras, odontólogos, químicos, técnicos, auxiliares y demás trabajadores de salud de las clínicas visitadas, que me ofrecieron generosamente su tiempo, experiencias y opiniones, me dieron pase ilimitado a los espacios de su quehacer y ejercicio cotidiano. Especialmente al doctor Benito Pilicastro, al enfermero Claudio Moreno, el odontólogo Melvin Pérez, la química Bilma Guillén, las enfermeras Mercedes Gonzáles, Angelina Valdivieso y Lila Verlanga. Mi reconocimiento y profundo respeto a su actitud generosa e inclinación amigable.

A Don Tiburcio Ventura, quien descubrió para mí el velado secreto de su quehacer como *jloktor ja'jchi'iltik*.

A los hombres y mujeres, indígenas y mestizos, oriundos de Llano Aguacatal y otras localidades de Los Altos de Chiapas, de quienes obtuve el gesto colaborador y la información capital para el logro del estudio.

Al equipo del proyecto "Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica", que nutrió significativamente este encargo: Petrona Guzmán, Manuela Gómez, Juan Lorenzo Gómez, Sebastiana Pale, don Antonio Ruiz, Cecy de la Torre, Adabell Gómez y Lety Ballinas.

Muchas personas me brindaron eficaz auxilio en las dificultosas faenas administrativas en CIESAS Sureste: la Dra. Lola Palomo (coordinadora de la maestría), el Mtro. Raúl Gutiérrez, las Mtras. Irene y Adelita, el contador don José González y su asiduo auxiliar, Efraín Urbina.

En la biblioteca conté con el valioso respaldo y buen ánimo de Lupita Salazar y Oscar López.

Fragmentos del trabajo fueron elaborados bajo el caliginoso ámbito de la Casa de la Cultura "Don Manuel Arellano", en Degollado, Jalisco. Ahí, Cecilia de Bravo, Noemí Vital y Mayela Alcalá,

además de la sonrisa, me procuraron un espacio apartado del estruendo de música norteña y me facilitaron acceso irrestricto al acervo biblio-hemerográfico del establecimiento.

Los compañeros y docentes de la línea de antropología médica, Catalina Guzmán, Hilda Argüello, Juan Carlos García, Joaquín Ventura, Pablo Sánchez-Tapia, Jaime Page, Laureano Reyes y Paola Sesia, leyeron críticamente fragmentos de este trabajo, sus acotaciones y sugerencias redundaron en mejorías para la producción final de la obra.

Otras personas leyeron y comentaron algunas piezas del texto: Oscar González, Yoimi Castañeada, Gilberto Meneses, David Meléndez, Gracia Imberton, Pedro Pitarch, Rafael Alarcón y Gabriel Torres, todos ellos propusieron útiles consejos.

A los miembros del comité tutoral: el Dr. Laureano Reyes fue crítico asiduo y obligó al retoque ineludible; el Dr. Mario Bronfman dedicó tiempo generoso de su espesa agenda para acudir con sus comentarios; el Dr. Héctor Javier Sánchez-Pérez, hizo repetidas lecturas de varios borradores del texto desde sus primeras versiones, reparó en los detalles, valoró el conjunto con entusiasmo y compartió orientaciones bibliográficas singulares.

Graciela Freyermuth Enciso no sólo fue conspicua directora de esta tesis; alumbró mi paso en momentos de desanimo y oscuridad -como cuando Marisol estuvo hospitalizada-, abrió para mi las puertas de su casa y su saber, derramó decenas de tomos de su biblioteca, entregó sin reserva la mano y el gesto entrañable. Mi gratitud no alcanza.

Sin Marisol, adorada, nada hubiera sido. Su ánimo y favor en la tarea vital del cuidado y amor a mis hijos, lo hizo posible.

Gracias.

Índice

Introducción 10

I. De Babel al problema de investigación 10

II. De la metodología y el trabajo de campo 13

III. Resumen del contenido por capítulos 17

Primera Parte:

Antecedentes, Presupuestos, Ejes de Análisis y Marco Teórico 20

Capítulo Uno:

Una introducción general a la configuración social y el contexto sanitario de Chenalhó 22

Preámbulo: cifras del rezago social en Chiapas 22

Los Altos de Chiapas 29

Relaciones interétnicas en Los Altos de Chiapas: la recreación de una sociedad de castas 40

Pluralismo médico y las condiciones, recursos y servicios de salud en Los Altos de Chiapas 52

Área de estudio: Chenalhó 63

Relaciones interétnicas en Chenalhó 66

Pluralismo político y religioso. Divisionismo y violencia 69

Una mirada general a las condiciones, recursos y servicios de salud en Chenalhó 70

Otros recursos para la salud: *Jloktoretik ja'jchi'iltak* y redes locales de promotores de salud 75

Capítulo Dos:

Presupuestos, Ejes de Análisis y Lineamientos Teóricos 78

Introducción al capítulo 78

Los Presupuestos 79

Los Ejes de Análisis 80
Marco Conceptual y Teórico 80
I. Identidad étnico-racial y relaciones interétnicas 80
Lo Étnico 82
Lo Racial 83
Grupo Socio Racial 85
Estereotipo, Prejuicio, Discriminación y Racismo. Definiciones 85
II. Los Modelos Médicos de Eduardo Menéndez 90
Tres modelos médicos básicos 92
La Estructura 93
Las Funciones 100
III. Los servicios públicos de salud en la situación interétnica. Apuntes para la discusión 103
Tipos de Intervenciones Clínicas Posibles en el Contexto Interétnico 104
IV. Conceptos de accesibilidad, utilización y calidad de la atención en los servicios de salud 104
V. El estudio de las prácticas y representaciones sociales 108

Segunda Parte:
Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en Chenalhó 109
Introducción a la Segunda Parte 109

Capítulo Tres:
El encuentro entre prestadores y usuarios de los servicios de salud: actores y escenarios 112
Preludio. Llano Aguacatal, la localidad de estudio 112
La Unidad de Salud Gubernamental 117
El Escenario 117
La Sala de Espera 132
El Consultorio Médico 140

Los Actores 142
El doctor Benito Pilicastro 142
La enfermera Angelina Valdivieso 150
La enfermera Mercedes González 154
Don Tiburcio Ventura, el *Jloktor ja'jchi'iltik* 157

Capítulo Cuatro:
Prácticas de los actores involucrados en el encuentro médico
Interétnico 172
Introducción al capítulo 172
I. Encuentro médico en La Unidad de Salud de Llano Aguacatal 172
La consulta médica a un paciente indígena en la Unidad de Salud de Llano Aguacatal 173
La consulta médica a un paciente mestizo en la Unidad de Salud de Llano Aguacatal 181
Comentarios comparativos respecto a las prácticas del médico alópata mestizo cuando atiende a pacientes indígenas y a pacientes mestizos 184
II. La consulta médica del *Jloktor ja'jchi'iltik* 198
La consulta del *jloktor ja'jchi'iltik* con pacientes indígenas y mestizos 198
Comentarios comparativos respecto a las prácticas del *jloktor ja'jchi'iltik* cuando atiende a pacientes indígenas y a pacientes mestizos 202
III. Escenarios del Programa *Oportunidades* 212
Las pláticas de Educación para la Salud en el aula de la escuela primaria de la comunidad 212

Capítulo Cinco:
Las representaciones de los actores involucrados en
el encuentro médico interétnico 218
Introducción al capítulo 218
1. Representaciones de los trabajadores de salud mestizos 219

Prejuicio y estereotipo sobre los indígenas 219
Estereotipo 1: el indígena tonto o ignorante 219
Estereotipos 2 y 3: el indígena humilde y bienhechor *versus* el indígena salvaje y malvado 225
Estereotipo 4: el Indígena mugroso 229
El indígena en términos raciales 230
Palabras utilizadas para referirse al paciente Indígena 233
Sentimientos de zozobra, vulnerabilidad y temor de los trabajadores de salud en el ámbito indígena 234
2. Representaciones del *Jloktor ja'jchi'iltik* 238
La "buena medicina" del *jloktor ja'jchi'iltik*, la "mala medicina" de los servicios públicos de salud 238
El gobierno manda a los doctores a practicar con la gente indígena 240
Los buenos médicos vienen de México, son especialistas y educados. Relaciones del *jloktor ja'jchi'iltik* con otros médicos alópatas 243
Los *j'iloletik* engañan a la gente 244
3. De médicos *caxlánes* y *jloktores compañeros*. Las representaciones de la población indígena alrededor de la medicina 246
Utilización de recursos farmacológicos 246
Los centros de salud sólo tienen "mala medicina" 249
"Son puros estudiantes". En la comunidad "no hay médicos altamente calificados" 251
"Por eso prefiero ir con el *jloktor*". El trato de los médicos de las unidades de salud gubernamentales y el trato del *jloktor ja'jchi'iltik* 253
"Es que estoy en el *Oportunidades*". Los motivos para la utilización de los servicios de salud gubernamentales 256

Capítulo Seis:
Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis 258
Prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo en los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas 258
Negación y los disimulos del racismo 264
¿Modelo Médico Hegemónico y racismo? 268
Estado de los recursos, producción de servicios y calidad de la atención en los servicios públicos de salud de Los Altos de Chiapas 269
Metamorfosis del Modelo Médico Hegemónico en el ámbito indígena: anotaciones preliminares 272

Bibliografía 279

Índice de cuadros, mapas, figuras y recuadros 293

Lista de abreviaturas 294

Anexos 296

INTRODUCCIÓN

I. De Babel al problema de investigación

"Será mejor que bajemos a confundir su idioma,
para que ya no se entiendan entre ellos mismos"
Génesis, 11

"La carencia de autoconocimiento y la ausencia de autocrítica
a menudo derivan de nuestro apego a un grupo de gente y se traducen, al mismo tiempo, en un desastre brutal
para *otro* grupo de gente."
Amartya Sen[1] (2001:12).

En ocasiones el rechazo, otras la apatía indolente, unas más la sospecha, la desconfianza, el temor. Al extremo, la agresión y el exterminio. Muerte. Ciertas animadversiones fundamentadas en el estereotipo, el prejuicio y la diferencia, son moneda corriente y su virulencia ha cobrado frutos: del holocausto nazi al sionismo; del Ku Klux Klan al Apartheid; de las "limpiezas étnicas" en Ruanda o Kosovo a los múltiples y recientes integrismos y fundamentalismos de objetivos antagónicos (de oriente contra occidente, del 11 de septiembre, del odio Talibán, del 11 de marzo madrileño, de la mofa sobre prisioneros irakíes atados y desnudos, y la venganza terrorista. Todo esto).

Y en el intersticio, diferentes matices de la misma moneda: la xenofobia hacia hispanos en el sur de Estados Unidos; la adjetivación de minorías religiosas con epítetos peyorativos como "los aleluyas"; la mofa socarrona que impregna las alusiones a homosexuales; el estigma que señala a las personas que viven con VIH o a enfermos de sida. Y en México, desde hace ya varios siglos, es conocida la contraposición entre la sociedad nacional mestiza y la población indígena.

"Nuestra identificación con gente de un grupo o de otro puede ejercer una influencia poderosa en nuestros pensamientos y nuestras emociones", escribe Amartya Sen, "y, a través de ellos, también en nuestros actos. En términos amplios, este es el tema de la identidad social" (Sen, 2001:12). Nosotros y los Otros.

[1] Hindú formado en la Universidad de Cambridge, autor de *Development as Freedom*, teórico destacado de la vertiente ética de la economía, cuyo trabajo le ha valido el Premio Nóbel de esta disciplina en 1998.

En Los Altos de Chiapas se reconoce el añejo antagonismo entre estos dos grupos sociales: indígenas, por un lado, ladinos o mestizos, por el otro. Una cita, casi azarosa, lo ilustra con vehemencia:

"En San Cristóbal de Las Casas, orgulloso bastión de los coletos, los indios bajaban de las aceras para ceder el paso a los blancos que seguían refiriéndose a ellos con un *asco racial*[2] en el que resonaba el eco de la frase brutal que escuchó fray Bartolomé a su llegada: 'perros indios'" (Remesal, 1988, en Krauze, 1999:12)

En los albores del siglo XXI, ¿es tal el estereotipo y el prejuicio de la población mestiza hacia los indígenas de Los Altos de Chiapas? ¿Se expresa discriminación y racismo en estas relaciones sociales interétnicas?

Me propuse un trabajo que diera cuenta del estado de esta coyuntura (la identidad, la otredad y la colisión de sus pasiones exaltadas), en el marco del encuentro médico interétnico en los servicios públicos de salud que se ofrecen en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas. Los unos, trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, etcétera), mestizos, chiapanecos (la mayoría). Los otros, indígenas tsotsiles alteños, en su mayoría pobres, con alto porcentaje de monolingüismo (en tsotsil) y analfabetismo.

¿Por qué las relaciones interétnicas con la mirada propuesta en el estereotipo, el prejuicio, la discriminación y el racismo en el marco del encuentro médico en Los Altos de Chiapas? La justificación responde al pragmatismo sanitario: las principales causas de morbilidad en la región son prevenibles y de mortalidad evitable con medidas terapéuticas relativamente simples, si son aplicadas con oportunidad. En el año 2001, la principal causa de mortalidad en Chenalhó fue la deshidratación secundaria a enfermedades infecciosas intestinales. En San Juan Cancuc, la tuberculosis pulmonar.[3] ¿Qué relación guarda la dinámica de las relaciones interétnicas entre los prestadores de los servicios públicos de salud y los usuarios indígenas, con estas sombrías condiciones de salud?

Plantee algunas preguntas teóricas y alrededor de ellas gravitó el estudio: ¿cuál es la articulación existente entre la relación médica -médico o prestador/paciente o usuario- producida por el sistema médico hegemónico, y la relación interétnica -mestizo/indígena-, acaecida en el ámbito

[2] Las cursivas son mías.

[3] Datos consultados de los registros de Principales Causas de Mortalidad, Oficina Central del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), 2002. En el Capítulo Uno de esta misma obra se ofrece un panorama más amplio de las condiciones de salud en Chiapas y la región de Los Altos

indígena de Los Altos de Chiapas? ¿Existen prejuicios, estereotipos, contenidos de discriminación y racismo en este encuentro médico interétnico?, y, en su caso ¿cómo se caracterizan? ¿Cómo influye lo anterior en la accesibilidad (cultural, principalmente) y utilización de los servicios públicos de salud para la población indígena de Los Altos de Chiapas? ¿Qué características particulares imprime el contexto indígena local al Modelo Médico Hegemónico? ¿Es el racismo un rasgo estructural de los servicios públicos de salud en el ámbito indígena local?

Quise explorar los pensamientos, emociones y actitudes de los actores involucrados. Sus prácticas y representaciones. Algunas preguntas empíricas trazaron los caminos de mis indagatorias: ¿cómo concibe el médico académico[4] mestizo la relación médica (médico o prestador / paciente o usuario) frente a un usuario indígena?, ¿y frente a un usuario mestizo? ¿Cómo concibe el usuario indígena la relación médica, con un prestador mestizo?, ¿y con un agente de salud indígena? ¿Cómo se presenta en la práctica la relación médica entre el prestador mestizo y el usuario indígena?, ¿y con un usuario mestizo?

Pero había que considerar a otros actores. Por necesidades comunicativas, es menester la presencia de un auxiliar en la traducción durante el encuentro médico interétnico. Tenía que incluir a éste actor en el estudio, aunque –por limitaciones personales (entre ellas las que imponen los tiempos)- fuese marginalmente, ¿cuál es el papel del auxiliar en la traducción en la relación médica interétnica?

También debía considerar la voz y los motivos de los no usuarios de los servicios de salud. ¿Por qué no los utilizan? ¿Qué piensan de los prestadores mestizos? ¿Qué de los agentes de salud indígenas? ¿Y quienes son estos otros agentes de salud indígenas? Me refiero, principalmente, a los llamados *jloktoretik ja'jchi'iltak* -en la lengua tsotsil del municipio de Chenalhó, y que en lengua española se traduce como "doctores compañeros"-.[5] Adelante, a lo largo del texto, el lector habrá de conocer algo más sobre un afamado *jloktor ja'jchi'iltik*, sobre sus representaciones y sus prácticas: qué y cómo de su relación con usuarios indígenas, qué y cómo con usuarios no indígenas, y qué piensa de los médicos mestizos y sus prácticas, entre otros aspectos.

[4] Me refiero al médico alópata que acredita estudios de medicina en instituciones educativas con reconocimiento jurídico y que responden al paradigma científico biomédico característico del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1983), legitimado científicamente y por las legislaciones de diversos Estados, incluyendo la Constitución Política Mexicana (artículo 4º Constitucional y Ley General de Salud). También me referiré a estos actores como biomédicos o médicos alópatas.

[5] Estos agentes de salud indígenas (*jloktoretik ja'jchi'iltak*, pero también los promotores de salud) comparten el paradigma biomédico del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1983) y no se ubican bajo el paradigma de las llamadas "medicinas tradicionales". A lo largo de esta obra se profundiza al respecto.

Pero me plantee otras preguntas, directas, sin rodeos: ¿existe racismo emanado del médico mestizo hacia el paciente indígena durante el encuentro médico? ¿Cómo se expresa? ¿Existe racismo emanado del paciente indígena hacia el prestador mestizo? ¿Cómo se expresa? En este trabajo pretendí dar respuesta -metódicamente razonada por necesidad, parcial por insuficiencias personales- a estas preguntas.[6]

Va dirigido a los médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares y demás activistas y trabajadores de la salud que laboran en contacto directo con la población indígena (en Los Altos de Chiapas o en otras partes de México); pero este trabajo también aspira ser de interés para los líderes originarios, sus autoridades y los agentes de salud indígenas. Acaso reporte alguna utilidad para los encargados del diseño de las políticas públicas (especialmente de salud), los tomadores de decisiones, los administrativos, en fin, los servidores públicos involucrados en la materia sanitaria.

Especialmente, me interesa que este trabajo motive la discusión, el análisis, la crítica, en el interior de las aulas de los futuros médicos, enfermeras, técnicos y demás profesionales relacionados con la salud (de quienes estarán inmersos en el contexto indígena, pero también de quienes no. La otredad será un fragmento de su ejercicio profesional cotidiano).

Me alienta pensar sobre las posibilidades aplicativas de este trabajo en el ámbito de acción de la salud pública, concretamente en mejorar la accesibilidad a los servicios públicos de salud para la población indígena de Los Altos de Chiapas.

Los resultados del presente estudio pueden ser polémicos, impugnables. En dado caso, el acierto es el señalamiento de un asunto que merece atención. No hacerlo implicará perpetuar y profundizar desigualdades e incomprensiones, que, antes o después, conducen a resultados fatales.

II. De la metodología y el trabajo de campo

El trabajo de campo para el presente estudio se realizó de los meses de julio a diciembre del 2003 en el paraje de Llano Aguacatal, Chenalhó, uno de los poblados más significativos del municipio (véase Capítulo Tres). Posteriormente, la investigación se nutrió del trabajo de campo que

[6] Por motivos que tienen que ver con el tiempo asignado a la elaboración de tesis en el programa de maestría de CIESAS, me he visto en la necesidad de omitir en el presente estudio algunos factores y relaciones que sin duda juegan un papel importante en el encuentro médico interétnico, y que afectan la accesibilidad cultural y utilización de los servicios de salud; estos pueden ser: el género, la filiación religiosa y política, la escolaridad, el tipo de padecimiento, la edad, la posición dentro de la comunidad, etcétera. Las fronteras de mi estudio se limitaron a lo ya expuesto.

llevé a cabo durante los meses de julio a noviembre del 2004, en once municipios de Los Altos de Chiapas.[7]

Pero el lector no encontrará el paraje en mapa alguno de Los Altos de Chiapas, ni en las cartografías más pormenorizadas y recientes del municipio de Chenalhó, porque Llano Aguacatal es un nombre ficticio que he decidido utilizar para hacer referencia a la localidad que fue el principal escenario de mis indagatorias. Pero ¿por qué ocultar el nombre del paraje?, ¿por qué designarlo con un mote falso? Esta decisión responde a dos razones estrechamente relacionadas. La primera razón es una determinación ética. Después de los trabajos de campo juzgué que tenía en mis manos información "delicada", que manejada con ligereza podría poner en entredicho el honor, la virtud, la calidad –moral o técnica- de algunos individuos que no sólo apoyaron mis indagatorias, sino que se interesaron sinceramente en el buen logro del estudio y en sus traducciones prácticas que redundaran en mejoras de la accesibilidad a los servicios públicos de salud. Así, una contienda de razones y argumentos me abrumaron. Por la naturaleza del tema –al final de cuentas, el racismo en las relaciones médicas interétnicas-, no me parecía admisible plasmar los hallazgos señalando "con santo y seña" a las personas involucradas; no quería decir, por ejemplo, qué Fulano me confesó su animadversión por Zutano, o que Perengano ha revelado actitudes negativas para con Mengano. Medité el asunto. Lo atraje a la discusión con compañeros y maestros. Al final tomé la decisión. Identificar plenamente a los actores no aportaría información trascendente para nuestros fines y sí, en cambio, podría causar perjuicios. Guardaría entonces en el anonimato la identidad de lugares y de las personas examinadas en este trabajo.

La segunda es una razón metodológica producto de la disposición ética asumida y ya explicada. Los escenarios y los actores que aparecen en la obra son arquetípicos, no identifican fielmente ni lugares ni personas específicas. Se ha tratado de caracterizar uno de los escenarios posibles en Los Altos de Chiapas y los personajes que en ellos representan su papel, aunque, valga decirlo, se ha obrado siempre con apego lo atestiguado, nada ha sido inventado. Así, aunque ciertamente ahí dónde existe esa localidad que he nombrado "Llano Aguacatal" se levanta una comunidad que posiblemente pueda ser identificada por los conocedores de la región, los actores que ahí se presentan no se refieren a un individuo concreto, sino al "individuo tipo", el personaje construido a partir de piezas tomadas del discurso de diferentes interlocutores, de las maneras

[7] En el marco del proyecto "Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica", dirigido por la Dra. Graciela Freyermuth, con financiamiento de INDESOL. Este trabajo ha dado lugar a la publicación *Maternidad peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas* (2004).

observadas en ellos, de sus actitudes, de las prácticas y representaciones que me parecieron constantes, persistentes, sistemáticas. De este modo, no podía utilizar nombres reales, estaba obligado a recurrir a un título artificial para señalar el lugar y seudónimos para los individuos (véanse Capítulos Tres y Cuatro).

Durante la investigación eché mano de diversas técnicas del trabajo de campo (observación, entrevista semi-estructurada, revisión documental) e instrumentos y herramientas de la investigación etnográfica (diario de campo, guías de observación en las localidades, en las clínicas y en las consultas, guías de entrevista, grabadora para registrar el audio de entrevistas y consultas).

A lo largo del primer trabajo de campo visité por varias semanas el centro de salud del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) en Llano Aguacatal, donde fui gentilmente recibido por todos los miembros del personal que ahí labora. Tuve acceso irrestricto a todos los espacios de la clínica, incluso al consultorio médico al momento de las consultas -espacio privilegiado de mis observaciones-. Durante el segundo periodo de trabajo de campo, realicé observaciones en diversas unidades de salud dependientes del ISECH, en más de once municipios alteños.

Además, también tuve ocasión de estar en el consultorio del prestigiado *jloktor ja'jchi'iltik* de Llano Aguacatal, don Tiburcio Ventura,[8] quién me concedió en repetidas ocasiones, dilatadas y excepcionales charlas, a más de observarlo "en acción" durante las consultas médicas que ofrece.

Obtuve beneficio de las observaciones en distintos espacios de Llano Aguacatal y otras localidades, y de conversar con variados actores. Estuve en la escuela primaria, en la telesecundaria, en la iglesia católica, en el campamento militar, en el cuartel de la policía de seguridad pública, en el mercado, en los puestos de comida y otros comercios, además de algunas viviendas particulares.

Conversé con muchas personas, con maestros, con militares, con ministros religiosos, con funcionarios públicos, con comerciantes fuereños, con empleados de organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales e internacionales,[9] con trabajadores de la salud y, por supuesto, con varios lugareños.

Elaboré amplias notas de campo –parcialmente orientadas por las guías de observación fabricadas previamente- en la libreta que dediqué a tal propósito. En el primer trabajo de campo

[8] El nombre también ha sido modificado para mantener el anonimato.

[9] Médicos del Mundo (delegación francesa), Médicos sin Fronteras (delegación holandesa), Cruz Roja Mexicana, Comité Internacional de la Cruz Roja, Delegación Española de la Cruz Roja, Delegación Alemana de la Cruz Roja, Red de Defensores Comunitarios de los Derechos Humanos, entre otros miembros de diferentes organizaciones.

realicé un total de once entrevistas semi-estructuradas. Cada una de ellas con una duración promedio de 45 a 60 minutos. La mayoría de ellas en castellano, sin la mediación de intérpretes. Las entrevistas se dividen de la siguiente manera: cuatro entrevistas a prestadores mestizos de servicios públicos de salud; dos entrevistas a indígenas auxiliares en la traducción de los servicios públicos de salud; dos entrevistas a indígenas usuarios y dos entrevistas a indígenas no usuarios de los servicios públicos de salud; y una entrevista al agente de salud indígena, el *jloktor ja'jchi'iltik*. Además, en el diario de campo se tiene registro de conversaciones informales con otros prestadores de servicios públicos de salud, con promotores de salud, con el *jloktor ja'jchi'iltik* y con otros usuarios y no usuarios de los servicios. Cuento, también, con el registro en audio casete de varias horas de la consulta médica que presencié en el centro de salud del ISECH y de las pláticas de educación para la salud realizadas en el marco de las actividades del programa *Oportunidades*.

Del segundo trabajo de campo se obtuvieron 16 entrevistas semi-estructuradas a médicos (titulados y pasantes en servicio social) que laboran en unidades de salud del ISECH en la región, y a 31 mujeres indígenas embarazadas, en el puerperio o en edad reproductiva, usuarias y no usuarias de los servicios públicos de salud. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio casete.

Debo revelar que yo mismo he tenido tres años de experiencia médico asistencial en Los Altos de Chiapas -laborando con organizaciones sanitarias no gubernamentales- y durante un año, previo a este estudio, establecí mis actividades clínicas en comunidades del municipio de Chenalhó. Esta experiencia me permitió relacionarme con varios actores antes de que siquiera contemplara preparar el protocolo que dio aliento a este trabajo. Conocí entonces a otros trabajadores de la salud mestizos e indígenas –entre ellos diversos promotores de salud indígenas, con quienes mantengo relaciones cordiales y profesionales-, trabajadores de la educación, comerciantes, funcionarios públicos, activistas de diversa índole, etcétera. En tres años de labores clínicas conseguí cierto entendimiento de la lengua tsotsil, sin embargo, muy limitado, el cual sólo me permite entender algunas frases e ideas de los diálogos que escucho. No tengo dominio de esta lengua indígena, lo que sin duda implicó un inconveniente para el mejor logro del presente estudio. Esta limitación debe ser ponderada.

III. Resumen del contenido por capítulos

El texto se divide en dos partes. La primera de ellas corresponde a los dos primeros capítulos y presenta los antecedentes, presupuestos, ejes de análisis y el marco teórico-conceptual, precisos para enmarcar la obra. Esta parte es necesaria para ubicar el problema de estudio y la orientación de la discusión teórica. La segunda parte -que incluye los capítulos tres, cuatro y cinco- corresponde a la presentación etnográfica de los hallazgos obtenidos durante el trabajo de campo que versan directamente sobre los encuentros médicos interétnicos. Esta sección de la obra puede ser consultada de manera independiente por aquel que, sin los intereses teóricos o prácticos precisos de este trabajo, simplemente quiera atisbar a través de un recorrido por los espacios comunes de Los Altos de Chiapas y algunos de sus más velados, misteriosos, ocultos recovecos: las clínicas del ISECH o el consultorio de algún *jloktor ja'jchi'iltik.* Para culminar, hay un Capítulo Seis que elabora las discusiones teóricas finales y da espacio a los comentarios, reflexiones, observaciones y apuntes que permiten al autor decir -aunque no con convicción absoluta-, "aquí termina la obra".

El Capítulo Uno, "Una introducción general a la configuración social y el contexto sanitario de Chenalhó", presenta un preámbulo en cifras que ilustra las condiciones de rezago social que prevalecen en el estado de Chiapas en general, y en el municipio de Chenalhó, en particular; se contextualizan aspectos demográficos, económicos, de organización política y religiosa, relevantes de la sociedad que habita la zona; se discurre alrededor de las relaciones interétnicas habidas entre la población indígena y mestiza de la región; se ilustran las condiciones, recursos y servicios de salud, tomando en cuenta el marco de pluralismo que confiere la situación multicultural; y se reflexiona en torno a las relaciones posibles entre la dinámica social y el contexto sanitario de la zona.

El Capítulo Dos, "Presupuestos, Ejes de Análisis y Lineamientos Teóricos", como lo indica el título, exponen los presupuestos (o hipótesis) y ejes de análisis que guiaron las indagatorias y discusiones del presente estudio, además del marco teórico y conceptual utilizado. El orden de las ideas teóricas se desarrolla en cinco partes. Primero se teoriza alrededor de la identidad étnico-racial y las relaciones interétnicas. Para ahondar en este punto es menester hacer algunas definiciones y discusiones. Así, se elaboran dilucidaciones para aclarar los conceptos de "grupo étnico", "raza", "grupo socio-racial", "prejuicio", "estereotipo", "discriminación" y "racismo". En segundo lugar se

exponen las definiciones, fenómenos y dinámicas propios de los modelos médicos propuestos por Eduardo Menéndez (1983), especialmente del Modelo Médico Hegemónico (MMH) y se inicia una discusión sobre las características específicas que confiere el ámbito indígena local a dicho modelo. En tercer lugar se mencionan brevemente algunas características de los servicios públicos de salud en la situación interétnica y el tipo de intervenciones clínicas posibles en este contexto. Posteriormente se explican los conceptos de accesibilidad, utilización y calidad de la atención, referidos a los servicios de salud, categorías que servirán para enmarcar parte de la discusión final, en el Capítulo Seis de la obra. Al final se expone la teoría sobre prácticas y representaciones sociales (Abric, 2001) que justifica la utilidad y comodidad de su empleo como categorías convenientes en el presente trabajo.

El Capítulo Tres, "El encuentro entre prestadores y usuarios de los servicios de salud", presenta a los actores involucrados en los encuentros médicos interétnicos (los usuarios –indígenas y no indígenas- y los prestadores –médicos alópatas y *jloktoretik ja'jchi'iltak*-) y los espacios utilizados por ellos para este propósito. Más allá de la mera descripción física (estática) de actores y escenarios, se pretende la caracterización del conjunto de circunstancias y eventos que tienen lugar en el espacio y tiempo del encuentro entre prestadores y usuarios. La mirada comparativa sobre los diferentes actores y escenarios permitirá reflexiones, discusiones e interpretaciones múltiples que puntualizaré en las conclusiones provisionales al final del capítulo, mismas que se desarrollarán plenamente en el Capítulo Seis.

El Capítulo Cuatro, "Prácticas de los actores involucrados en el encuentro médico interétnico", se dedica a la exposición de las prácticas operadas por cada uno de los actores involucrados en los encuentros médico-clínicos, es decir, la consulta. Aquí se presentan los relatos pormenorizados de casos ilustrativos que recogí durante el trabajo de campo, donde se describen las prácticas que, en el marco de la consulta médica, tienen los actores involucrados, unos para con otros. En este mismo apartado se presenta un recorrido etnográfico por una de las reuniones de educación para la salud en el marco del programa *Oportunidades*. Al final del capítulo se puntualizan algunas conclusiones provisionales, mismas que se condensarán en el Capítulo Seis.

En el Capítulo Cinco, "Representaciones de los actores involucrados en el encuentro médico interétnico", se exponen las idea de cada uno de los referidos actores sobre el Otro, las relaciones interétnicas, las modalidades de encuentros médicos, los terapeutas y los pacientes. De este modo se presentan las representaciones del médico universitario mestizo que labora en los servicios

públicos de salud, las del *jloktor ja'jchi'iltik*, las de los usuarios y no usuarios indígenas y mestizos. Al final del capítulo se presentan algunas conclusiones provisionales.

En el Capítulo Seis, "Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis", se hace una recapitulación final de los hallazgos que evidencian los contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo en los encuentros médicos interétnicos, y como estas valoraciones y actitudes se erigen como barrera para la accesibilidad a los servicios públicos de salud. Es en este capítulo donde se intenta dar respuesta final a los tres supuestos básicos que guían el trabajo.

Espero que el texto redunde en provecho de quien le consulte, que contribuya a la comprensión de los procesos de salud /enfermedad / atención en Los Altos de Chiapas, y aun más, que adelante siquiera una breve distancia en la mejora de este arduo y complicado panorama.

PRIMERA PARTE:
ANTECEDENTES, PRESUPUESTOS, EJES DE ANÁLISIS Y MARCO TEÓRICO

En suma, la historia podrá esclarecer el origen de muchos de nuestros fantasmas,
pero no los disipará. Solo nosotros podemos enfrentarnos a ellos.
O dicho de otro modo: la historia nos ayuda a comprender ciertos rasgos de nuestro carácter,
a condición de que seamos capaces de aislarlos y denunciarlos previamente.
Nosotros somos los únicos que podemos contestar a las preguntas que nos hacen la realidad
y nuestro propio ser.
Octavio Paz
El laberinto de la soledad, p. 93

En esta primera parte del texto - los capítulos Uno y Dos -, se presenta una introducción general a la configuración social de Los Altos de Chiapas en general, y del municipio de Chenalhó en particular. Se exponen también los presupuestos (o hipótesis) del estudio, los lineamientos teóricos que guían el análisis, y el marco teórico-conceptual que enmarca el estudio.

Ésta primera parte es la puerta por dónde entrar al tema –una perilla, un giro, un empujoncito, se abre: ¡ahí está La Cuestión!- para contextualizar, para sentar los antecedentes, para acotar, para revelar las suposiciones, para marcar ejes de reflexión y análisis –está oscuro, una clavija, presiónala, enciende la luz, se ilumina-. Es -alargando las palabras de Octavio Paz- para esclarecer y comprender.

Contiene ingredientes de historia, de estadística demográfica, de geografía, de epidemiología, de medicina social, de sistemas de salud, de datos etnográficos (por supuesto) y muchas ideas (teorías y reflexiones).

En el Capítulo Uno se exhiben evidencias elocuentes que identifican las condiciones sociales que prevalecen en Chiapas, la región de Los Altos y Chenalhó. Se abordan contenidos temáticos remotos, así como asuntos novedosos, dinámicos y cambiantes, todos ellos significativos: religiosidad, organización económica, dinámicas demográficas, migración, disputas políticas, relaciones interétnicas, condiciones y recursos para la salud en el marco de pluralismo médico, entre otras cuestiones.

Se reflexiona y discute con especial énfasis alrededor de las condiciones de salud / enfermedad y de las respuestas organizadas para hacerles frente (siempre tomando en cuenta la situación pluriétnica de la región). No se deja de lado el detalle en las acotaciones sobre los

panoramas epidemiológicos, el estado de los recursos y servicios de salud, la accesibilidad, la utilización y la calidad de los mismos. Aquí se introduce una breve presentación de Los Otros terapeutas indígenas (que, por lo menos parcialmente, comparten el paradigma biomédico) relevantes en el estudio (el *jloktor ja'jchi'iltik* y los promotores de salud).

Y en el Capítulo Dos se han depositado los presupuestos que guiaron las indagatorias del estudio, los ejes de análisis, los conceptos, las teorías y algunas reflexiones anticipadas.

CAPÍTULO UNO: Una introducción general a la configuración social y el contexto sanitario de Chenalhó

PREÁMBULO: cifras del rezago social en Chiapas

Localizado en el extremo sureste de la República Mexicana (véase mapa 1), el estado de Chiapas ocupa el primer lugar en marginación[10] en el ámbito nacional según el Consejo Nacional de Población (SEDESO, 2003:25). El 78.08% de las localidades del estado están clasificadas como de muy alta marginación. En ellas reside una población de 1,442,007 personas (38% del total de chiapanecos). Pero tomando en cuenta a las localidades clasificadas como de alta marginación, la población que vive en alta y muy alta marginación asciende a 1,982,260 personas, el 52% de la población del estado.

Mapa 1. Chiapas en la República Mexicana

[10] "El índice y grado de marginación son medidas que expresan el impacto global de las carencias que padece una población. El Consejo Nacional de Población construyó esta medida por municipios a partir de los indicadores de porcentaje de población analfabeta mayor de quince años, porcentaje de población de quince años o más sin primaria completa; porcentaje de viviendas sin agua entubada, sin drenaje, sin energía eléctrica, con piso de tierra; porcentaje de viviendas con algún nivel de hacinamiento; porcentaje de la población en localidades menores a cinco mil habitantes; porcentaje de población con ingresos menores a dos salarios mínimos" (SEDESO, 2003:25)

Para ubicar con mayor claridad las condiciones de rezago social que prevalecen en Chiapas es útil recurrir a algunos datos estadísticos.[11]

El XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI 2000) registró en el año 2000 una población de 3,920,894 chiapanecos,[12] la cuarta parte de ellos son indígenas[13] (casi 980 mil personas) que ocupan 99 de los 118 municipios con que cuenta el estado -en 28 municipios hay mas de 90% de hablantes de alguna lengua indígena (HLI) y en 71 municipios por lo menos el 10% de los habitantes son indígenas (Freyermuth, 2003b:1-2)- El nivel estatal de monolingüismo (de lengua indígena) es de 39%.

El 99.67% de las localidades de Chiapas tienen menos de cinco mil habitantes y son clasificadas como localidades rurales; en ellas vive el 61.21% de la población y prácticamente la totalidad de los indígenas del estado (SEDESO, 2003:11,12).

Esta situación de dispersión poblacional en paisajes heterogéneos y de difícil acceso ha sido un argumento socorrido con insistencia por las autoridades gubernamentales para justificar la falta de infraestructura y otros recursos necesarios para proporcionar servicios de bienestar básicos, accesibles a todos los habitantes del estado.

De este modo, las cifras estatales de los indicadores de bienestar –de educación, de vivienda, de economía familiar, de salud, etc.- pintan con claridad un cuadro de graves rezagos:

- Chiapas ocupa el primer lugar en analfabetismo con 22.91% de su población mayor de quince años analfabeta, superando por tres veces el promedio nacional de 9.46%[14] (SEDESO, 2003:45).

---

[11] Las principales fuentes que utilizo con éste propósito son los datos generados por las propias instituciones de gobierno -tanto federales como del estado- como el XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2000, el informe *Desarrollo Social en Cifras*, elaborado por la Secretaria de Desarrollo Social del Estado (SEDESO) en el 2003 y las publicaciones estadísticas 2001-2002 del Instituto de Salud del Estado. El lector interesado en ahondar en cifras y estadísticas de Chiapas puede consultar estas fuentes en las páginas de internet: www.inegi.gob.mx; www.dsocial.chiapas.gob.mx; www.salud.chiapas.gob.mx.

[12] Según la Proyección de Población 1995-2030 realizada por CONAPO, para el año 2002 habría en Chiapas una población total de 4,176,199 personas. El 48.69% de la población es menor de 19 años, 24.76% son menores de cinco años y 3.62% son mayores de 65 años. En el Anexo 1 se presenta la pirámide poblacional del estado.

[13] Chiapas ocupa el tercer lugar de los estados con mayor población indígena en México, precedido por Yucatán y Oaxaca. Las principales lenguas indígenas que se hablan en Chiapas son el tsotsil, tseltal, tojolabal, cho'ol, mame, zoque, lacandón y kakchiquel.

[14] El segundo y tercer lugar en analfabetismo en México, lo ocupan los estados de Guerrero y Oaxaca, con 21.55% y 21.47% respectivamente. Ambos estados se caracterizan por su marginación, pobreza y alto porcentaje de población indígena, características que comparten con Chiapas (SEDESO, 2003:45)

- Sesenta de los municipios de Chiapas (que representan el 54.1%) están clasificados en *estado severo de desnutrición*, 36 municipios (32.4%) con *importante grado de desnutrición*, 13 municipios (11.7%) con *moderado estado de desnutrición* y solo dos municipios (1.8%) con *desnutrición baja*[15] (SEDESO, 2003:62). De este modo, Chiapas se halla en el segundo lugar de desnutrición en el país, sólo después de Oaxaca.
- El 80% de la población económicamente activa ocupada percibe menos de dos salarios mínimos, y de ellos, el 34.81% gana menos de un salario mínimo y el 23.62% no percibe ingreso alguno (SEDESO, 2003:55).
- El 65% de las viviendas chiapanecas tiene algún nivel de hacinamiento, en contraste con la media nacional de 45.95% (SEDESO, 2003:65).
- El 40.69% de las viviendas tienen piso de tierra; el 25% carece de agua entubada; 19.33% no cuenta con drenaje y 12% no tienen energía eléctrica (INEGI, 2000).

¿Qué se puede decir de las condiciones de salud-enfermedad-atención? El panorama no es menos sombrío. La esperanza de vida al nacimiento[16] en el estado es de 72.4 años, tres años menor que en el resto de la República –que tiene una esperanza media de vida de 75.3 años- y cinco años menos que la de población del Distrito Federal. "La vida media de los chiapanecos en el 2000 equivale a la registrada en la capital del país en 1981" (SEDESO, 2003:2), de este modo, Chiapas tiene la menor esperanza de vida al nacimiento del país (SSA, 2003:23).

También ocupa el primer lugar nacional en mortalidad infantil[17] (SSA, 2003:25) y de mortalidad por diarrea en niñas[18] menores de cinco años (*Ibíd.*:29), y segundo lugar en mortalidad materna,[19] sólo después de Oaxaca (*Ibíd.*:32).

---

[15] Esta clasificación en *Grados de desnutrición Municipal* no tiene que ver necesariamente con las clasificaciones clínicas de la desnutrición (normalmente en tres grados), sino mas bien son indicadores mixtos empleados por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán" que se basan en las siguientes variables: Encuestas alimentarias y nutricionales del Instituto y el censo de talla de escolares de primer año realizado por el DIF-SEP e indicadores indirectos como la mortalidad infantil y el índice de marginación elaborado por el CONAPO.

[16] "La esperanza de vida al nacimiento (EVN) resume la experiencia de mortalidad de una población y refleja en buena medida el grado de desarrollo socioeconómico alcanzado…" (SSA, 2002:22)

[17] La mortalidad infantil se refiere a la muerte de niños y niñas menores de un año. Es uno de los indicadores que más atención recibe por las autoridades de salud nacionales y organizaciones internacionales, ya que "refleja de manera relativamente precisa el grado de desarrollo alcanzado por una nación" (SSA, 2003:24) Además, la mortalidad infantil se relaciona de manera estrecha a la falta de acceso a servicios de salud -personales y no personales-, ya que la mayoría de las muertes en este grupo de edad se asocian a enfermedades (infecciones respiratorias agudas y diarrea) prevenibles y curables en la mayoría de los casos (*Ibíd.*)

La observación detenida de las diez principales causas de mortalidad revela que en Chiapas prevalece un patrón epidemiológico especialmente complicado. Por un lado se transita aceleradamente hacia las enfermedades crónico-degenerativas asociadas a estilos de vida urbanos, con sus modas de consumo. Entre las primeras causas de mortalidad general aparecen enfermedades como diversas formas de cáncer -que ocupan el primer lugar de las defunciones-, enfermedades del corazón, diabetes mellitus y enfermedades cerebro-vasculares.[20]

Por otro lado, siguen presentes las enfermedades asociadas a la pobreza y marginación: influenza y neumonía, accidentes, enfermedades del hígado (muchas de ellas relacionadas con el excesivo consumo de alcohol), y principalmente la desnutrición y las infecciones intestinales, enfermedades prevenibles en buena medida y de mortalidad evitable con intervenciones terapéuticas simples, de bajo costo y de elevada eficacia comprobada.[21]

---

[18]. Lo que revela, además, una desigualdad de género que coloca en situación de mayor vulnerabilidad a las niñas. Para profundizar en la discusión sobre género como factor constitutivo de riesgo en Los Altos de Chiapas puede consultar *Las Mujeres de Humo. Morir en Chenalhó*, de Graciela Freyermuth (2003)

[19]. "Las muertes maternas son una expresión de la inequidad y el rezago social, así como una expresión de los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud. Probablemente no haya otro indicador de salud que registre mejor las brechas entre países o regiones al interior de un país como la mortalidad materna" (SSA, 2003:32).

[20]. Aunque estas nosologías crónico-degenerativas prevalecen principalmente entre la población urbana (éstas enfermedades comúnmente han sido asociadas a los estilos de vida modernos impulsados por el desarrollo económico y tecnológico), se advierte su surgimiento en poblaciones que viven condiciones de pobreza y carencias de los más elementales servicios de bienestar, como la población indígena que habita el campo chiapaneco. Éste tema empieza a ser discutido a la luz de los procesos de globalización económica neoliberal. El Dr. Ronald Nigh (investigador de CIESAS Sureste) explora actualmente la estrecha vinculación que existe entre el uso de la alta fructuosa de maíz (importada desde los Estados Unidos de América en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, en perjuicio del ingenio azucarero nacional) en la elaboración de refrescos en México, su elevado consumo en comunidades indígenas chiapanecas y el incremento en la incidencia de casos de diabetes mellitus tipo II entre ésta población. Estudios bioquímicos y fisiopatológicos han documentado la relación entre ésta fructuosa de maíz y el desarrollo del síndrome metabólico (Nigh, 2004)

[21]. Algunos autores han discutido sobre las inequidades estructurales como condicionantes de ciertos perfiles epidemiológicos desventajosos entre la población marginada. La antropología médica crítica ha aportado trabajos elocuentes al respecto, ejemplo de ello son los textos de Nancy Scheper-Hughes (1992), *Death Whithout Weeping*, que analiza la producción estructural del hambre y la mortalidad infantil en las favelas brasileñas; Paul Farmer (1999), en *Infections and Inequalities*, aborda la epidemia de VIH/SIDA y la reemergencia de tuberculosis pulmonar y su relación con las orientaciones político económicas neoliberales. En México, Eduardo Menéndez ha argumentado sobre los condicionamientos estructurales del alcoholismo entre las clases subalternas (por ejemplo en *Poder, estratificación y salud,* 1981) y Guillermo Bonfil (1962) hace una clara exposición de la influencia directa de las condiciones macro económicas en el estado nutricional de los niños de Sudzal, Yucatán.

Cuadro 1

Principales causas de mortalidad general en Chiapas, 2001

Orden	Causa	Volumen	Tasa*	%
1	Tumores malignos	1,604	39.50	12.48
2	Accidentes	1,483	36.60	11.54
3	Enfermedades del corazón	1,397	34.40	10.87
4	Diabetes Mellitus	833	20.50	6.48
5	Enfermedades del Hígado	821	20.20	6.39
6	Influenza y neumonía	706	17.40	5.49
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	580	14.30	4.51
8	Enfermedades cerebro-vasculares	562	13.90	4.37
9	Enfermedades infecciosas intestinales	525	12.90	4.08
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	305	7.50	2.37
11	Las demás causas	4,038	99.60	31.41
Total		12,854	316.80	100

(*) Tasa por 100 mil habitantes

Fuente: SEDESO, 2003:66

El Plan Estatal Maestro de Infraestructura Física en Salud para Población no Asegurada (PEMISPA)[22] calcula que actualmente hay en Chiapas una población abierta[23] de 80.95%, lo que equivale aproximadamente a 3,380,633 personas[24]. Sólo el 17.6% de la población (736,011 personas) tienen algún tipo de seguridad social. En el cuadro 2 se muestra de manera comparativa el porcentaje de familias aseguradas por el jefe de familia en Chiapas y a nivel Nacional. Puede apreciarse que el porcentaje de hogares asegurados es poco más del doble a nivel nacional en comparación con Chiapas. La desigualdad es evidente.

[22] Puede consultarse en las Publicaciones Estadísticas 2001-2002 del Instituto de Salud de Chiapas en la página de internet www.salud.chiapas.gob.mx

[23] Por población abierta se entiende el sector de la población que no cuenta con algún tipo de seguridad social pública o privada.

[24] Tomando en cuenta las proyecciones de población de CONAPO para el 2002

Cuadro 2

Porcentaje de Hogares Asegurados* por el jefe de familia en el 2002	
Nacional	Chiapas
45.32%	22.33%

(*) Con cualquier esquema de aseguramiento, ya sea social o voluntario.

Elaboración propia con datos del informe Salud: México 2002,

Secretaría de Salud (SSA, 2003)

Aún más. Entre la población asegurada y la población abierta, existen también marcadas disparidades en la asignación de gasto *per cápita* para atender sus necesidades de salud, tanto en el ámbito nacional como en el estado de Chiapas: primeramente, debe decirse que se asigna un gasto *per cápita* mucho mayor para la población que cuenta con seguridad social respecto a la que no lo tiene, sin embargo, existe evidencia de que estos últimos son quienes tienen mayores necesidades de salud. En Chiapas se asigna un gasto *per cápita* aún menor –en asegurados y no asegurados- que en el ámbito nacional (cuadro 3).

Cuadro 3

Gasto Público en Salud* *per cápita* entre asegurados

y no asegurados para el año 2002

Nacional		Chiapas	
Asegurados	Población abierta	Asegurados	Población abierta
$1,741.29	$1,129.53	$1,234.94	$835.69

(*) en pesos mexicanos

Elaboración propia con datos del informe Salud: México 2002,

Secretaría de Salud (SSA, 2003)

Pero existen también desigualdades en el gasto *per cápita* al comparar las diferentes instituciones públicas de salud y, más aún, en los diferentes programas. Freyermuth y colaboradoras (2002;2003a;2003b) han documentado que el gasto *per cápita* más elevado en Chiapas durante el año 2002 fue el del régimen ordinario del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con casi $5,000.00, mientras que el más bajo fue el del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), con

$175.00.[25] Este último programa se dirige a población abierta de localidades rurales dispersas y de difícil acceso, que carecen de los más elementales servicios de bienestar. Resulta irónico que sea precisamente la población con mayores necesidades quienes reciben menos recursos públicos para mejorar sus condiciones de salud.

Respecto a la infraestructura instalada de unidades de primer nivel de atención, las cifras no revelan disparidades significativas entre el ámbito nacional y el estatal. Sin embargo, este dato puede ser engañoso. El capítulo tres de este mismo trabajo documenta la pobre producción de servicios que se logra en una de estas unidades, principalmente por la ausencia de los recursos necesarios -mas allá de la mera presencia de infraestructura-, entre ellos los recursos humanos (Cuadro 4).

Cuadro 4

Unidades de primer nivel de atención para población abierta,
por número de población abierta, para el 2002

Nacional	Chiapas
Una unidad por 3,869 personas	Una unidad por 3,890 personas

Elaboración propia con datos del informe Salud: México 2002,
Secretaría de Salud (SSA, 2003)

Ejemplo de la falta de recursos humanos para la atención de las condiciones de salud-enfermedad, es la disponibilidad de médicos del sector público por número de habitantes en Chiapas, que es considerablemente inferior al promedio nacional (cuadro 5). A pesar de que el estado cuenta con una infraestructura instalada similar a la media nacional, no dispone de los recursos humanos suficientes para la producción eficiente de los servicios de salud necesarios. En Chiapas hay un médico por cada 1,315 personas; a los médicos chiapanecos les corresponde atender a quinientas personas más que el promedio nacional para sus colegas.

[25] Durante el periodo de los años 1996 a 2000 este mismo programa (PAC) asignó un monto promedio anual de $66.00 por persona (Freyermuth; Sánchez; De la Torre, 2002)

Cuadro 5

Disponibilidad de médicos* del sector público por número de habitantes, para el 2002

Nacional	Chiapas
Un médico por cada 869.5 personas	Un médico por cada 1,315 personas

(*) Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes de las instituciones de salud públicas.

Elaboración propia con datos del informe Salud: México 2002, Secretaría de Salud (SSA, 2003)

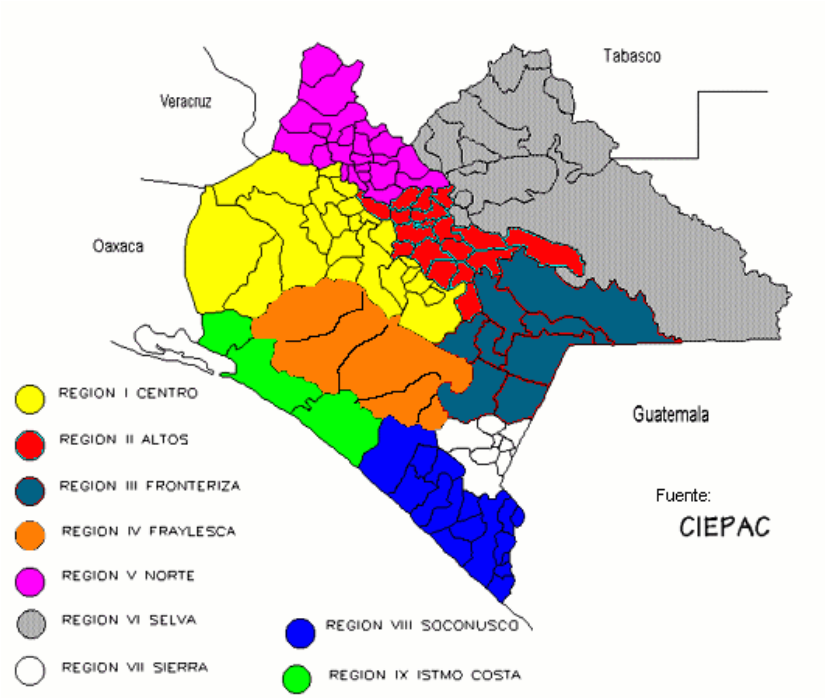
A pesar de lo anterior, las autoridades sanitarias se muestran optimistas. Para el año 2002 reconocían una cobertura de 98.55% de la población con servicios esenciales de salud (SSA, 2003b), y a pesar de continuar ocupando los primeros lugares en mortalidad infantil y materna, se reconoce la presencia de un patrón de descenso en las respectivas tasas.

LOS ALTOS DE CHIAPAS

El estado de Chiapas se divide en nueve regiones económicas dónde se distribuyen sus 118 municipios (Gobierno del estado, 2003) Una de estas regiones es la de Los Altos, misma que nos ocupa en este trabajo (mapa 2).

Los Altos de Chiapas están conformados por 18 municipios que abarcan 2,413 km^2 (5% del territorio del estado), con altitudes que fluctúan entre los 1,200 y 2,400 metros sobre el nivel del mar (Robledo; Vargas; Nigh, 1998:3)[26].

[26] Juan Pedro Viqueira hace una revisión de las diferentes regionalizaciones que se han elaborado para delimitar la llamada región de Los Altos de Chiapas. Repasa las características de las delimitaciones fisiográficas (estrechas y amplias), políticas y socioculturales. Viqueira prefiere considerar a Los Altos de Chiapas en un sentido amplio, tomando en cuenta no solo las características económicas y geográficas, sino además aspectos sociales, políticos, culturales e históricos. Así, considera que los Altos de Chiapas abarcan toda la franja mediana del Macizo Central desde Zinacantán, San Cristóbal de Las Casas, Teopisca y Amatenango, hasta los límites con Tabasco, lo que incluye veinticinco municipios, algunos de los cuales pertenecen a la Región Norte según la división oficial (Viqueira 1995, en Viqueira y Ruz 2002 [1995]:219) En este trabajo al hablar de Los Altos de Chiapas me refiero a la región económica oficial (véase Juan Pedro Viqueira, "Chiapas y sus regiones", en Viqueira y Ruz, 1995:25-37)



Mapa 2 Regiones económicas de Chiapas

Los aspectos demográficos, económicos, de organización política y religiosa son áreas dinámicas y cambiantes en la región, que deben ser contextualizados a fin de comprender las circunstancias en que viven hoy los habitantes de Los Altos. El proceso salud / enfermedad / atención no escapa a las particularidades que imprimen estos escenarios específicos. Aquí se presentan algunos elementos para ayudar a la comprensión de esta compleja trama que forma el tejido social en Los Altos de Chiapas.

En el año 2000 la región de Los Altos contaba con una población de 480 mil personas (INEGI 2000),[27] el 12.24% de la población total del estado, la mayoría de ellos (más del 80%) son hablantes de alguna lengua indígena, principalmente tsotsil y tseltal. Así, a pesar de su estructura montañosa y de difícil acceso, la región de Los Altos es una de las más densamente pobladas en el estado.

La ciudad de San Cristóbal de Las Casas es la más grande e importante como centro geopolítico y económico en la región; cuenta con más de 130 mil habitantes. En esta ciudad se

[27] Tomo este dato de la suma de la población total registrada para cada uno de los 18 municipios de Los Altos según el XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000). Sin embargo este dato debe tomarse con cautela por el posible subregistro de población, secundario al contexto conflictivo que prevalece en la región. Freyermuth (2003b:1) calcula para el año 2003 una población de 726,378 habitantes en Los Altos de Chiapas.

concentra la mayor cantidad de población no indígena de la zona, y es aquí dónde se presenta con mayor frecuencia e intensidad la convivencia entre dos grupos culturales distintos: los indígenas y los ladinos.[28] De hecho, el famoso carácter "colonial" de ésta ciudad –y que le confiere parte de su atractivo turístico- radica más en sus relaciones sociales entre indígenas y ladinos, que en su arquitectura u otras manifestaciones culturales (Viqueira, 1995a y 1995b; Pitarch, 1995, en Viqueira y Ruz, 1995).

Es precisamente la región de Los Altos, junto con la región Selva y Norte, donde se concentra la mayor cantidad de población indígena de Chiapas, además de albergar el mayor porcentaje de municipios y localidades catalogadas como de muy alta marginación.

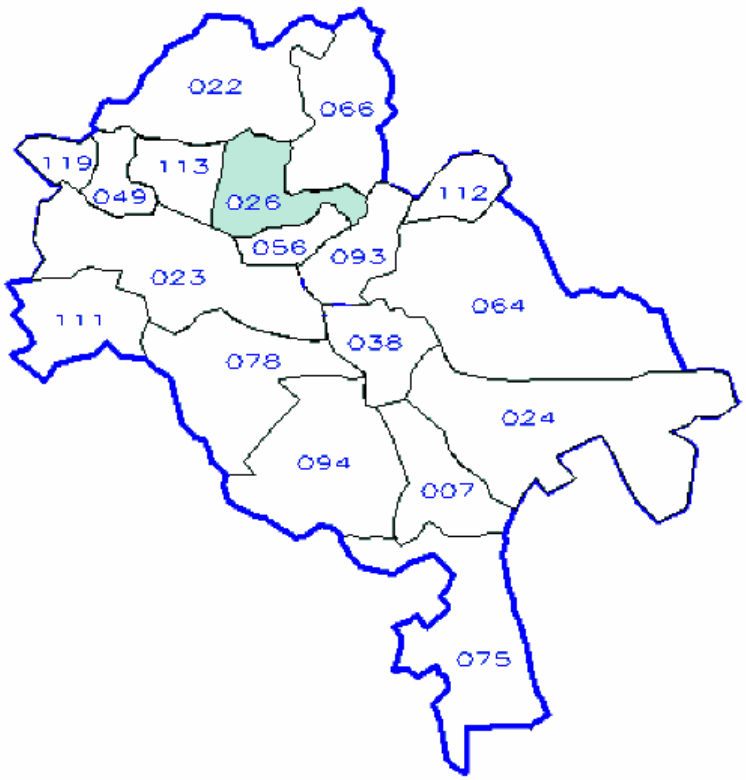
Los municipios de Los Altos son: Amatenango del Valle (007),[29] Chalchihuitán (022), Chamula (023), Chanal (024), Chenalhó (026), Huixtán (038), Larraínzar (049), Mitontic (056), Oxchuc (064), Pantelhó (066), San Cristóbal de Las Casas (078), Tenejapa (093), Teopisca (94), Villa las Rosas (075), Zinacantán (111), San Juan Cancuc (112), Aldama (113) y Santiago el Pinar (119)[30] (véase mapa 3).[31]

[28] Más adelante se presenta una discusión sobre el significado de estas categorías: indígena y ladino; y sus usos en el contexto de Los Altos de Chiapas. Vale la pena mencionar desde ahora que estas categorías han sido cargadas de un torrente de prejuicios, formando estereotipos poco afortunados para el análisis serio de la cuestión. De momento se aclara que por indígena se hace referencia al individuo que tiene uno o más de los siguientes rasgos: lengua materna amerindia (tseltal o tsotsil, en este caso), es hijo de padres (uno de ellos por lo menos) de lengua materna amerindia y se identifica como indígena. Por ladino se hace referencia a la población no indígena (mestizos por lo general) originaria de la región. Véase "Relaciones interétnicas en Los Altos de Chiapas: la recreación de una sociedad de castas", en este mismo capítulo.

[29] Entre paréntesis se pone el número que se asigna al municipio en la división política estatal. En el mapa 3 se puede identificar por su número, la ubicación de cada municipio de Los Altos.

[30] Estos dos últimos -Aldama y Santiago el Pinar- son municipios de reciente creación, a partir del proceso de remunicipalización impulsado en 1999 por el entonces gobernador Roberto Albores Guillén.

[31] Con color azul se señala el municipio de Chenalhó.



Mapa 3. Municipios de Los Altos de Chiapas

La ciudad de San Cristóbal se ubica en la parte central de la región de Los Altos (mapa 3). En ella confluyen los principales caminos que comunican con el resto de los municipios alteños y las demás regiones del estado. Así, San Cristóbal es el punto que vincula entre sí a las comunidades indígenas circunvecinas y contribuye a la integración económica de la zona. Es en San Cristóbal dónde se registra el mayor dinamismo económico de la región. Ahí acuden los indígenas a comercializar sus productos agrícolas y de manufactura, y es el principal destino de la migración indígena local en busca de las escasas oportunidades de trabajo asalariado, casi siempre temporal, mal pagado y sin ningún tipo de seguridad social.[32]

[32] Es común que los hombres de las comunidades indígenas circunvecinas migren a San Cristóbal por breves temporadas para emplearse como ayudantes de albañilería (peones), en trabajos de jardinería u otro tipo de "tareas pesadas". Las mujeres suelen migrar para trabajar como empleadas domésticas en casas de familias ladinas. Un grupo mucho menor de indígenas que han migrado de manera permanente a San Cristóbal cuenta con trabajo asalariado en alguna institución gubernamental o no gubernamental (en diversidad de puestos: desde personal de intendencia hasta funcionarios de alto nivel), o tienen sus propios negocios comerciales (puestos de artesanías, de verduras, de productos electrodomésticos, papelerías, tienditas de abarrotes, fondas, taxis, combis, microbuses, talleres mecánicos, cervecerías, etc.)

Pero la región de Los Altos también se ha caracterizado por ser origen de los flujos migratorios más importantes en el estado desde hace varias décadas. Los tsotsiles y tseltales de la región, por diversos motivos, se han dispersado por otras regiones de Chiapas y de la república mexicana.[33]

Desde finales del siglo XIX hasta muy entrado el XX, Los Altos fueron fuente importante de mano de obra que, mediante mecanismos coercitivos, migraba a las grandes plantaciones de café instaladas en el Soconusco y en la zona norte del estado.[34]

En la década de los años sesenta y setenta del siglo XX, como respuesta a las demandas agrarias secundaria a la presión demográfica de los indígenas alteños, el gobierno impulsó la migración de tsotsiles y tseltales al municipio de Las Margaritas, en la región Fronteriza y Selva del estado.[35] Ahí se fundaron poblados como Ojo de Agua, Nuevo San Juan Chamula, Nuevo Huixtán, Nuevo Jerusalén, Nuevo Matzam, San Pedro Yutnotik, Santo Domingo Las Palmas, Maravilla Tenejapa, San Mateo Zapotal y Nuevo San Andrés La Paz (Robledo; Vargas; Nigh, 1998).

La población de Los Altos también ha respondido con flujos migratorios de mano de obra a las grandes construcciones de infraestructura que se han hecho en Chiapas y Tabasco. Así, en los

[33] De manera fortuita, el autor de este trabajo ha comprobado la presencia de indígenas de la región en lugares tan distantes como el bosque de Chapultepec (Ciudad de México), la Plaza de Armas de Guadalajara (Guadalajara, Jalisco), la Bahía Tangolunda (Huatulco, Oaxaca) y en diversas cantinas donde se ejerce sexo comercial en Atotonilco (en Los Altos de Jalisco) (La mención de estos últimos espacios resulta relevante a propósito del proceso salud / enfermedad / atención en Los Altos de Chiapas. En el marco del estudio etnográfico multicéntrico "Love, Marriage and HIV Risk" –coordinado por la Dra. Jennifer Hirsch, investigadora de la Facultad de Salud Pública de Columbia University-, el autor ha detectado una comunidad de jóvenes tseltales y ch'oles que han migrado a los campos de magüey en Los Altos de Jalisco, y que suelen asistir regularmente [cada fin de semana] a cantinas dónde se ejerce sexo comercial. A través de pláticas informales sostenidas con parroquianos de estos establecimientos, se ha averiguado la presencia de prácticas sexuales de riesgo [sin uso de condón] con trabajadoras del sexo comercial. Sobra comentar las amenazas que esto representa para las condiciones de salud [y las respuestas para enfrentarlas] en Los Altos de Chiapas. Estos hallazgos serán considerados en futuros trabajos del autor).

[34] Actualmente los empresarios cafetaleros del Soconusco prefieren la mano de obra guatemalteca, debido a que la situación, de suyo más desventajosa, que padecen estos migrantes, les permite pagar salarios aún inferiores en relación a los que solían pagar a los indígenas de Los Altos (Viqueira 1995:225).

[35] En 1978 se intentó poner fin a estos flujos migratorios con la creación de la "Reserva Integral de la Biosfera Montes Azules". Pero los esfuerzos por detener la colonización de la selva no han sido suficientes. Éste éxodo ha continuado de la mano con el deterioro de las condiciones económicas de miles de familias indígenas (particularmente con las crisis regulares de los precios del café) y las ascendentes presiones demográficas, con su aparejada demanda de tierras. Además, estos flujos migratorios se han mantenido al abrigo del estado latente del conflicto entre el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y el gobierno federal.

años setenta, cientos de indígenas alteños se emplearon en la construcción de la central eléctrica de Chicoasén -en la Depresión Central del estado- y en la perforación de pozos petroleros.[36]

Actualmente se registran flujos migratorios en búsqueda de mejores condiciones laborales –incluso de familias completas- a las playas de Cancún o Islas Mujeres en el estado de Quintana Roo (para trabajar en el sector turístico, como personal de intendencia principalmente), a Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán, el Distrito Federal (dónde suelen trabajar en el sector de la construcción o en empresas de seguridad privada), Jalisco e, incluso de manera ilegal a Estados Unidos de Norte América (Viqueira, 2004:119).[37]

Por otro lado, son conocidos los grandes flujos migratorios a las ciudades de San Cristóbal y Teopisca de población indígena expulsada de sus comunidades (principalmente de los municipios de San Juan Chamula, Zinacantán, Amatenango del Valle, Chenalhó, Chalchihuitán y Mitontic) por conflictos "religiosos" que se han presentado desde mediados de la década de los setenta hasta la actualidad.[38] Esta población indígena se ha ido asentando en la periferia de San Cristóbal de Las Casas, formando barrios urbanos marginados, que en buena medida carecen de los más elementales servicios.[39]

---

[36]. Está última actividad sigue teniendo cierto auge en la región (comunicación personal con los antropólogos Joaquín Ventura Sique y Juan Carlos García Sosa).

[37]. La relación estrecha entre migración y las condiciones de salud-enfermedad es un asunto de antaño conocido, pero que ha cobrado notoriedad en tiempos recientes, especialmente desde el reconocimiento de la estrecha relación de la epidemia de VIH/SIDA y los movimientos poblacionales (Bronfman, 1998). En las comunidades indígenas de Los Altos de Chiapas este es un aspecto que quizá merece más atención. En conversaciones recientes (noviembre 2003), un funcionario de la Jurisdicción Sanitaria #2 (de Los Altos de Chiapas) ha comentado que hace algunos meses, durante una campaña de detección de casos de VIH/SIDA en el municipio de Oxchuc, se encontaron cinco casos de indígenas VIH-positivos, todos ellos relacionados con migración. Algunos de estos casos se trataban de mujeres adultas, mayores de cuarenta años, dedicadas a las tareas del hogar, cuyos esposos se encontraban trabajando como migrantes. Otros casos se han detectado en el Hospital General de San Cristóbal, cuando el paciente debuta con algún cuadro clínico relacionado al SIDA. Véase también la nota al pie de página # 33, dónde se comenta sobre prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual, de indígenas chiapanecos migrantes en el estado de Jalisco. Para ahondar en el panorama epidemiológico del VIH/SIDA en Chiapas, véase la tesis de maestría en antropología social de Pablo Sánchez-Tapia Martínez (2004).

[38]. "Para 1994, en un informe de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se estimaba que más de 15 mil indígenas expulsados de sus comunidades (algunos cálculos consideran que su número asciende a 30 mil) se habían ido a refugiar a la periferia de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, a Teopisca, o a otras regiones, como la Selva Lacandona y Los Chimalapas, en los límites con el estado de Oaxaca" (Robledo; Vargas; Nigh, 1998).

[39]. Sobre las expulsiones por "motivos religiosos" de indígenas protestantes y católicos de San Juan Chamula, véase Morquecho, Gaspar, 1992, *Los indios en un proceso de organización. La organización indígena de Los Altos de Chiapas ORIACH*, Tesis de licenciatura en Antropología Social, UNACH, San Cristóbal de Las Casas; también véase el capítulo de Migración en Gabriela

Históricamente Los Altos no ha sido una región atractiva desde el punto de vista económico. A pesar de que abunda en agua[40] y los recursos del bosque, la dificultad para el acceso que implica el ambiente montañoso hizo que los primeros pobladores españoles asentados en el Valle de Jovel pusieran poco interés para adquirir tierras en la región e invertir en ellas. Así, a falta de otros recursos generadores de riqueza, los colonizadores encontraron su principal fuente de ingresos en la explotación de la mano de obra indígena. Durante décadas, la actividad lucrativa más relevante para la población ladina de San Cristóbal fue la intermediación laboral de indígenas.[41]

Actualmente, la principal actividad económica de los indígenas de Los Altos sigue siendo la agricultura en pequeñas unidades de producción campesinas,[42] cuyo objetivo principal es la producción para el autoconsumo, aunque con la posibilidad de vender algún excedente en el mercado local, lo que de cualquier forma implica, en la mayoría de los casos, un ingreso precario (Robledo; Vargas; Nigh, 1998). Es común observar en las principales cabeceras municipales de la región, que los fines de semana se instalen mercados donde los indígenas acuden a vender algunos de estos excedentes, principalmente maíz, frijol, verduras de hortaliza y frutas, además de algunos animales de cría como gallinas, guajolotes y cerdos. Ahí mismo, los indígenas adquieren varios productos industrializados. En el mercado de San Cristóbal prácticamente todo el abasto de frutas, verduras y granos depende de la producción de indígenas, principalmente de Chamula y Zinacantán. Otras actividades económicas usuales de la población indígena son la manufactura de artesanías, la carpintería y la elaboración de telas, entre otros trabajos manuales.

Algunos indígenas de la región han optado por el cultivo de café como forma alternativa de subsistencia, sin embargo los constantes, y cada vez más agudos, desplomes en los precios del

---

Robledo, Gabriela Vargas y Ronald Nigh, 1998, *Perfiles indígenas de Chiapas. Tsotsiles y tseltales de la región Altos,* mecanografiado, San Cristóbal de Las Casas

[40] Es justo aclarar que, aunque efectivamente la región de Los Altos abunda en lluvias y agua, algunos municipios alteños padecen graves penurias para la obtención del vital líquido, es el caso de comunidades de San Juan Cancuc, Oxchuc, Tenejapa, Huixtán y Chanal. Además, el proceso de deforestación también está afectando la temporalidad pluvial y el volumen de los mantos acuíferos.

[41] Siempre mediante mecanismos jurídicos y económicos coercitivos. Primero mediante la imposición del pago de un tributo en dinero, lo que obligaba a los indígenas a buscar trabajo remunerado en las plantaciones de cacao en el límite de Chiapas y Tabasco o en las haciendas de los dominicos de Ocosingo. Después de la Independencia, mediante el pago de un impuesto "por cabeza" -la famosa "capitación"-, además de despojar a los indígenas de sus mejores tierras para obligarlos a trabajar en los terrenos de la Depresión Central. Y en el siglo pasado mediante el conocido sistema de "enganche" que abasteció de mano de obra a las fincas cafetaleras del Soconusco (Viqueira 1995:222).

[42] Estas pequeñas unidades de producción se caracterizan por el fraccionamiento de la tierra y el minifundismo extremo, que se contrae cada vez más por el sistema bilateral de herencia (Robledo; Vargas; Nigh, 1998).

café que se han presentado desde finales de la década de 1980 y gran parte de los noventas hasta la actualidad, ha arruinado a muchos de estos pequeños productores (Alejos, 1995:319-328).

Las familias indígenas campesinas de los municipios de Los Altos suelen producir maíz y frijol mediante el tradicional sistema de cultivo de "roza, tumba y quema". Este sistema está contribuyendo de manera importante al agotamiento de las tierras de la región, caracterizadas por suelos abruptos, pedregosos y de escasa profundidad, poco aptos de por sí para el uso agrícola. Además, las fuertes presiones demográficas regionales ejercen un extra en los efectos negativos sobre las tierras de cultivo. Debido a la escasez de tierras, el agricultor indígena no puede dejar "descansar" su terreno de siembra durante los cinco años necesarios para su recuperación, lo que ocasiona el desgaste y agotamiento progresivo de los suelos, obligando, en un interminable círculo vicioso, a talar más árboles para abrir nuevas tierras de labranza. Esta situación contribuye a la acelerada y alarmante deforestación de los bosques de Los Altos.

La escasez de tierras aptas para el cultivo ha obligado a los indígenas alteños a depender cada vez más del trabajo asalariado. Sin embargo, no se producen nuevas fuentes de empleo y la demanda de mano de obra disminuye, al tiempo que el número de indígenas desempleados que ofrecen su fuerza de trabajo sigue en aumento. No se vislumbran opciones promisorias de creación de empleos a mediano plazo.[43] Por un lado, la lejanía de los principales mercados comerciales, la bajísima capacitación de la mano de obra y la inestabilidad social característica de la región, hacen que Los Altos de Chiapas no figuren entre las opciones preferidas de los inversionistas privados. Por otra parte, algunas organizaciones indígenas y campesinas –entre ellas el EZLN-, sindicatos, activistas de ONG y organizaciones estudiantiles (principalmente normalistas), se oponen frontalmente a la creación de todo tipo de industrias y fuentes de empleo no agrícola (ni fábricas, ni maquiladoras, ni desarrollos ecoturísticos) (Viqueira, 2004:-116-119). Al mismo tiempo un flujo importante de migrantes centroamericanos llega a territorio chiapaneco a trabajar por sueldos aún más bajos que los que se suelen pagar a los indígenas locales.[44]

[43] Ni en el campo, ni en la industria, ni en los servicios, ni en las instituciones académicas. El tema del desempleo es de preocupación constante entre campesinos, obreros, técnicos y profesionistas (de muy diversa índole) por igual. Para comprobar la oscuridad del panorama referido basta examinar, de manera superficial incluso, el tema laboral en los periódicos nacionales y estatales, durante los últimos años.

[44] Un fenómeno similar ha sido constatado por el autor en el campo jalisciense. En este lugar, la mano de obra de indígenas de los estados de Oaxaca y Chiapas, más barata que la de trabajadores locales, está desplazando a estos últimos, mismos que, a su vez, optan por migrar a los campos agrícolas de los estados sureños de la unión americana (California, Carolina del Norte

De este modo, muchos jóvenes indígenas de las comunidades de Los Altos, sin tierra, sin trabajo asalariado, en un ambiente natural que se desgasta de manera acelerada y con familias sumergidas en la pobreza, no tienen razones para confiar en un futuro muy promisorio en la región.[45] Estas múltiples presiones han sido fuertes incentivos, y al parecer seguirán siéndolo, para forzar nuevos flujos migratorios.

Debe mencionarse que, a pesar de que la mayor parte de la población indígena de la región vive en condiciones de pobreza, existe una minoría de indígenas comerciantes, transportistas o caciques que han logrado acumular fortunas considerables. Por otro lado, no todos los mestizos gozan de una situación económica desahogada. Lejos de esto, la mayoría de ellos se encuentran en condiciones económicas precarias e inestables –ya sea como micro empresarios o trabajando como empleados de pequeños comercios, o como taxistas, albañiles, tenderos, etc.- (Viqueira, 1995:227; INEGI, 2000)

El pluralismo y cambio religioso en Los Altos de Chiapas es otro aspecto relevante de la vida moderna en las comunidades indígenas de la región, no solamente desde el punto de vista meramente teológico, sino también por la estrecha relación que guarda la adscripción religiosa con la vida política regional.[46] No es casual que numerosas organizaciones sociales locales hayan surgido bajo el auspicio de diversas Iglesias –o líderes religiosos- en la forma de organizaciones campesinas, cooperativas de producción y consumo o asociaciones civiles, abanderando reclamos políticos y participando, de hecho, en contiendas electorales bajo el signo de algún partido político.[47]

---

y Sur, Georgia, Tennessee, Florida), donde son mejor pagados que en sus poblados de origen. Marejada humana al compás de la economía mundial.

[45] Para Viqueira, esta situación puede explicar, por lo menos parcialmente, el hecho de que varios jóvenes indígenas de Los Altos se unieran a la guerrilla del EZLN en los primeros días de enero de 1994, cuando algunas de las tropas insurgentes, en su retirada, pasaron por sus parajes, a pesar de que días antes estos mismos jóvenes ignoraran casi todo respecto a este movimiento (Viqueira 1995:228) Mis propias observaciones en varias comunidades de población base de apoyo del EZLN, en diversas regiones del estado, concuerdan con esta opinión de Viqueira. Me parece que la adhesión de algunos indígenas de la región al EZLN, responde, por un lado, al desespero frente a sus miserables condiciones materiales de vida -y no necesariamente por enarbolar un ideario político dado-, y por otro, a la posibilidad de encontrar beneficios concretos e inmediatos para las mismas.

[46] El caso de Chamula ejemplifica elocuentemente los nexos que existen entre los caciquismos políticos y las prácticas religiosas. En este municipio se han derivado expulsiones masivas de chamulas protestantes, consecuencia de supuestas discrepancias religiosas, pero con importante trasfondo político (véase Rus, J, "La comunidad revolucionaria institucional" en Viqueira y Ruz, 1995: 251-277)

[47] Podemos mencionar sobrados ejemplos al respecto. En Chenalhó está el caso de la Asociación Civil Las Abejas, organización ligada estrechamente a la diócesis de San Cristóbal y la parroquia de Chenalhó, y que ha tenido una participación política regional destacada (Campos, 2001) En el año 2001, esta organización participó en la contienda electoral por la presidencia municipal con un

De esta forma, las acciones misioneras proselitistas de las distintas Iglesias han dado lugar -de manera general y simplista- a la conformación de tres grandes grupos religiosos en Los Altos: los protestantes, los católicos y los tradicionalistas.[48]

Entre las razones del éxito de las Iglesias protestantes en comunidades de Los Altos, podemos mencionar el papel destacado que ha tenido la conversión religiosa en ciertos aspectos del bienestar familiar, concretamente en la mejoría de las condiciones económicas y de salud. Por ejemplo, las Iglesias protestantes han fomentado entre su feligresía indígena evitar el consumo inmoderado de alcohol –práctica común entre tradicionalistas y católicos, y que suele acompañarse de mayor empobrecimiento familiar, violencia, desnutrición y otras calamidades-; esto también ha permitido al converso escapar de los gastos excesivos a que los sometían los cargos religiosos tradicionales. Consecuentemente, hay cierto alivio en la economía familiar, lo que permite una mejor distribución del dinero en la compra de alimentos, vestido o arreglos de la vivienda. Además, la hermandad bajo el signo de la fe compartida, constituye sólidos grupos de ayuda mutua que suelen cobrar notoriedad en ocasiones de infortunio, ya sea por dificultades económicas o de salud.[49]

---

candidato (el Sr. José Vázquez) respaldado por el Partido de la Revolución Democrática (PRD), elecciones que perdió ante el candidato del Partido Revolucionario Institucional (PRI). Al año siguiente, el ex-candidato José Vásquez ocupó la presidencia de la mesa directiva de "Las Abejas". De manera similar, un catequista y dirigente de la Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC), Lázaro Hernández, ha sido diputado federal del PRI por el IX distrito con sede en Ocosingo (Leyva, S., 1995 en Viqueira y Ruz, 1995:375-406). También entre los protestantes se pueden encontrar individualidades que han participado en la política regional y estatal, tal es el caso del ex-líder de chamulas expulsados y ex-diputado local del PRD por el segundo distrito, Domingo López Ángel (Viqueira 1995:235), o el actual gobernador del estado y ex-senador de la república, Lic. Pablo Salazar Mendiguchía, quién ha sido además pastor de una Iglesia protestante.

[48] "Comúnmente se tiende a identificar a los católicos con posiciones 'progresistas' y a los tradicionalistas con el PRI. Mientras que los protestantes son tildados de apolíticos en el mejor de los casos, o más frecuentemente de agentes del imperialismo yanqui. Huelga decir que la realidad se acomoda mal a estas ideas simplistas y que en los hechos no existe una plena identificación entre grupos religiosos y grupos políticos. Además que en cada uno de los pueblos de Los Altos la situación puede variar enormemente" (Viqueira 1995:234)

[49] Recientemente (noviembre del 2003), la antropóloga Mónica Aguilar ha comentado al autor, que durante el trabajo de campo que realizó en Amatenango del Valle entre indígenas tseltales protestantes, observó el interés que pone "La Congregación" en la salud de su grey y el papel relevante de "los ancianos" y otros "hermanos de fe" en la búsqueda y trayectorias de atención. Contó el caso de una mujer miembro de la congregación (cuya familia profesa el catolicismo) que padecía de sangrados vaginales y dolor abdominal. Los ancianos de La Congregación, pendientes del padecimiento de "su hermana", se reunieron para examinar el caso y decidieron que sería oportuno sugerir a "la hermana" que acudiera al hospital general de San Cristóbal a una consulta médica. Los ancianos nombraron a un grupo de "hermanos" que acompañarían a la señora a la consulta; la antropóloga Aguilar también acompañó al grupo y atestiguó que la aceptación de las decisiones terapéuticas sugeridas por el médico, pasaban por el escrutinio y anuencia o rechazo de los ancianos que acompañaban a la paciente en la consulta –ya que ella no hablaba español- y no por la paciente misma o por sus familiares.

Además, varias de las Iglesias que operan en Los Altos han fomentado la organización en torno a la salud y han capacitado en actividades médico asistenciales y preventivas a indígenas promotores de salud (que normalmente se aglutinan en redes locales de estos promotores, compuestas por miembros de su misma fe), y han impulsado programas de letrinización, saneamiento básico y abasto de agua, todo lo cual tiene influencias directas en las condiciones de salud de la grey.[50]

Por otro lado, las Iglesias católica y protestantes jugaron un papel importante en el afán de desalentar a la población indígena del consumo de las prácticas médicas tradicionales, especialmente se atacó las prácticas de los *j'iloletik* (plural de *j'ilol*)[51]. Esto ocasionó que amplios sectores de la población indígena dejaran de utilizar las prácticas médicas tradicionales –o por lo menos algunas de ellas- y, al mismo tiempo, se aproximaran a las prácticas médicas alopáticas –ofrecidas por médicos del sector público o privado, o por promotores de salud indígenas- (Harman 1976; Freyermuth, 1993; Page, 2002)[52].

[50]. Actualmente casi en cualquier municipio de Los Altos se pueden encontrar promotores de salud vinculados a diferentes organizaciones religiosas, que se agrupan en redes locales de promotores que comparten su misma fe. Al mismo tiempo, estos promotores de salud pueden estar divididos por otros aspectos como la adscripción política o la pertenencia a alguna institución gubernamental o no gubernamental.

[51]. Adelante en este mismo capítulo se comenta brevemente el pluralismo médico en la región y las características de los diferentes terapeutas.

[52]. Véase el subtítulo "Pluralismo Médico y Servicios de Salud en Los Altos de Chiapas", en este mismo capítulo.

Relaciones interétnicas en Los Altos de Chiapas: la recreación de una sociedad de castas[53]

"La *raza* indígena es un enemigo jurado de la blanca (…)
[y no quepa duda] que la esposa tierna, la querida hermana,
perecerían a manos de aquellos bárbaros después de corrompidas;
que los hijos serían víctimas sangrientas, mutiladas;
que rodaría la cabeza del anciano padre, bajo el rudo golpe del *chamulteco*"
Flavio A. Paniagua, en *La Brújula*, 25 de junio de 1869[54]

"….invitamos a todos los pueblos indígenas de nuestro país a que se unan
y se organicen para ejercer sus derechos como pueblos y no tengan miedo de hacerlo,
porque no es ningún delito unirse y organizarse para buscar y trabajar por una vida digna
para nuestros pueblos y el futuro de nuestros hijos,
para que sean verdaderos herederos de *nuestra raza*, de nuestra cultura y de nuestra historia"
Comunicado del Comandante David, miembro del CCRI-CG del EZLN[55]
La Jornada, 29 de diciembre del 2003

La región de Los Altos de Chiapas ha sido habitada por población maya desde tiempos precoloniales. Durante la época prehispánica la región alteña tuvo un escaso desarrollo. Los grandes centros políticos, militares y culturales de Mesoamérica se ubicaron lejos de ahí, en terrenos menos hostiles que los de las frías montañas de Los Altos. De esta manera, la región y sus pobladores escapaban al estricto control político y militar de los centros del gobierno maya. Pero esta situación cambió con la llegada de los conquistadores españoles que se establecieron en el Valle de Jovel y fundaron la Ciudad Real en 1528 (hoy San Cristóbal de Las Casas), alcaldía mayor de Chiapas.

La población española, criolla y mestiza establecida en Ciudad Real, alejados de las tierras fértiles y los recursos y actividades económicas más lucrativas de la época, encontraron su sostén

[53] Utilizo el mismo subtítulo que propone Juan Pedro Viqueira en su ensayo "Los Altos de Chiapas: una introducción general" (en Viqueira y Ruz, comps. 1995:219-236).
[54] Flavio Antonio Paniagua (1844-1911), nacido y radicado en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, durante el siglo XIX, fue un connotado historiador, periodista y cronista de esta ciudad, autor de numerosas obras, entre ellas destacan, *Catecismo elemental de historia y estadística de Chiapas* (1876), *Diccionario Etimológico, Histórico y Geográfico de Chiapas* (1908-11), la novela *Lágrimas del corazón. Ensayo de novela histórica* (1873), y el libro de poesía *Una rosa y dos espinas. Memorias del imperio en Chiapas* (1870) (Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México, Tercer Tomo, Sexta Edición, p. 2624, México, 1995). En la actualidad, algunas escuelas y calles de San Cristóbal llevan el nombre de Flavio A. Paniagua, en honor al distinguido personaje. La cita del periódico *La Brújula* aparece en el artículo de Jan Rus, "¿Guerra de castas según quién?" (en Viqueira y Ruz, 1995:145-174).
[55] Siglas de Comité Clandestino Revolucionario Indígena – Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional.

en el sometimiento y vasallaje de la población indígena nativa,[56] a la que además de despojarla de su producción agrícola, usaban como mano de obra para todo tipo de faenas, especialmente las más difíciles y agotadoras.

Así, pronto se establecieron relaciones abusivas que originaron graves inequidades y desventajas para los nativos. Poco a poco este "proceso dominical" fue delineando el surgimiento de una rígida sociedad de castas[57] (Viqueira 1995:222; Aguirre, 1967) que se distingue de manera genérica en dos grupos socio-raciales: los indios y los ladinos.[58] Y "a pesar de los grandes cambios económicos que ha vivido la región de Los Altos de Chiapas, la antigua oposición entre indígenas y ladinos no se ha diluido, sino que por el contrario, parece haber cobrado renovadas fuerzas en las últimas décadas" (Viqueira, 1995:225).

Esta clasificación maniquea de las categorías indio y ladino, ha dado lugar a un torrente de prejuicios que han cuajado en estereotipos étnicos arraigados en la población alteña y que, incluso, han permeado en (muchos) trabajos antropológicos.[59] Vale la pena reparar en esto.

Hablar de indios y ladinos tornó en "lugar común" -de acuerdo a la ubicación desde dónde se observa el asunto- por el que no siempre media la reflexión y el análisis. El indigenismo oficial, las

---

[56] Por supuesto que la conquista española de la región de Los Altos de Chiapas no fue tarea sencilla, por el contrario, los conquistadores encontraron fuerte resistencia de la población indígena nativa (véase Lenkersdrof, 1994, en Viqueira y Ruz, 1995:71-85)

[57] La palabra *Casta* procede del portugués y significa cuna o raza. La Sociedad de Castas es un rígido sistema de estructura social que perpetúa una jerarquía de generación en generación, no permitiendo apenas la movilidad entre los estratos sociales. En el periodo colonial, la monarquía española intentó organizar a la sociedad de la Nueva España a través de la creación de un sistema de gobierno basado en la división de la población en 'república de los españoles' y 'república de los indios', es decir, una separación física y administrativa de dos grandes grupos socio-raciales, los españoles y los indios. También en La Nueva España las "castas" fueron uno más de los (supuestos) diversos matices fenotípicos producto de mezclas de los diferentes grupos socio-raciales. Algunos de ellos son los siguientes: de español e india nace mestizo; de mestizo y español, castizo; de castiza y español, español; de española y negro, mulato; de español y mulato, morisco; de español y morisca, albino; de español y albino, torna atrás; de indio y torna atrás, lobo; de lobo e india, zambayo; de zambayo e india, cambujo; de cambujo y mulata, albarazado; de albarazado y mulata, barcino; de barcino y mulata, coyote; de coyote e india, chamizo; de chamizo y mestiza, coyote mestizo; de coyote y mestizo, allí te estás. (Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003)

[58] En el capítulo Dos de este trabajo se hace una discusión del uso de algunos conceptos empleados en el texto, como el de raza. De cualquier forma es importante aclarar desde ahora que uso el término "socio-racial" para referirme a la clasificación de ciertos grupos sociales, de acuerdo a supuestos rasgos biológicos (físicos o genéticos) que los caracterizan y distinguen. A pesar de que el concepto de raza y su aplicación ha sido invalidado por la investigación genética moderna, considero que las representaciones sociales son las que otorgan validez al concepto en su uso cotidiano y sus intenciones implícitas (véase el apartado de "Representaciones Sociales", también en el capítulo Dos de este trabajo)

[59] Pitarch hace, a mi juicio, un excelente análisis de estos "lugares comunes" de las categorías "indio" y "ladino" (véase Pitarch, 1995)

organizaciones indígenas, las organizaciones no gubernamentales, los antropólogos culturalistas, los activistas de izquierda, el clero, los ladinos sancristobalenses,[60] los maestros bilingües, los caciques indígenas y otros actores más, construyeron (y siguen construyendo) imágenes estereotipadas de lo indígena y los indígenas, y lo ladino y los ladinos, y de la relación entre ellos.[61]

Pitarch (1995), en su artículo "Un lugar difícil: estereotipos étnicos y juegos de poder", menciona algunos rasgos que tradicionalmente se han utilizado para caracterizar a estos grupos sociales en Los Altos de Chiapas:

La población "indígena" (indios, campesinos, mayas, inditos, "ellos") tiene como primer idioma una lengua amerindia, de las cuales el tseltal y el tsotsil destacan por su número de hablantes, -unos 700 mil-. Por lo general residen en "municipios indígenas", compuestos por un centro administrativo y ceremonial con alguna población permanente y numerosas aldeas con un tipo de asentamiento muy disperso -aunque desde luego hay excepciones-. Su economía depende esencialmente del cultivo de roza de maíz y frijol. Los habitantes de cada municipio usan una indumentaria característica con la que se distinguen entre sí y, a su vez, de la población no indígena (Pitarch, 1995:238)

Y continúa:

La población "ladina" (castellanohablantes, hispanos, occidentales, mexicanos, "portadores de la cultura nacional", mestizos) se caracteriza, en contraste con la indígena, por hablar castellano como primera lengua. De preferencia reside en poblaciones nucleadas de trazo rectilíneo (San Cristóbal de Las Casas es la principal…) y ahí dónde viven en el campo lo hacen en pequeños ranchos, en su mayoría ganaderos. Su economía es fundamentalmente comercial y administrativa (*Ibíd*..: 238)[62]

[60] La población mestiza originaria de San Cristóbal de Las Casas se autodenominan "coletos" y con ese vocablo son reconocidos en el estado.

[61] Existe una fuerte vinculación, casi natural, de la categoría indígena, con ciertos adjetivos -dependiendo, insisto, desde la ubicación de quien califica-, algunos de ellos peyorativos: pobre, tonto, sucio, marginado, ignorante, idiota, naco, mugroso, bárbaro, salvaje, menesteroso, irracional, feo, inculto, borracho, cerrado, tímido, retrasado, sumiso, etc.; otros, por el contrario, lisonjeros: fuerte, trabajador, sabio, laborioso, estoico, puro, revolucionario, limpio, que vive en armonía con la naturaleza, íntegro, honrado, recto, decente, virtuoso, depositario original de la cultura nacional, primeros padres, herederos de la grandeza de los antiguos mayas, etc. (Para ahondar en los estereotipos hacia los indígenas, véase el artículo de Laureano Reyes [1997], "Prejuicio, estereotipo y discriminación hacia los indígenas de México"; además del ya mencionado artículo de Pedro Pitarch (1995]). En menor medida, esto ha sucedido (y sucede) con la categoría ladino, a quien se le identifica –también dependiendo de la ubicación de quien califica- como: rico, blanco, heredero de los conquistadores españoles, portador de la cultura nacional, desarrollado, patrón, explotador, astuto, abusivo, letrado, culto, refinado, egoísta, etc.

[62] Actualmente el término *ladino* es utilizado para referirse al mestizo o a cualquier castellano hablante. Incluso un indígena puede estar *ladinizado* tomando en cuenta otras características además de la lengua, como el vestido, la dieta, el tipo de vivienda, el tipo de trabajo, etc.

En seguida, Pitarch conduce su argumentación a "complicar este esquema étnico dual" y demostrar, con datos empíricos, las falacias inherentes a los estereotipos mencionados. De entrada, la línea que divide la frontera étnica no es nítida, por el contrario, existe una permeabilidad tal que admite la movilidad social de categorías (principalmente de indígena a ladino).[63] Además, las propias categorías indio/ladino no son unitarias, sino fragmentarias y plurales.[64] La conclusión de Pitarch es que no existe algo tal como una categoría homogénea y completa para denotar al indígena (y lo indígena) ni para el ladino (y lo ladino).

Sin embargo podemos encontrar tendencias de características (variables) que se asocian con estos grupos y que, por lo tanto, pueden adjetivarlos. Para esto nos pueden servir las herramientas estadísticas. Una mirada detenida a los números que arrojan ciertos indicadores socioeconómicos y de bienestar social entre la población indígena de Los Altos de Chiapas y su comparación con los números de la población no indígena, nos puede ayudar a aclarar estos estereotipos.[65]

Al indígena se le asocia con la pobreza y la marginación porque es un hecho que la mayoría de los municipios indígenas de Chiapas están clasificados como de muy alta marginación (SEDESO, 2003:39). Esto no debiera ser motivo para pensar la pobreza y marginación del indígena como algo natural, algo dado e inmutable, descontextualizado de los procesos históricos y las estructuras políticas, económicas y sociales que determinan esta situación. Por otro lado, tampoco podemos dejar de ver la presencia de indígenas de diversas clases sociales –incluida la clase alta-

[63]. Pero esto también suele depender del punto de vista desde dónde es observado el individuo. Por ejemplo, en una comunidad del municipio de San Juan Cancuc conocí a un hombre originario de la comunidad, cuya lengua materna era el tseltal, pero que había hecho estudios para maestro bilingüe en el INI y ahora trabajaba en otra comunidad de su mismo municipio como maestro. Ya no vestía la ropa de manta típica de los cancuqueros, ahora portaba camisa, pantalón y zapatos; solía hablar español con fluidez con los fuereños (como yo); tenía una esposa -también tseltal de la cabecera municipal de Cancuc- y dos hijos. La esposa ahora hablaba español y vestía a la usanza occidental. Los dos hijos del matrimonio, menores de cinco años, hablaban español y tseltal y vestían camisa, pantalón de mezclilla y botines. La gente de la comunidad identificaba al maestro bilingüe y los miembros de su familia como *ladinos o caxlanes* (*caxlán),* que representa la castellanización del término *kaxlanetik* usado por la población indígena para referirse a los ladinos. Esta es una deformación del gentilicio "castellanos". El propio maestro me decía que sus hijos eran "caxlancitos". En cambio para mí se trataba de una familia indígena de Cancuc, aunque diferente a las demás.

[64]. Hay indios de habla tsotsil, tseltal, chol, etcétera; de diferente religión: católicos, protestantes, musulmanes; de diferentes municipios y con diferentes atuendos: de Chamula, de Tenejapa, de Zinacantán; militantes de uno y otro partido: priístas, perredistas, petistas, cardenistas, panistas; pobres, clase-medieros y ricos; analfabetas y profesionistas, etc. Algo similar ocurre con los ladinos. Los hay pobres, ricos, clase-medieros, altos, bajos, morenos, blancos, de diversas religiones, analfabetas o con diferentes grados de escolaridad, campesinos, empresarios, etc.

[65]. Véase también "Preámbulo: cifras del rezago social en Chiapas", en este mismo capítulo.

asumiéndose (reivindicándose), precisamente, como indígenas, lo que de alguna manera contraría el estereotipo.[66]

Sí al indígena se le asocia con el analfabetismo y la baja escolaridad es, en parte, porque son los indígenas quienes tienen la menor escolaridad y el mayor porcentaje de analfabetismo en comparación con la población no indígena.[67] Se les asocia con precarias condiciones de la vivienda y falta de servicios básicos porque los datos estadísticos así lo demuestran.[68] Lo mismo puede decirse de las deplorables condiciones de salud: es entre la población indígena donde se registran las mayores tasas de mortalidad materna en el país, de mortalidad infantil, de mortalidad por complicaciones de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias,[69] de tuberculosis, de morbilidad por tracoma,[70] de enfermedad de Chagas, de Leishmaniasis, de Paludismo, de desnutrición, etc.

Al pensar cada uno de estos aspectos que adjetivan a gran parte de la población indígena de Los Altos de Chiapas debe operar la reflexión y el análisis, no solamente invocar una imagen o idea aceptada con carácter inmutable. De este modo es posible delinear de manera clara la presencia de desigualdades profundas entre estos dos grupos, donde los indígenas padecen las

---

[66]. Aguirre Beltrán en su teoría sobre las regiones de refugio y el cambio, sostenía que cuando la población indígena cambiara de residencia, de hábitat y de actividad –es decir, dejara la comunidad rural y las actividades campesinas de autoconsumo, y se mudara al medio urbano y se dedicara a actividades de manufactura o servicios- "rompe su afiliación con una comunidad corporada, pequeña, de orientación sacra, para ingresar en una sociedad amplia, impersonal, secularizada, que tiene formas de vida y cohesión social extraordinariamente complejas" (Aguirre, 1967:78). De esta manera, el indígena abandonaría su identidad indígena y asumiría la identidad nacional como clase social (se esperaría que ocupara un lugar dentro del proletariado).

[67]. El porcentaje de analfabetismo entre la población indígena de Chiapas es de 42%, mientras que entre la población indígena nacional, el porcentaje es de 32.5% (INI, 2002). El porcentaje de analfabetismo en Chiapas (que incluye a indígenas y no indígenas) es de 22.9, mientras que el nacional (que incluye indígenas y no indígenas) es de 9.46 (SEDESO, 2003:45).

[68]. En Chiapas, casi el 41% de las viviendas tienen piso de tierra, pero el 71% de las viviendas de indígenas tienen piso de tierra. A nivel nacional, menos del 15% de las viviendas tienen piso de tierra, pero entre los indígenas a nivel nacional, el 43.7% de sus hogares tienen piso de tierra (Fuentes: INI, 2002; SEDESO, 2003:60).

[69]. Mientras las principales causas de mortalidad a nivel estatal son los tumores malignos, accidentes, enfermedades del corazón y diabetes mellitus –enfermedades crónico degenerativas (excepto accidentes) fuertemente relacionadas a hábitos de consumo y de vida- en municipios indígenas como San Juan Cancuc, la principal causa de mortalidad es la tuberculosis pulmonar, o en Chenalhó las complicaciones de enfermedades diarreicas y respiratorias, enfermedades asociadas a la marginación y pobreza (Fuentes: SEDESO, 2003; Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Jurisdicción sanitaria #2, 2000).

[70]. De hecho, en México el Tracoma es endémico solamente en algunos territorios indígenas. En Chiapas, el Tracoma está presente solamente en cinco municipios indígenas de Los Altos (Oxchuc, Tenejapa, Huixtán, Chanal y San Juan Cancuc).

condiciones más desfavorecidas.[71] Esta situación ha calado hondo en el imaginario –las representaciones sociales- de los pobladores de Los Altos –indígenas y ladinos-, reforzando los estereotipos étnicos que reconstruye Pitarch y a los que hacíamos referencia al principio del subtítulo.

Pero otro aspecto que debe considerarse en la construcción de dichos estereotipos es el elemento racial: el papel que desempeña la (supuesta) raza en la construcción del 'otro' y en la relación con él.

Para Pitarch, las distinciones que hacen los ladinos de la región entre ellos ("nosotros") y los indígenas, "no es de tipo racial, biológico, sino que se funda en distinciones de tipo cultural" (Pitarch, 1995:243). Julio De La Fuente (1965:183-85) opinaba lo contrario. Para él, "la raza, en el área (Los Altos de Chiapas), es una construcción sociológica en la cual la falta de correlación entre el rasgo físico efectivo y la raza supuesta, no impide la adscripción a ésta"[72], y de hecho, entre los ladinos e indígenas de Los Altos se hacen estas distinciones: la raza indígena, la raza blanca, la raza mestiza.

Los epígrafes que aparecen debajo del presente subtítulo son explícitos en su mención a las supuestas diferencias raciales. Y más aún, es la diferencia racial motivo para la segregación, el conflicto, el odio y la lucha feroz con los grupos opuestos.

El cronista decimonónico de San Cristóbal de Las Casas, Flavio A. Paniagua, en el marco de la llamada "Guerra de Castas de 1869", es elocuente en su alegato: "La *raza* indígena es un enemigo jurado de la (raza) blanca", y continúa con serias advertencias a los ladinos sobre la inminencia de un ataque indígena de horrendas consecuencias: "la esposa tierna, la querida hermana, perecerían a manos de aquellos bárbaros después de corrompidas; que los hijos serían víctimas sangrientas, mutiladas; que rodaría la cabeza del anciano padre, bajo el rudo golpe del *chamulteco*" (en Rus, 1995: 167).

La otra cita en el epígrafe, más reciente, es una invitación del comandante David[73] "a los pueblos indígenas" de México, para que ejerzan sus derechos a la autonomía y a la libre

[71] Esto no quiere decir, de ninguna manera, que todos los no indígenas tengan mejores condiciones de bienestar que los indígenas, pero en general, podemos aceptar que así es.
[72] El hecho de que la genética moderna haya develado la falacia de la clasificación racial de la humanidad, es su uso cotidiano –explícito o implícito- por los grupos sociales el que le otorga validez como representación social o creencia. Se vive en ello.
[73] Indígena hablante de lengua tsotsil, originario de Los Altos, miembro de la Comandancia General del EZLN.

determinación[74] "para buscar y trabajar por una vida digna para nuestros pueblos y el futuro de nuestros hijos", y nuevamente aparece la apología racial: "para que sean (nuestros hijos) verdaderos herederos de *nuestra raza*, de nuestra cultura y de nuestra historia" (La Jornada, 29 de diciembre del 2003).

La raza ha llegado a ser, inclusive, un elemento "objetivo" de distinción en algunos textos científicos, particularmente de la antropología física.[75] Nuevamente, Julio De La Fuente señala que "indígenas y ladinos muestran caracteres distintivos externos fáciles de percibir. Racialmente, hay pocos indígenas que se aproximan al tipo caucasoide, aunque muchos muestran un grado de mezcla que los hace semejantes a la generalidad ladina" (De La Fuente, 1965:162).

Por su parte, algunos ladinos de Los Altos han explicado su abnegación generosa al darse a la tarea "redentora" de preñar a mujeres indígenas -en piadosos actos de violación sexual- con el "noble propósito" de mejorar la raza indígena -ergo, su sacrificio y los daños colaterales que conlleve es para bien de la naturaleza- (De La Fuente, 1965:173). Situación similar encontró Martha Elena Casaús (1992) en Guatemala. La siguiente frase de un finquero de aquel país es de una nítida franqueza: "La única solución para Guatemala es mejorar la *raza*, traer sementales arios para mejorarla. Yo tuve en mi finca durante muchos años a un administrador alemán, y por cada india que preñaba, le pagaba yo extra 50 dólares" (Casaús 1992:215).

Así, considero que la (supuesta) pertenencia o diferencia racial es parte ineludible del estereotipo[76] que se han fabricado de estos dos grupos sociales.

Finalmente, además de los rasgos sociales, económicos, políticos, religiosos y (supuestamente) raciales que adjetivan a estos dos grupos, las propias relaciones entre indígenas y ladinos han contribuido a crear el estereotipo local y se recrean a partir de él.

Se tiene una imagen más o menos aceptada y fija de estas relaciones interétnicas. Estos son algunos lugares comunes de las relaciones interétnicas en Los Altos:[77] en el contexto de las

---

[74] Derechos colectivos por los que organizaciones y representantes de los pueblos indígenas han luchado legalmente, por lo menos desde hace diez años, a raíz de la firma de los Acuerdos de San Andrés entre el Gobierno Federal y el EZLN, en febrero de 1996.

[75] Históricamente los antropólogos físicos habían dividido a la humanidad atendiendo a sus rasgos morfológicos en tres grandes subdivisiones o razas: negroide, mongoloide y caucásica. Algunos científicos fueron más allá añadiendo la amerindia y la oceánica.

[76] Este estereotipo es una representación social (de indígenas y de ladinos), una creencia en el sentido empleado por Ortega y Gasset (1934): se está en este estereotipo, representación o creencia, se cuenta con ella, se vive en ella (véase el subtítulo sobre "Representaciones Sociales" en el capítulo Dos de este mismo texto).

[77] Aclaro, nuevamente, que estas ideas estereotipadas de las relaciones interétnicas se fundan principalmente en el dato empírico. Numerosas etnografías de la región constatan el hecho.

ocupaciones y las relaciones económicas, cuando el ladino ocupa el lugar de patrón, el indígena será mozo, generalmente explotado por el patrón, quien por norma abusa desmedidamente de los servicios del indígena y le retribuye injustamente. Cuando el indígena es marchante, el ladino será un comprador taimado, regateador y tramposo (De La Fuente, 1965:164-66). En el contexto de las relaciones jurídicas y políticas, la imagen es la del ladino manipulador que ejerce su dominio sutil sobre los indígenas. Cuando el indígena es juzgado por la autoridad ladina, siempre será culpable y condenado. Tampoco faltarán las ocasiones en que la autoridad ladina resolverá reprimir violentamente a los indígenas ante la menor provocación. Por otro lado, cuando los indígenas se hacen cargo de ejercer la justicia según sus usos y costumbres, el estereotipo asegura que la respuesta deberá ser salvajemente violenta y feroz, especialmente cuando se ejerza en contra de ladinos (*Ibíd.*:166-68).[78] En la escuela, los maestros ladinos son tenidos por crueles e impacientes con los niños indígenas, a quienes comúnmente menosprecian y humillan frente al resto de los alumnos.

De este modo, las prácticas y representaciones que se esperan del ladino hacia el indígena en general son de menosprecio, paternalismo, tratos faltos de cortesía y respeto (como que un joven ladino tutee a los indígenas mayores), maltrato físico, insultos, engaños, odio. Por otro lado, las prácticas y representaciones esperadas del indígena para con el ladino son de desconfianza, temor, resentimiento, pero a la vez respeto, admiración, envidia y odio.

En general, podemos decir que esta es la imagen estereotipada de la relación interétnica indígena-ladino; una mezcla ambivalente de discriminación, desprecio, paternalismo, temor, resentimiento, envidia, odio y racismo.[79]

La distribución espacial de estos dos grupos sociales en Los Altos de Chiapas tiene algunas características particulares. Desde que se asentaron los primeros colonizadores españoles hasta la

[78] Este aspecto suele estar presente en las etnografías sobre la región y en la nota amarilla de numerosos diarios locales y nacionales. Baste el siguiente ejemplo tomado del artículo de Julio De La Fuente, "Relaciones étnicas en Los Altos de Chiapas": *las respuestas violentas de los indígenas (…) son (…) motivo de temor y animosidad entre los ladinos y entre ellas se han registrado anteriormente los levantamientos de indígenas y asesinatos de ladinos, y en los últimos quince años, la amenaza de muerte a un maestro y un secretario muy abusivos y su expulsión del municipio (…) el castramiento del que se dice fue objeto un enganchador; el asesinato de un ladino que se distinguía por el maltrato excepcional que daba a los indígenas (…)* (1965:176), el listado continúa.

[79] El presente trabajo aporta elementos empíricos que caracterizan esta relación interétnica indio-ladino en el marco específico del encuentro médico.

fecha, ha existido una tendencia clara a la separación geográfica[80] de los miembros de los distintos grupos. Los españoles se asentaron en el Valle de Jovel y construyeron la Ciudad Real, mientras que la población indígena siguió viviendo en localidades dispersas de la región. Cuando algún indígena llegaba a San Cristóbal, lo hacía para trabajar como sirviente en la casa de algún ladino, para mercar sus productos o para hacer ciertas compras, pero de ninguna manera podría considerarse "como en casa" estando en San Cristóbal, al contrario, era claro que se encontraba en el territorio del Otro, del ladino, del mestizo, del caxlán.

Por otro lado, algunos españoles, criollos y mestizos establecieron su residencia y negocios en el centro de algunas cabeceras municipales indígenas (San Andrés Larráinzar, Oxchuc, Chenalhó, Pantelhó, etc.), pero claramente apartados de los barrios de la población indígena del municipio y distinguiéndose rotundamente de ellos en sus viviendas, en su atuendo, en su forma de vestir, etc. Otros ladinos eran propietarios de algunos ranchos en las serranías de la región, pero igualmente procuraban permanecer separados de las comunidades indígenas.

Actualmente, esta distribución espacial de la población indígena y ladina se ha modificado, pero a pesar de los importantes cambios demográficos, la tendencia a la separación de ambos grupos sigue siendo una constante.

La mayor parte de la población mestiza de Los Altos de Chiapas se concentra actualmente solo en dos municipios, San Cristóbal de Las Casas y Teopisca, en todos los demás la población indígena es mayoritaria, representando en promedio el 93% del total de habitantes (INEGI, 1990).

Los municipios de mayoría indígena se hallan en un significativo proceso de "reindianización" que -a decir de algunos estudiosos de la región- se manifiesta, en primer lugar, en la acelerada y drástica disminución del número de habitantes ladinos en sus municipios; segundo, en el acceso de indígenas a todo tipo de cargos públicos locales y, tercero, en el uso de manifestaciones culturales indígenas con fines políticos y reivindicativos, en el marco de los reclamos de derechos colectivos -de autonomía y libre determinación- de los pueblos indígenas (Viqueira, 1995:226).

La disminución del número de población mestiza en los municipios indígenas ha sido una respuesta a presiones emanadas de las propias relaciones interétnicas, no siempre exentas de

[80] Aunque no sólo geográfica, la separación física fue acompañada de separación cultural, desconocimiento mutuo y endogamia (aunque se tiene registro de algunos matrimonios de ladinos con indígenas, sin embargo estos casos son más bien excepciones a la regla).

violencia. En algunos municipios indígenas incluso se han presentado bruscas expulsiones de la población ladina:

> *...en Larráinzar, a raíz de un enfrentamiento armado en el que perecieron dos propietarios mestizos en 1974, la gran mayoría de los ladinos abandonó el pueblo y se retiró a San Cristóbal. En Oxchuc un proceso similar está sumamente avanzado: la prohibición de la venta de alcohol en el municipio terminó con el principal negocio de los mestizos, los cuales, hostigados por los indígenas, han ido vendiendo sus casas en la cabecera municipal, para irse a vivir a San Cristóbal o a Ocosingo (…). En marzo de 1994, en Sitalá después de un enfrentamiento violento con la policía local que causó dos muertos, un grupo de indígenas saqueó varias casas de comerciantes ladinos en la cabecera municipal* (Viqueira, 1995:226).

No obstante, cierta presencia de mestizos distantes (es decir, que no son necesariamente de la región; provienen de otras regiones de Chiapas u otros estados de la república) en "los municipios indígenas" persiste y se reinventa; es el caso de funcionarios de gobierno (mestizos) que antes no tenían presencia en estos espacios; de miembros de iglesias; de trabajadores de organizaciones no gubernamentales (ONG); de activistas políticos; de comerciantes ambulantes; de campesinos (mestizos) en busca de tierra; de mujeres mestizas que se casan con indígenas; de militares y policías; de académicos e investigadores; de turistas, entre otros.

A mi juicio, el llamado "proceso de reindianización" se acompaña de una reconfiguración de la presencia mestiza en el ámbito indígena.

Durante los últimos cinco años en que he frecuentado varias localidades de la región, me resulta evidente el incremento de ciertas presencias fuereñas que intensifican la frecuencia y cualidad de las relaciones interétnicas. Hay un reposicionamiento complejo de los grupos socio-raciales. Por ejemplo, la presencia de funcionarios fuereños mestizos o indígenas amestizados que trabajan en instituciones de gobierno es cada vez más notoria. Esta tendencia se registra desde el estallido zapatista en 1994,[81] y con renovado ímpetu desde el año 2000, con el inicio de los gobiernos de alternancia -a nivel federal encabezado por el lic. Vicente Fox, y en el ámbito estatal por el lic. Pablo Salazar Mendiguchía[82]-. Actualmente, en casi cualquier localidad de municipios

[81] Enmarcada en la práctica contrainsurgente, según el punto de vista de algunos; o como respuesta a los profundos rezagos sociales, según otros. De momento, evitaré ahondar en esta discusión.

[82] Es interesante encontrar ciertas semejanzas entre estos personajes. Una que llama poderosamente mi atención es que ambos gobernantes concluyeron su proceso de titulación de licenciatura (les faltaba la tesis) justo después de su triunfo electoral, lo que -entre otras cosas- me hace examinar tres posibles explicaciones: a) los licenciados Fox (en administración de empresas)

alteños como Chenalhó, Tenejapa o Larráinzar, se encuentra la estampa del gobierno[83] y la presencia de sus delegados.[84] La figura 1 ejemplifica lo anterior; ahí se muestran algunos carteles informativos de la acción del gobierno[85] en una comunidad del municipio de Larráinzar.

Algo similar puede señalarse respecto a la presencia de miembros de organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales o internacionales, activistas políticos, investigadores e, incluso, turistas, quienes también desde 1994 han dirigido sus miradas a las regiones involucradas en la insurrección zapatista.[86]

Así, considero que en este proceso de reindianización, la población indígena ha ampliado y reconfigurado el tipo de relaciones interétnicas. Ahora no sólo se relacionan con aquellos ladinos de la región –con quienes históricamente han tenido relaciones conflictivas-; actualmente también tienen contacto con indígenas y mestizos de otros estados del país y con ciudadanos de otros países, con quienes han establecido relaciones muy heterogéneas. Por ejemplo, los activistas políticos nacionales y extranjeros suelen visitar las localidades donde habitan bases de apoyo social

---

y Salazar (en leyes) tienen una enorme capacidad de trabajo (porque, normalmente, las tesis y las campañas políticas requieren cierto trabajo), b) al licenciado Fox le echó la mano con la tesis el doctor Castañeda y al licenciado Salazar, el doctor Zebadúa, o c) los mencionados graduados recurrieron a la vieja (pero siempre de moda) práctica de la corruptela.

[83] El logotipo del programa estatal de desarrollo social del estado, "Vida Mejor" se ha integrado ostensiblemente al paisaje chiapaneco.

[84] No debe perderse de vista que aunque el gobierno, de una u otra manera, ha extendido y marcado su presencia y labor en casi todas las localidades de ciertos municipios de Los Altos, también es cierto que en otras localidades la acción gubernamental y sus funcionarios no tienen presencia. Es el caso de las comunidades que son bases de apoyo del EZLN y que han optado por el ejercicio de la autonomía y el rechazo de la intervención gubernamental en ciertos aspectos (es conveniente aclarar que este rechazo a la acción gubernamental se restringe a ciertos aspectos, como los programas que reparten dinero en efectivo -Oportunidades, Procampo, etc.- y responde a la coyuntura actual de las negociaciones para alcanzar la paz -la suspensión del diálogo formal desde 1996 y la postergación de los trabajos en las mesas de diálogo que habrían de discutir los aspectos relativos al bienestar y desarrollo social, y el incumplimiento de los Acuerdos de San Andrés-. A pesar de que los municipios y regiones autónomas han organizado sus propios sistemas de educación y salud, esto no quiere decir que el EZLN rechace explícita y categóricamente los servicios de salud o educativos gubernamentales. Sin embargo, es verdad que en algunas comunidades y municipios autónomos se han presentado prácticas de autoexclusión de los servicios gubernamentales, por parte de miembros de la base social del EZLN. Este rechazo -designado por quienes lo practican como "resistencia"- es decisión de los propios individuos o bien de las propias comunidades. De hecho, el EZLN ha reconocido en repetidas ocasiones la "autonomía de las comunidades zapatistas" del propio EZLN). Así, en localidades como Polhó (que pertenece al municipio de Chenalhó, pero al mismo tiempo es sede del municipio autónomo en rebeldía San Pedro Polhó), no se observan letreros que promocionen y difundan la acción del gobierno.

[85] La evaluación (indispensable) de dichas acciones de gobierno son motivo de otros trabajos. Ahora me interesa enfatizar la notoria presencia del gobierno y sus representantes.

[86] Lo que no quiere decir que antes de 1994 no hubiese interés de las ONG, investigadores y activistas en dichas regiones del estado. Pero, evidentemente, con el levantamiento zapatista dicho interés se extendió muy significativamente.

del EZLN, con quienes mantienen relaciones afables;[87] pero al mismo tiempo, evitan el contacto con los nativos de poblados vecinos nominalmente afines al Partido Revolucionario Institucional (comúnmente tildados de antizapatistas).

Figura 1. Carteles informativos de la inversión pública estatal

Pero este proceso de "reindianización" no se agota solo en el ámbito de los municipios indígenas. También los poblados tradicionalmente identificados como espacios ladinos están siendo penetrados por la presencia indígena.

La explosión demográfica, las presiones económicas y ciertos conflictos internos que protagonizan los indígenas alteños ha fomentado el éxodo de miles de ellos a las otrora ciudades ladinas, San Cristóbal y Teopisca, formando nuevas colonias y barrios marginales que conservan aspectos de la organización social comunal.[88]

De esta forma, actualmente la población indígena radicada en San Cristóbal representa el 37.10% de los mayores de 5 años (INEGI, 2000), mientras que en 1970 y 1990 representaban el 20.90% y 33.05% respectivamente. Una muestra elocuente del incremento del poder indígena en San Cristóbal de Las Casas es el hecho de que en el año 2001, por primera vez en la historia de la

[87] He conocido varias relaciones muy estrechas entre activistas políticos e indígenas adscritos al zapatismo, relaciones que van desde la camaradería y compadrazgo, hasta las relaciones amorosas y eróticas.
[88] Véase el subtítulo "Los Altos de Chiapas" en este mismo capítulo.

ciudad, fue electo un presidente municipal gracias al apoyo denodado de los indígenas, en oposición a los intereses de la población ladina.[89]

Sin embargo, a pesar de que ahora los indígenas de alguna manera han disminuido la presencia mestiza en sus propios municipios y ejercen mayor control sobre ella, de que cuentan con la tenencia de la tierra y de que manejan, en buena medida, los asuntos de gobierno local, esto no ha garantizado una vida política más libre y democrática, ni cambios sustantivos en las condiciones materiales de vida (Viqueira, 1995:226). Las estructuras políticas y económicas no se han modificado sustancialmente. Las prácticas políticas heredadas de una larga tradición corporativa no han desaparecido por completo, ni existen espacios suficientes para una participación política efectiva y tolerante.[90] El modelo económico vigente ha demostrado su ineficacia para satisfacer los requerimientos económicos de la población indígena de los Altos, como bien lo ejemplifica la crisis en los precios del café experimentados en la última década. Así, por un lado la participación real en el manejo de los asuntos públicos continúa siendo una pretensión no alcanzada para el alteño "de a pie" –indígena o mestizo- y, por otra parte, el control económico regional sigue estando en manos de algunas pocas familias ladinas y muy pocas familias indígenas.

Algunas personas consideran que este proceso de "reindianización" puede ser germen de una nueva forma de organización social regional libre, democrática, que mitigue las desigualdades y que posibilite otro tipo de comunicación entre indígenas y mestizos. Otros piensan que este proceso de "reindianización" de Los Altos de Chiapas tiene como reverso el fortalecimiento de un orden social basado en las distinciones socio-raciales de tipo colonial y que no necesariamente repercute en el aumento de la autonomía política de los pueblos indígenas o en beneficios concretos en las condiciones materiales de vida (Viqueira 1995:228)[91].

---

[89] La campaña política del candidato de PRI para las elecciones de presidente municipal en San Cristóbal de Las Casas durante 2004, tuvo el lema de "Recuperemos nuestra ciudad", que en el argot de los coletos cobra el claro sentido de "recuperemos nuestra ciudad de los indios". Por cierto, dicho candidato ganó la elección.

[90] En agosto del 2003, el EZLN inauguró cinco Juntas de Buen Gobierno en sus "Caracoles" (en los espacios de los antiguos Aguascalientes), con la intención explícita de poner en marcha prácticas de gobierno regional, de manera incluyente (sin distingo de índole alguna) y tolerante. A pesar de que es prematuro hacer una evaluación crítica de esta experiencia, el propio gobernador del estado, Pablo Salazar Mendiguchía, ha reconocido en esta iniciativa un esfuerzo de organización y gobierno democrático, incluyente y tolerante, e incluso ha mencionado que es en la llamada "zona de conflicto" (territorio controlado en buena medida por el EZLN) dónde se presenta el menor número de conflictos inter e intra comunitarios violentos (en entrevista con Enrique Krauze en México Siglo XX, diciembre, 2003).

[91] Este ha sido un punto central en el debate sobre los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas, véase una introducción a esta discusión en Hernández, Luis y Ramón Vera (1997).

Pluralismo médico y las condiciones, recursos y servicios de salud en Los Altos de Chiapas

La mayoría de los estudios de antropología realizados en Los Altos de Chiapas que abordan el tema de la salud / enfermedad /atención entre la población indígena, han dado preeminencia a la descripción de las creencias y prácticas médicas llamadas tradicionales o *folk*[92] (Villa Rojas, 1942; Guiteras, 1942; Holland, 1964; Pitarch, 1994; Robledo, 1994; entre muchos otros[93]), mas que al abordaje y análisis extenso y profundo de las condiciones de salud prevalecientes, los recursos disponibles para hacerles frente, los servicios que producen y su relación con la población beneficiaria de los mismos.[94] De manera que dichos trabajos no han puesto énfasis en el significado que guardan estas condiciones de salud - enfermedad y las formas de organización social para hacerles frente, en términos de desigualdad respecto a la población no indígena del estado y del

[92] Algunas etnografías han descrito las creencias tradicionales de los indígenas de los Altos sobre los procesos de salud – enfermedad en los siguientes términos:

Entre los tsotsiles y tseltales la enfermedad es considerada como castigo por la transgresión de las pautas sociales tradicionales. Existen enfermedades naturales y enfermedades sobrenaturales. Las primeras son todas aquellas que no causan grandes sufrimientos o incapacitación. Las sobrenaturales son enfermedades graves consideradas como castigos por transgredir las normas sociales. El castigo lo aplican los dueños del cielo, de la tierra, de los lugares sagrados o los santos católicos. La enfermedad también puede provenir de la hechicería. La envidia es una poderosa fuente que la alimenta; de esta forma, si alguien es pobre por no tener maíz y frijol para comer, ni tierras ni animales, envidia a los que son ricos y saludables. Para estar a salvo de hechizos, el individuo no se debe enriquecer excesivamente y respetará la propiedad y el derecho de los vecinos (Robledo, 1994).

Sin embargo, el dato empírico que se recoge en el contacto cotidiano con los procesos salud / enfermedad / atención en comunidades indígenas de la región, nos muestra que los marcos explicativos y las prácticas médicas tradicionales han experimentado (y experimentan) modificaciones (adecuaciones) en su contacto cotidiano con otros tipos de saberes y prácticas médicas. No existe tal cosa como un *purismo* médico tradicional, sin cambios ni concesiones, con presencia absoluta, independiente, ilimitada y excluyente de cualquier otra relación. La presencia de agentes externos ha fomentado cambios en dirección al sincretismo y complementariedad de los saberes tradicionales con los marcos explicativos biomédicos. No pasa desapercibida la influencia profunda que ha marcado la presencia de las Iglesias (católica y protestante), de funcionarios de gobierno (por ejemplo del INI), de activistas de izquierda y miembros de ONG en la reelaboración de las representaciones sociales y prácticas médicas. De hecho, las explicaciones *folk* han visto restar su influencia y poder entre amplios sectores de la población indígena, hecho reconocido por las propias organizaciones de terapeutas indígenas tradicionales (Freyermuth, 1993:13-18).

[93] Es prudente aclarar que algunos de estos trabajos abordan el tema del proceso salud / enfermedad / atención de manera lateral, no como parte medular de sus incursiones. El tema de s/e/a entre la población indígena de Chiapas atraviesa diferentes aspectos de la cultura (ontológicos, religiosos, de la organización social, económicos, etc.). La comprensión de los mismos en sí, es de valor incuestionable.

[94] Excepción a este enfoque merecen algunos trabajos. Menciono los de Gonzalo Aguirre Beltrán (1955) *Programas de salud en la situación intercultural*, y de Graciela Freyermuth (1993) *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en Los Altos de Chiapas*, ambos dan recuento, precisamente, de las condiciones, recursos y servicios de salud presentes en la región (tomando en cuenta tanto al modelo tradicional como al biomédico y la amplia gama de actores e instituciones involucrados).

país, ni han contribuido a problematizar el tema mas allá del debate sobre el reconocimiento jurídico de las prácticas médicas tradicionales (Freyermuth, 1993; Page, 2002).

Así, la antropología médica en Los Altos de Chiapas ha pasado de largo a través del debate sobre la elevada morbilidad por enfermedades prevenibles,[95] la inadmisible mortalidad por causas evitables, y la insuficiencia de recursos y servicios de las instituciones públicas para hacerles frente[96] (Freyermuth 1993:34-46; Meneses 2000:44-65), aspectos que, por otro lado, sí han captado interés de otra disciplinas –epidemiología, sistemas de salud, ecología, medicina social- y ocupado con frecuencia la atención de la opinión pública nacional e internacional (Physicians for Human Rights 1999; Kirsch y Arana 1999; La Jornada diciembre 2002 y enero 2003) y de las propias comunidades indígenas que padecen esta situación (Declaración de Moisés Gandhi, 1997)[97].

Las condiciones de salud / enfermedad que prevalecen en Los Altos de Chiapas están estrechamente vinculadas a la pobreza y marginación que padecen los habitantes de la región. Las principales causas de morbilidad se siguen concentrando en tres grupos de patologías, prevenibles en buena medida y curables en la mayoría de los casos: las enfermedades infecciosas intestinales –muchas de ellas por protozoarios (ameba y giardia, principalmente) y helmintos (ascaris, oxiuros, uncinarias, entre otras) (Morales, *et. al.*; 2003: 379-388)-, las infecciones respiratorias agudas altas y

[95] Excepción a la regla es el extenso trabajo de Freyermuth sobre mortalidad materna en la región de Los Altos.

[96] También Freyermuth ha abordado el estudio de los recursos y servicios en sus trabajos sobre políticas, programas y presupuestos de salud (2002; 2003a; 2003b; 2004).

[97] El cuestionamiento puede resultar polémico. Para dejarlo claro se resume de la siguiente manera: a) un grupo de antropólogos culturalistas define a la población indígena de Los Altos de Chiapas como su "objeto" de estudio; b) estos antropólogos "escriben" fragmentos de la cultura de esa población, entre ellos, los relacionados al proceso s/e/a; c) en muchos casos, estos antropólogos exaltan con apologías elogiosas las prácticas y representaciones *folk* relacionadas al proceso s/e/a; si acaso enfatizando su eficacia simbólica, pero sin cuestionar su eficacia pragmática; d) por otro lado, estas poblaciones indígenas viven menos (tienen menor esperanza de vida), mueren más (registran mayores tasas de mortalidad general), la mayoría de las veces por enfermedades prevenibles y/o curables; enfermedades que además se encuentran relacionadas directamente a las condiciones de marginación y pobreza que padecen estas poblaciones; e) es evidente que las respuestas organizadas para hacer frente a las condiciones de salud/enfermedad de estas poblaciones (respuestas *folk*, respuestas biomédicas o de cualquier otro tipo, si las hay), no son suficientes; es necesario cuestionarlas; y estos cuestionamientos deben dirigirse, inclusive, a la eficacia misma de las prácticas; f) estos trabajos culturalistas no contribuyen a este análisis, ni a estos cuestionamientos, ni a modificar las respuestas para hacer frente a estas adversas condiciones de vida y de muerte de la población "objeto" de sus estudios; g) en su defensa, los enfoques culturalistas pueden argumentar que no es su responsabilidad contribuir a modificar las condiciones de salud/enfermedad de las poblaciones que estudian, sino describirlas y coadyuvar a la comprensión de las mismas.

bajas, y la desnutrición (Freyermuth 1993; Meneses 2000; Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2000[98])[99].

Basta una mirada comparativa a cifras recientes de las principales causas de mortalidad en Los Altos de Chiapas y en el resto de la república para plasmar la magnitud de las profundas desigualdades en salud que padecen los habitantes de la región, y para resaltar la importancia de estudiar y comprender la dinámica y los determinantes profundos de esta situación, incluyendo, por supuesto, la interacción de las instituciones públicas que brindan servicios de salud y la población indígena a la cual se dirigen.

Mientras que en el ámbito nacional las seis principales causas de mortalidad general corresponden a enfermedades crónico-degenerativas y accidentes (enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes, enfermedades del hígado, enfermedades cerebro-vasculares), en la región de Los Altos las seis principales causas de mortalidad corresponden a enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias (como la influenza y la neumonía), patologías prevenibles en buena medida, y de mortalidad altamente evitable con una atención adecuada y oportuna.

El ejemplo de la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales resulta un indicador útil para hablar de la cobertura y la calidad que tienen los servicios de salud,[100] pues la gran mayoría de las veces estas nosologías son curables con medidas terapéuticas sencillas y altamente efectivas, siempre y cuando los casos sean atendidos con oportunidad, de lo contrario las consecuencias pueden resultar fatales. El cuadro 6 nos muestra comparativamente las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales para el año 2001 en el ámbito nacional, estatal, y en la región de los Altos.

---

[98] Los datos estadísticos de las principales causas de morbilidad y mortalidad por jurisdicción y municipio pueden consultarse en la página de internet, www.salud.chiapas.gob.mx

[99] Las principales enfermedades *folk* o de filiación cultural son el *komel* ("susto"), *il k'op* ("los malos deseos"), *ch'ulelal* ("enfermedad del alma"), *bík'ta ch'ulelal* ("la gran enfermedad del alma"), *chonbil ch'ulelal* ("enfermedad del alma causada por su venta").

[100] No debe perderse de vista que los determinantes de las condiciones de salud-enfermedad son múltiples y no se restringen a los sistemas de salud o la organización de la atención. Una clasificación incluyente de los múltiples determinantes de la salud debe considerar el ambiente, la organización social, los niveles de riqueza, la estratificación social, la ocupación, las condiciones y estilos de vida, etc. Para el caso de la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales, al que nos estamos refiriendo, es importante tomar en cuenta que las condiciones de pobreza, la falta de agua potable y drenaje, además de otros factores ambientales, tiene una influencia importante en su elevada incidencia. Para ubicar estas condiciones en Chiapas y la región de Los Altos véase los subtítulos “Preámbulo: cifras del rezago social” y “Los Altos de Chiapas”, en este mismo capítulo.

Cuadro 6.

Tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en el 2001

Nacional*	Estatal**	Los Altos**
4.9	14.7	20.5

Elaboración propia.

Fuente: *INEGI/SSA. CGPE Dirección General de Evaluación de Desempeño.

** Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE-10).

Tasas por 100 mil habitantes.

¿Qué se desprende de la comparación de estos datos? Primero lo evidente: demuestran con claridad una desigual distribución de mortalidad. En Los Altos la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales es cuatro veces mayor que en el resto del país, y aunque con el resto del estado la diferencia no es tan marcada, de cualquier manera es significativa, casi seis muertes más por cada 100 mil habitantes. Segundo, estos datos deben hacernos pensar en problemas de cobertura (exigüidad de la cobertura), ya sea por falta de recursos suficientes (infraestructura, personal, médicamentos) o que se dificulte el acceso a los mismos (por barreras geográficas, económicas, de organización o culturales). Por último, si concedemos que los recursos existen, son accesibles y se utilizan, esta elevada mortalidad por infecciones intestinales –repito: evitable las más de las veces con medidas sencillas y baratas- debe motivar a examinar que la calidad y adecuación de los servicios ofrecidos es mínima.

Otro ejemplo elocuente es el de la mortalidad por tuberculosis pulmonar. Para el año 2001 este padecimiento no aparece entre las veinte principales causas de muerte en el ámbito nacional, mientras que en el estado de Chiapas, durante el mismo año, la tuberculosis pulmonar tuvo una tasa de mortalidad de 7.2, ocupando el treceavo lugar de mortalidad general; sin embargo, en Los Altos la mortalidad por esta patología tiene una tasa de 8.2 personas por cien mil habitantes, ocupando el onceavo lugar de mortalidad general (ISECH, 2002). Incluso en algunos municipios alteños como es el caso de San Juan Cancuc, en el mismo año 2001, la tuberculosis pulmonar fue la primera causa de mortalidad general con el 20.9% del total de las muertes registradas (ISECH, 2002).

¿Dicen algo estas cifras? Sí. Que los servicios públicos de salud no están presentes, que no cubren a esta población. O, si están presentes, por alguna razón no se accede a ellos y no se utilizan. O sí efectivamente existen y se utilizan, no resuelven la condición (tuberculosis), acaso por la baja capacidad resolutiva y calidad de los mismos (en la búsqueda, el diagnóstico, el tratamiento y

el seguimiento de los casos). Si leyéramos entre líneas a través de estas cifras, deletrearíamos: desigualdad.

Podemos suponer que, tanto para los casos de infecciones intestinales como para los de tuberculosis pulmonar, la mortalidad pudo evitarse considerablemente con atención médica alopática adecuada y oportuna (y a bajo costo, para tranquilidad de la quisquillosa macroeconomía). En este punto emergen de inmediato algunas preguntas ¿cuáles son los factores que influyen en estas condiciones de mortalidad diferenciadas?, ¿por qué prevalecen tasas de mortalidad tan elevadas por padecimientos infecciosos curables?

La salud – enfermedad tiene una amplia multicausalidad,[101] y su análisis serio necesita tomar en cuenta la mayor cantidad posible de estos factores determinantes. Sin duda, las condiciones de precariedad económica[102] y la falta de servicios de saneamiento básico y de agua potable ejercen una enérgica influencia en la elevada incidencia de infecciones intestinales (Meneses 2000:44-65). Sin embargo, las explicaciones para la elevada mortalidad por este y otros padecimientos también deben buscarse en las respuestas que se organizan para enfrentarlos. Estas respuestas dependen tanto de la población -a través de prácticas de autoatención o de búsqueda de opciones de atención- como de la organización de los sistemas de salud en los que participa el gobierno (en su gerencia, financiamiento y operación).

Caben algunas consideraciones respecto a los sistemas de salud en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas. Se ha señalado cierto desencuentro entre los prestadores (normalmente mestizos) de los servicios públicos de salud y la población indígena alteña a quienes se dirige la atención; esto se traduce en un obstáculo para la accesibilidad y explica –por lo menos parcialmente- la poca utilización que se hace de dichos servicios. Lo anterior seguramente influye como uno más de los factores determinantes del perfil epidemiológico regional (Freyermuth, 1993). Es menester profundizar en el estudio de la dinámica de la relación interétnica entre prestadores y usuarios de los servicios de salud; el presente trabajo adelanta en esta labor.

---

[101] Podemos hablar de determinantes básicos como las características de la población, el medio ambiente, la carga genética y la organización social; en el nivel estructural podemos mencionar los niveles de riqueza y su redistribución, la estratificación social y estructura ocupacional; también encontramos influencia de factores culturales y de los sistemas de salud.

[102] Los enfoques de Economía Política en antropología o de Antropología Médica Crítica hacen énfasis en los impactos, directos o indirectos, de las condiciones macro económicas en el bienestar familiar e individual, incluyendo por supuesto, la salud- enfermedad, véase Paul Farmer (1999), *Infections and Inequialities*; Guillermo Bonfil (1962) *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán;* Eduardo Menéndez (1981), *Poder, estratificación y salud.*

Las propias autoridades sanitarias han reconocido dificultades en su quehacer al ofertar sus servicios en el contexto indígena regional. Por ejemplo, en 1992 estadísticas oficiales revelaban que sólo 13.4% de la población abierta en el estado utilizaba los servicios de salud destinados a ella, en contraste con el 48.8% que los solicitaba en el ámbito nacional (Salvatierra, 1992 en Freyermuth 2000:25). En Los Altos el caso de la mortalidad materna es significativo. En un estudio retrospectivo que abarcó un largo periodo de la década anterior, se puso de manifiesto que de las mujeres que murieron por alguna causa relacionada a la maternidad, solamente el 10% acudió a los servicios de salud de la medicina alópata (Freyermuth 2000:25). ¿A qué se debe la poca utilización de los servicios públicos de salud?

Conocer los antecedentes de la interrelación de las instituciones de salud gubernamentales con la población indígena de los Altos de Chiapas puede ayudarnos a comprender la situación actual de dicha interacción.

Durante la primera mitad del siglo veinte, la atención médica alópata en los Altos de Chiapas se concentraba en dos hospitales de caridad administrados por la Iglesia católica, ambos ubicados en San Cristóbal de Las Casas, ciudad habitada, como ya se ha mencionado, por la elite ladina gobernante heredera privilegiada del poder en el marco del proceso dominical (cfr. Aguirre 1967). La precariedad de recursos con que contaban aquellos nosocomios, aunados a las dificultades de accesibilidad geográfica y económica de la población indígena -que generalmente acudía a los establecimientos en estados graves de enfermedad-, propiciaba que la mortalidad intrahospitalaria de pacientes fuera muy elevada. Esto contribuyó a generar una mala reputación de la práctica médica que se brindaba en estos sanatorios, que entre los indígenas de Los Altos eran concebidos "como sinónimo de antesala de la muerte" (Freyermuth 1993:35), estigma que conservan los hospitales entre algunos indígenas hasta el día de hoy (Page 2002:52).

Las primeras acciones que emprendió la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, hoy Secretaría de Salud) en Chiapas en la década de 1940, se desprendieron a partir de programas específicos, tendientes a eliminar enfermedades transmitidas por artrópodos, vectores de enfermedades como el paludismo, la fiebre amarilla, el dengue, la oncocercosis y el tifo; así como algunas enfermedades prevenibles por vacunación como la viruela, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión y la difteria, entre otras (Freyermuth 1993:35; Page 2002: 52). En los albores de estas intervenciones sanitarias en Chiapas es claramente notable la difícil relación entre la medicina alópata institucional y la población indígena. Es el caso de la introducción de las ya mencionadas

campañas de vacunación que impulsó la SSA en municipios de Los Altos –en Zinacantán, Urich Köhlber calificó estas acciones como "prepotentes y arbitrarias" (Köhlber, 1975, en Freyermuth 1993:35)- o durante las campañas de fumigación domiciliaria con *diclorodifeniltricloroetano* (DDT) -para eliminar artrópodos que actúan como vectores en la transmisión de infecciones-, las acciones realizadas generaban miedo y rechazo por parte de la población indígena.[103]

A decir de Page, conocedor de primera mano de la acción indigenista implementada desde el Centro Coordinador del Instituto Nacional Indigenista (INI) en los Altos, la atención médica dirigida a esta población en gran medida estaba "encaminada a quebrantar la visión indígena del mundo y a erradicar las prácticas médicas tradicionales" (2002:52), actitud violenta que atentaba directamente contra núcleos centrales de las representaciones indígenas del mundo (Abric 2001 [1994]: 20 – 23)

En años recientes la relación no ha sido más afortunada. A partir del conflicto político, militar y social, evidenciado en la entidad en enero de 1994 con la emergencia del Ejercito Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), las tensiones y desencuentros en la relación de la población indígena con las instituciones del gobierno se han agudizado. La operación de los servicios públicos de salud se ha visto implicada en dinámicas tórpidas que les ha valido mayor desprestigio.

En febrero de 1997 durante el "*Primer Foro Encuentro de Promotores y Agentes de Salud*" en la comunidad de Moisés Gandhi, municipio de Ocosingo (o municipio autónomo de Che Guevara), promotores de salud indígenas denunciaban casos de esterilizaciones forzadas y condicionamiento de la utilización de los servicios públicos de salud, en el marco de una estrategia contrainsurgente puesta en marcha por el gobierno mexicano en contra de la base social del EZLN. Apoyados en estos argumentos (de la contrainsurgencia) varias comunidades indígenas se han declarado en resistencia y han optado por la autoexclusión, al declinar utilizar los servicios públicos de salud y rehusar favorecerse de otros programas de bienestar social[104] (Declaración de Moisés Gandhi 1997; CIEPAC 2001).

---

[103] El testimonio del promotor de la sección de salubridad del Instituto Nacional Indigenista (INI), Manuel Cruz Ton, encargado de la aplicación domiciliaria de DDT, ejemplifica lo anterior: "(cuando llegábamos) a alguna comunidad a fumigar, lo común era encontrar el caserío vacío, debido a que la gente se ocultaba mientras se realizaba la fumigación". La población tenía miedo (Page 2002:53).

[104] Aunque también deben considerarse otros aspectos que contribuyen a su resistencia y autoexclusión de los servicios de salud: el fracaso de las negociaciones para una "Paz con Justicia y Dignidad" entre el EZLN y el gobierno federal; el incumplimiento de los Acuerdos de San Andrés; el apoyo de numerosas ONG con proyectos de salud en comunidades dentro de la zona de conflicto; la autogestión en salud y la reinvención de identidad a partir de lo local (ver Appadurai 2001; de la Peña 1999, 2003 [en prensa]).

En 1999 la organización médica estadounidense *Physicians for Human Rights*, documentaba actos de discriminación - por motivos de filiación política - en los servicios públicos de salud dirigidos a usuarios indígenas procedentes de la "zona de conflicto" (PHR 1999:43-46). Ese mismo año se exhibían más casos de esterilización forzada contra mujeres indígenas en los hospitales del IMSS-Solidaridad de Altamirano y Ocosingo (Kirsch y Arana 1999).

Pero más allá de los desencuentros de la población indígena y las instituciones, también en la relación micro entre usuarios indígenas y médicos alópatas mestizos se ha gestado un profundo distanciamiento y conflicto. Esto ha dado lugar a nuevos estereotipos locales de "médico mestizo" y "paciente indígena".

A principios de la década de los noventa, las instituciones de salud gubernamentales reconocían que uno de sus principales problemas de recursos era la falta de médicos dispuestos a laborar en las comunidades indígenas del estado. Los pocos médicos que aceptaban estos puestos de trabajo en el ámbito indígena, hacían hincapié en las difíciles condiciones laborales: el aislamiento, la falta de servicios, la extrañeza frente al Otro, etc. Esto se reflejaba en su poca adaptación a la vida de la comunidad. Era común que algunos médicos solicitaran cambios de localidad de trabajo, con la esperanza de llegar a una comunidad en dónde "les fuera mejor". Pero paradójicamente, esta elevada movilidad laboral no favorecía una mejor interrelación médico – comunidad, ya que generalmente esta relación duraba cortos periodos (Freyermuth 1993:47-48). Por otro lado, el rechazo de médicos por trabajar en el contexto indígena y su continuo recambio también influyen negativamente sobre la calidad de la atención; los centros de salud ubicados en estas localidades suelen ser ocupadas por médicos pasantes egresados de la universidad con bajos promedios –pues quienes tienen mejores notas tendrán oportunidad de elegir otras plazas "mejores"[105]- y con conocimientos y habilidades precarios.[106]

[105] Debe mencionarse que actualmente hay médicos pasantes egresados de diversas universidades (UNACH, La Salle, UNAM, UAM-X, UABJO, entre otras). Durante varias entrevistas que sostuve con médicos pasantes, algunos de ellos –egresados de una universidad del DF- comentaron que eligieron el realizar su pasantía en el estado de Chiapas porque la otra opción que tenían era en localidades del estado de Hidalgo, "y aunque Hidalgo queda más cerca del DF, las clínicas en dónde nos querían mandar ni tienen carretera… Aquí (en Chiapas), por lo menos llegas en carro y estás a una hora de San Cristóbal… está mejor" (entrevista realizada a un médico pasante que realiza su servicio social en una clínica del ISECH en Los Altos de Chiapas, octubre del 2004), (Freyermuth, G; Meneses, S, 2004).

[106] En la comunidad de Santo Tomás, municipio de Las Margaritas, se ha registrado un caso elocuente de lo anterior. Diversos pobladores de la localidad se quejaban del ausentismo y la mala atención ofrecida por el médico pasante de la clínica. Al preguntársele sobre esta situación al encargado jurisdiccional, respondió que este médico era el único dispuesto a trabajar en aquella

Cabría preguntarse ¿qué factores determinan que los médicos no deseen laborar en las comunidades indígenas dónde las condiciones de salud son tan adversas? Para responder a esta pregunta Alarcón y Freyermuth (1989) realizaron una encuesta a médicos de campo de la Jurisdicción Sanitaria # 2. Las principales respuestas de los médicos, argumentaban que en las comunidades indígenas había poca demanda y utilización de los servicios asistenciales que ellos ofrecían, además de la escasa organización y participación comunitaria en los programas de promoción a la salud, saneamiento ambiental y educación para la salud; enfatizaban "las (difíciles) condiciones de vida en las comunidades dónde se ubican las clínicas, sin servicios básicos y de difícil acceso", además de la ansiedad generada por el desconocimiento de la lengua y la cultura indígena de la región, lo que llevaba a algunos médicos a expresar que "la gente es difícil", renuente y poco participativa (*Ibíd.*1993:48)[107].

Pero quizá existan otras razones, no explicitadas, que obstaculicen la relación en el encuentro médico.

Si enmarcamos esta relación en la estructura general de las relaciones interétnicas regionales, quizá encontremos algunas pistas que ayuden a explicar las dificultades y obstáculos que experimenta la relación entre el médico alópata mestizo y la población indígena.

Aceptando que en general las relaciones entre indígenas y mestizos se han caracterizado por una mezcla de discriminación, desprecio, paternalismo, temor, resentimiento, envidia, odio y racismo, cabría preguntarnos cómo se expresan estos estados de ánimo y actitudes en el marco de la relación médico/paciente. Considero que esta faceta de las relaciones interétnicas regionales aun no han sido suficientemente estudiadas,[108] aunque podemos encontrar algunas menciones laterales al respecto.

Por ejemplo, el trabajo de Freyermuth (2000) sobre muerte materna en Chenalhó, que aborda las relaciones interétnicas como factores constitutivos de riesgo durante el periodo de maternidad en mujeres indígenas, menciona marginalmente la presencia de discriminación y racismo en la relación médico/paciente.

---

comunidad; nadie más aceptaba permanecer en esa plaza (comunicación verbal con el Dr. Héctor Javier Sánchez).

[107] Datos tomados de la encuesta realizada por Rafael Alarcón y Graciela Freyermuth a 33 médicos encargados de unidades médicas rurales (UMR) de las zonas Valles y Altos de Chiapas (en Freyermuth 1993:48).

[108] No se compara con la extensa producción que existe sobre las relaciones interétnicas en el marco de relaciones económicas o educativas, por mencionar solo dos ejemplos.

También Magaña (2002) ha hecho referencia, aunque de manera un tanto anecdótica, a las relaciones interétnicas con cargas de discriminación y racismo en el escenario de la consulta médica. El investigador recoge el testimonio de un médico general del ISECH[109] en San Cristóbal de Las Casas:

"En lugar de estar pensando en el mal de ojo o la brujería, estos indios deberían de bañarse, clorar su agua y tener más responsabilidad en las medidas higiénicas que nosotros les recomendamos y en las que queremos que participen para mejorar su calidad de vida" (Magaña 2002:212).

Las representaciones de inferioridad cultural del Otro en la visión del médico citado son evidentes en la utilización del calificativo "indio", comúnmente usado en tono despectivo, y en la asignación de un papel infantil al indígena, denotándolo como sujeto que debe guardar obediencia de las indicaciones autorizadas -las del médico- para su propio beneficio, suponiendo que el "indio" es incapaz de elegir razonablemente.

Los propios pacientes indígenas reconocen esta situación. Otra persona entrevistada por Magaña explica:

"era tiempo de conflicto, (…), como indígena no te atendían bien y solamente a los que tienen dinero o los que son ricos lo atendían bien y todo eso. A un indígena de todos los que estaban ahí, realmente yo vi que era una discriminación ahí" (Magaña 2002:206).

Estas breves referencias a la discriminación y racismo en el marco de la relación prestador – usuario de los servicios públicos de salud, alertan sobre la necesidad de poner más atención a esta situación particular, máxime cuando dichas actitudes inciden negativamente en las de por sí desfavorables condiciones de vida y muerte de la población indígena de Los Altos.

El presente trabajo profundiza en el estudio del encuentro médico interétnico entre prestadores y usuarios de los servicios públicos de salud en el ámbito indígena. La reflexión y el análisis nos permitirán ahondar y entender las dinámicas de este posible desencuentro.

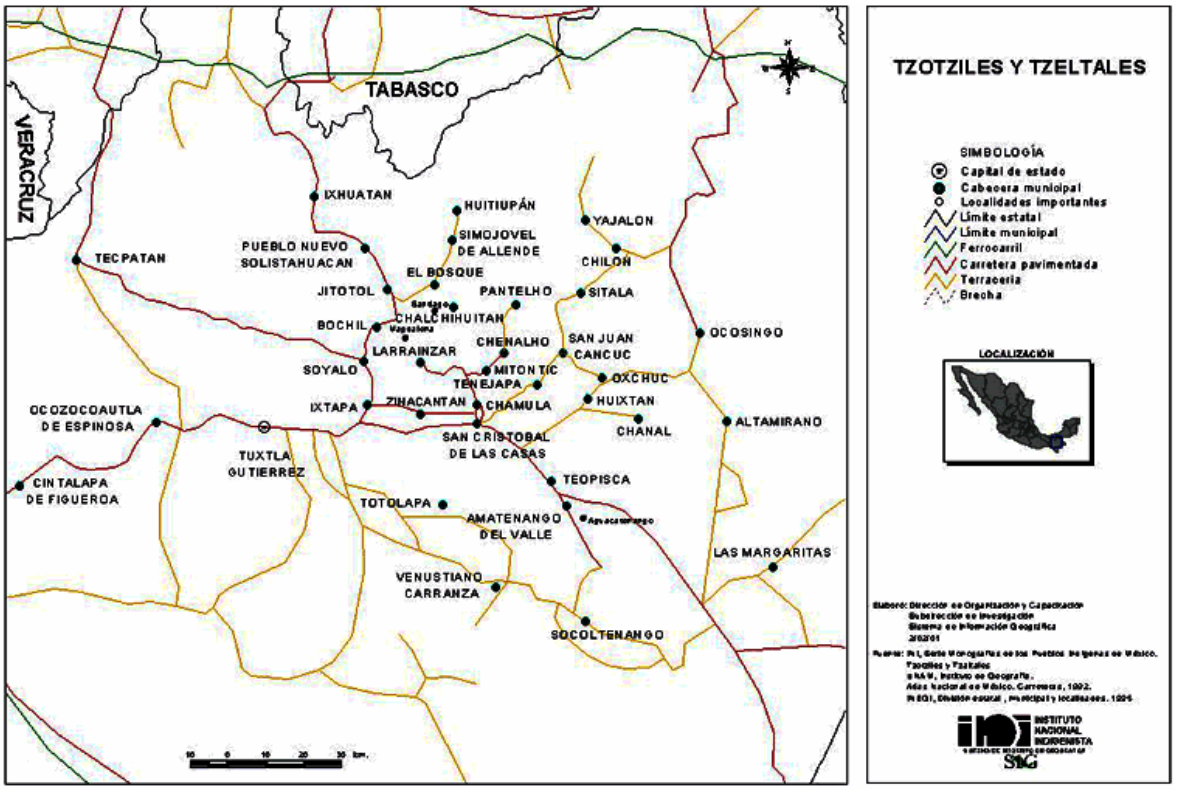
[109] ISECH, Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

ÁREA DE ESTUDIO: CHENALHÓ

El municipio de Chenalhó se ubica en la parte central de la región de Los Altos de Chiapas. Colinda al norte con los municipios de Pantelhó y Chalchihuitán, al este con San Juan Cancuc y Tenejapa, al sur con Tenejapa, Mitontic y Chamula, y al oeste con Chamula y Larráinzar (mapa 4).

Es uno de los cuatro municipios con mayor número de habitantes en Los Altos –precedido por Chamula, Oxchuc y San Cristóbal de Las Casas- y está clasificado como de muy alta marginación (CONAPO, 1993, 1998). Tiene una extensión territorial de 112.52 km^2 y una densidad poblacional de 243 habitantes por km^2. Cuenta con 91 localidades, ninguna de las cuales supera los 2500 habitantes y el 82% de las mismas (75 localidades) tienen menos de 500 habitantes (INEGI, 2000)

Según el Censo General de Población y Vivienda del año 2000, el municipio de Chenalhó tiene una población total de 27,331 habitantes (INEGI, 2000), el 95.5% de ellos son hablantes de alguna lengua indígena, principalmente tsotsil, con un grado de monolingüismo (en lengua indígena) del 66.1% de los mayores de 5 años (INI-CONAPO, estimaciones según INEGI, 2000).



Mapa 4. Ubicación de Chenalhó en Los Altos de Chiapas

El 42.6% de la población mayor de 15 años del municipio es analfabeta. Advertir el promedio de analfabetismo por sexo revela profundas desigualdades genéricas; por cada hombre analfabeta hay casi dos mujeres en la misma condición.[110]

El 87.7% de las personas ocupadas son campesinos, principalmente orientados a la producción para el autoconsumo familiar; 3.8% de la población económica se dedica a la elaboración de artesanía o a trabajo obrero; el 1.29% son comerciantes; 1.12% son maestros y 0.7% son choferes de transporte público.

El 84.85% de las viviendas tienen piso de tierra; 81.69% están hechas con paredes de madera, bajareque, carrizo, lámina o algún material de desecho y 84.11% no cuentan con drenaje.

El 45% de la población no cuenta con energía eléctrica; 56% no dispone de agua entubada en su vivienda (44% sí dispone de agua entubada, pero no potable) y 95% de la población utiliza leña como combustible para cocinar.

Estas precarias condiciones en la construcción y saneamiento de la vivienda favorecen la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias, patologías que en su conjunto producen el 40% del total de defunciones en el municipio (Freyermuth, 2000:72).

La localidad más poblada es la cabecera municipal, San Pedro Chenalhó, a unos 45 kilómetros de San Cristóbal de Las Casas a través de un camino asfaltado que llega hasta la cabecera municipal de Pantelhó,[111] y por el que circulan todos los días desde temprana hora y hasta las seis o siete de la tarde varios taxis y camionetas (combis o camiones de redilas) de transporte público.

La cabecera municipal de Chenalhó es la sede de los poderes civiles y religiosos. Ahí se localiza el palacio municipal dónde se encuentra el registro civil, la hacienda municipal, la cárcel, además de la oficina del presidente constitucional del municipio.

Las autoridades municipales están conformadas por el presidente municipal, el síndico, el regidor y los *mayoles* (quince por cabildo y son nombrados por elección en asamblea en cada comunidad). A las ex autoridades se les otorga el título de *pasaroetic* (pasados) y son autoridades *de facto* que gozan de prestigio y reconocimiento social. De hecho, cuando las autoridades municipales se enfrentan a acontecimientos particularmente delicados, los *pasaroetic* pueden ser convocados por el presidente municipal en turno para discutir el asunto en cuestión.

[110] 28.46% de los hombres y 56.06% de las mujeres son analfabetas en el municipio (INEGI, 2000).
[111] Este camino asfaltado fue construido a principios de la década de los noventa.

Frente al palacio se encuentra la plaza central donde se instala el mercado público todos los domingos. Ahí se realiza la compra, venta e intercambio de los principales productos agrícolas y de enseres domésticos y para el trabajo. Frente a la plaza central también se encuentra la iglesia católica, hogar del Santo Patrono que da nombre a los habitantes del municipio, San Pedro.[112]

La cabecera municipal cuenta con escuela primaria, secundaria y bachillerato con estudios técnicos;[113] un centro de salud de la SSA con dos médicos (un pasante y un médico de base); y algunos comercios como fondas, dos posadas, papelerías, farmacias, tiendas de abarrotes, tortillerías y varias cervecerías, principalmente. El centro de San Pedro cuenta también con servicios de drenaje, luz eléctrica, agua entubada (no potable) y teléfono. Hay dos rutas de transporte público que salen aproximadamente cada media hora a San Cristóbal de Las Casas y Pantelhó.

La dieta común del *chenalhero*, al igual que el resto de la población indígena de Los Altos, esta basada en el maíz[114] en forma de tortilla o pozol, principalmente. Los frijoles, en cualquier variedad de preparación, también son parte medular de la dieta. Suele consumirse con frecuencia huevo, algunas frutas de temporada y cierto tipo de verduras como la hierbamora, la calabaza y el chayote. La carne de res y de pollo se consume de manera muy esporádica; comúnmente se reserva para ocasiones de fiesta. Los lácteos no forman parte de la dieta del *chenalhero.* Es muy común, también, el consumo de refrescos, dulces y frituras (los llamados alimentos chatarra). El consumo de bebidas alcohólicas –cerveza y posh- también es una práctica muy extendida y común, principalmente entre *chenalheros* tradicionalistas y católicos.[115]

El vestido típico de las mujeres *chenalheras* consiste en una falda azul marino –de hechura local- adornada con una discreta cintilla de colores bordada a todo lo ancho, a la altura de la cadera, además de una blusa con un bordado multicolor característico que ellas mismas elaboran. En ocasiones las *chenalheras* cubren su espalda y cabeza con un rebozo bordado. Las mujeres más jóvenes suelen usar calzado de plástico. Las niñas y ancianas suelen andar descalzas. Actualmente

[112] A los *chenalheros* que durante la administración religiosa colonial se les asignó a San Pedro como santo patrono, se les reconoce como *pedranos.*

[113] El CECYTECH, Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Chiapas. Destacan los estudios técnicos en enfermería y en salud comunitaria que se imparten en este plantel. De hecho, algunos de los egresados de estas carreras técnicas son jóvenes indígenas que suelen hacer su servicio social en alguna de las unidades de salud en la región, aunque después de dicho periodo no es usual que se les contrate para continuar su trabajo en estas unidades.

[114] Jacinto Arias (1975:23-33) describe la importancia primordial del maíz en la cosmovisión del *chenalhero.*

[115] En general los *chenalheros* protestantes procuran abstenerse del consumo de alcohol, ya que sus creencias religiosas les prohiben incurrir en esta conducta. Sin embargo suelen presentarse excepciones. Los zapatistas también tienen prohibición expresa de consumir bebidas alcohólicas, pero es relativamente común que zapatistas no protestantes beban alcohol hasta la embriaguez.

los hombres visten pantalón y camisa a la usanza occidental o playeras con estampados de todo tipo,[116] es poco frecuente observar a hombres con el tradicional traje blanco de manta (llamado *jalbolal K'uil* en lengua tsotsil).

La población de Chenalhó registra uno de los mayores dinamismos migratorios. Muchos *chenalheros* actualmente se encuentran viviendo o trabajando de manera temporal en San Cristóbal de Las Casas, Tuxtla Gutiérrez, Isla Mujeres, Cozumel, Ciudad de México o Guadalajara.[117]

Relaciones interétnicas en Chenalhó

Chenalhó es uno de los municipios de Los Altos donde se registra con mayor frecuencia diversas relaciones interétnicas. En su territorio conviven grupos sociales mutuamente diferenciados, más allá de la división genérica de indígenas y ladinos. Los propios grupos indígenas se diferencian en magdaleneros (de Magdalena), marteños (de Santa Martha), chamulas (de Chamula), tseltales de Tenejapa y el grupo ampliamente mayoritario, los pedranos. Todos ellos se reconocen como chenalheros, es decir, residentes de Chenalhó, pero se distinguen en el vestido, algunas variantes dialectales del tsotsil y en la devoción principal a diferente santo patrono.

Además, el territorio de Chenalhó suele ser visitado por indígenas de municipios aledaños como Chalchihuitán, Pantelhó y, en menor medida, de comunidades orientales de Cancuc. En general las relaciones interétnicas entre estos grupos indígenas no suelen ser motivo de fricciones y disputas, a pesar de que la violencia es un recurso frecuente en la resolución de conflictos entre la población local.

En los poblados más grandes de Chenalhó, como la cabecera municipal y *Yabjteclum*,[118] se asientan algunos pobladores mestizos[119] e indígenas ladinizados, además de población migrante de otros municipios del estado o del país.[120]

---

[116] Son muy comunes entre adolescentes y jóvenes las playeras de equipos de basquet bol (de la liga profesional de Estados Unidos NBA -National Basketball Asociation-, como Los Toros de Chicago, los Lakers de Los Angeles, los Soles de Phoenix, etc.), de grupos musicales (el TRI, los Temerarios, los Tigres del Norte, Metallica), del EZLN y el Subcomandante Marcos (aun entre jóvenes de filiación priístas) o lo que dicte la moda local, como el caso de las playeras estampadas con el rostro del conocido terrorista Osama Bin Laden, lanzadas al mercado local con gran éxito a finales del 2001 y principios del 2002 (por esos mismos días se puso de moda en la región de Los Altos el corrido de Osama Bin Laden, compuesto por el afamado músico tseltal Filiberto Remigio)

[117] Conozco varios casos de migración a cada uno de estos destinos.

[118] *Yab jteclum* significa lugar del Pueblo.

[119] Algunos mestizos del municipio me han comentado que después del levantamiento del EZLN varios propietarios ladinos fueron despojados de sus tierras violentamente y otros más fueron

Esta población mestiza o ladinizada se distingue en su forma de vestir –sin la indumentaria tradicional-, de hablar –en español, aunque muchos de ellos hablan también tsotsil y tseltal como segundas lenguas- y en las actividades y condiciones económicas, pues la mayoría de los mestizos se dedican al comercio y gozan de una mejor posición económica (a pesar de que la mayoría de ellos no escapa de una vida materialmente pobre).

"En Chenalhó se tienen distintas referencias de lo que es 'el mestizo' y de la relación de los mestizos con los indígenas; algunas de estas referencias parten de experiencias concretas y otras han sido socialmente construidas" (Freyermuth, 2000:10)[121]. Algunas etnografías de la región señalan que las representaciones sociales del indígena sobre el mestizo o el ladino se caracterizan por desconfianza, temor, resentimiento e, incluso, odio (Guiteras, 1961:24-29;[122] Rubín, 1938).

No todos los actores mestizos o ladinos involucrados en estas relaciones interétnicas son habitantes del municipio, muchos de ellos llegan de San Cristóbal de Las Casas, Pantelhó, Tuxtla Gutiérrez, de otros estados de la república mexicana e incluso de otros países. Los ámbitos de estas relaciones se restringen principalmente a aspectos comerciales, laborales, profesionales, proselitistas o de prestación de servicios.

La mayoría de los comerciantes son mestizos de poblados vecinos, que recorren en camionetas las comunidades del municipio vendiendo diversos productos: electrodomésticos, ropa, medicinas, enseres domésticos y de trabajo, etc. También los compradores de café (coloquialmente llamados coyotes) son ladinos que recorren en camioneta las comunidades del municipio durante la época de la cosecha, comprando grandes cantidades del grano. Normalmente la relación de los indígenas con estos personajes está plagada de recelos y suspicacias, ya que el

---

presionados a venderlas. Muchos ladinos inclusive vendieron o abandonaron sus propiedades en la cabecera del municipio y se mudaron a San Cristóbal o Pantelhó.

[120] Ya se trate de migrantes temporales o definitivos. Ente los primeros encontramos a militares, policías de seguridad pública, miembros de Iglesias (misioneros) y de ONG. Entre los segundos encontramos principalmente a mujeres que se han casado con hombres *chenalheros*; he conocido mujeres de Tapachula, Bochil, El Bosque, Tabasco, Durango, Distrito Federal y de Estados Unidos (este último caso me fue platicado por varios informantes).

[121] Véase, "Relaciones interétnicas en Los Altos de Chiapas: la recreación de una sociedad de castas", en este mismo capítulo.

[122] Guiteras (1961) señala que el principal sentimiento del ladino hacia el indígena es de menosprecio (p.28), y que a su vez , el indígena odia al ladino. Pero también señala la presencia de un cambio importante en la relación entre indígenas y ladinos: *la anterior situación en que privaba el abuso, la amenaza vaga o proferida y el desasosiego general, ha cambiado a una tolerancia e indiferencia, cuando no a la evitación. El inaguantable peso del poder ejercido por los ladinos, más la presión ejercida por los enganchadores y los secretarios mestizos, a los que apoyaban las mas altas autoridades del estado, han sido superados, hablando de un modo general, aunque siempre existe el temor de que puedan renovarse* (p. 28, 29).

abuso, la ilegalidad, la arbitrariedad y la injusticia son prácticas comunes en estas transacciones comerciales.

Desde 1994 se han instalado varias bases militares y de policías de seguridad pública en la región de Los Altos y particularmente en Chenalhó. El municipio cuenta con cuatro grandes instalaciones castrenses apostadas en las comunidades de *Yabjteclum, Takiukum, Majomut y Acteal*, y varios campamentos de policías de seguridad pública. La opinión que la población indígena tiene respecto de estos actores varía de acuerdo a su adscripción política. Por ejemplo, la población que forma la base social del EZLN o los miembros de la sociedad civil de Las Abejas[123] han manifestado públicamente su inconformidad y rechazo a la presencia militar, señalando a estas fuerza del orden como las responsables de intimidar y dividir a la población; acosar y abusar sexualmente de las mujeres; contaminar y destruir el ecosistema; sembrar, consumir y distribuir drogas; fomentar la prostitución[124] y el consumo del alcohol; y los responsabilizan de entrenar militarmente y armar a grupos de jóvenes indígenas para formar fuerzas paramilitares para violentar a las bases de apoyo social del EZLN y todo aquel que disienta del control político oficial.

Otro sector de la población, comúnmente partidarios del PRI, manifiestan su beneplácito con la presencia militar y policiaca, principalmente para resguardar el orden (supuestamente) amenazado por los simpatizantes zapatistas; también hacen énfasis en los beneficios que reportan para la comunidad las actividades sociales que realizan los militares, como los servicios de salud, el mantenimiento de caminos, el chaporreo en las comunidades, los cortes de pelo, la organización de actividades recreativas los días festivos, el suministro de alimentos preparados, etc.

Otros mestizos que tienen presencia en el municipio son: funcionarios de gobierno como trabajadores de la educación (maestros), de *Telecom,*[125] de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), etc.; miembros de las Iglesias católicas y protestantes, como párrocos, monjas y misioneros;

---

[123] Las Abejas es una organización indígena de Chenalhó creada en 1991 para exigir la excarcelación de algunos dirigentes indígenas injustamente presos. Desde entonces la sociedad civil de Las Abejas ha tenido un papel destacado en la vida política del municipio (véase el artículo "El Vuelo de Las Abejas" de Onésimo Hidalgo en *Masiosare*, No. 6).

[124] Durante mi estancia en la región he comprobado la presencia de mujeres fuereñas ejerciendo el sexo comercial en los alrededores de los campamentos militares. Muchas de estas mujeres son transportadas a las inmediaciones de las instalaciones castrenses en carros o camionetas particulares desde Pantelhó. Varios testimonios de los labriegos constatan esta información y señalan que los militares y policías cuentan con casas especiales, cercanas a los campamentos, dónde tienen sexo con estas mujeres. La dinámica del sexo comercial y sus impactos múltiples (incluyendo los sanitarios) en las comunidades indígenas de la región, es un tema poco explorado que debe profundizarse.

[125] Oficina del gobierno federal encargada de telecomunicaciones, pero que también se encargan de entregar los apoyos económicos del programa Oportunidades.

miembros de ONG nacionales e internacionales; y activistas de organizaciones políticas. En general, la frecuencia y tipo de relación de la población indígena con estos actores suele depender de las filiaciones políticas y religiosas. Por ejemplo, la población zapatista suele tener relaciones continuas y afables con miembros de ONG nacionales e internacionales y con activistas políticos, mientras que la población priísta no tiene mayor relación con estos actores más que observarlos pasar rumbo a las comunidades "rebeldes". Por el contrario, los funcionarios de gobierno no tienen presencia en las comunidades zapatistas, mientras que entre la población no zapatista se muestran con frecuencia.

Otro ámbito de las relaciones interétnicas en el municipio son las que se presentan entre prestadores y usuarios de los servicios públicos de salud, donde generalmente los prestadores son mestizos (muchos de ellos de San Cristóbal) y los usuarios, indígenas. A propósito de esta relación Freyermuth (2000), en su trabajo en Chenalhó, ha documentado la presencia de barreras culturales para la accesibilidad de la población indígena a estos servicios públicos de salud. El presente trabajo ahonda en la caracterización y análisis de estos posibles obstáculos.

Pluralismo político y religioso. Divisionismo y violencia

Chenalhó es uno de los municipios con mayor pluralismo religioso en la región de Los Altos y dónde el catolicismo tiene una de sus más débiles presencias. Tan sólo el 16.77% de la población mayor de 5 años se asume como católica, mientras que el 34.92% se adscribe a alguna denominación protestante o evangélica. El 1.79% practica alguna religión bíblica no evangélica y el 43.28% de la población se declara atea (población que, probablemente, se pueda ubicar en las prácticas religiosas llamadas "tradicionalistas"[126]).

Los Altos ha sido una región marcada por conflictos violentos con motivos religiosos –aunque frecuentemente mezclados con motivaciones políticas- entre grupos de diferentes denominaciones. Son los "tradicionalistas" quienes han dado mayores muestras de intolerancia ante la presencia cada vez mayor de Iglesias protestantes. En la década de 1980 se presentaron algunas expulsiones de presbiterianos y católicos (ligados a la Diócesis de San Cristóbal), en comunidades del municipio controladas por la mayoría tradicionalista, principalmente en Santa Martha. El motivo de disputa era que los presbiterianos rehusaban participar en las cooperaciones económicas, los

[126] "Tradicionalismo", "religión tradicionalista" o "la costumbre" se refiere a un sincretismo entre las reminiscencias de las ideologías y prácticas religiosas precolombinas y el cristianismo impuesto por los colonizadores. De este modo, los dioses de los chenalheros incluyen a La Tierra, *total meil*, El Sol, El Padre Sol, La Luna, La Virgen María, La Madre del Maíz y los santos católicos.

cargos religiosos y las tareas comunitarias. Sin embargo, con la intervención del gobierno del estado estas disputas se resolvieron y los expulsados pudieron retornar a sus tierras (Morquecho, 1992).

Desde la década de los cincuenta del siglo pasado, la Iglesia presbiteriana inició sus actividades proselitistas en Chenalhó, a través de la familia Arias Pérez, originaria de la comunidad de *Chimtic* (Freyermuth, 2000:70). La presencia de otros grupos religiosos ha favorecido la gestación de ciertas transformaciones sociales. Por ejemplo, los presbiterianos han promovido cambios en las formas de concertación del matrimonio, en el consumo de alcohol, en la práctica de la poligamia, en la distribución del gasto en el hogar e, incluso, en formas de atender la enfermedad, aspectos que, sin duda, han modificado las relaciones de género en la comunidad y han acarreado múltiples beneficios para las mujeres y los niños (Freyermuth, 2000:76). Pero no sólo las denominaciones protestantes han incentivado estos cambios, la Iglesia católica también ha tomado posiciones que promueven la participación activa de mujeres y jóvenes en los asuntos públicos (incluyendo los religiosos) de la comunidad. Estos espacios van creando expectativas distintas y han incentivado la organización y participación política de miembros de la grey, con demandas que incluyen aspectos relacionados a la salud / enfermedad / atención.

Pero también el municipio presenta gran pluralismo político. Chenalhó es sede de uno de los principales bastiones civiles del EZLN en la región de Los Altos y donde se encuentra uno de los más famosos y visitados municipios autónomos zapatistas, el de Polhó. Dede 1997 y 1998, el territorio de Polhó ha albergado a miles de familias zapatistas desplazadas de sus comunidades por la tensión y el divisionismo comunitario y los conflictos con grupos paramilitares en el marco de la llamada Guerra de Baja Intensidad.

Estos conflictos pasaron por su etapa más álgida en los años de 1997 y 1998, culminando (por lo menos momentáneamente) con la masacre de civiles, principalmente mujeres y niños, en la comunidad de Acteal el 22 de diciembre de 1997.

Una mirada general a las condiciones, recursos y servicios de salud en Chenalhó

Las condiciones de salud en Chenalhó no son muy diferentes de las que encontramos en el resto de los municipios alteños. Las principales causas de morbilidad y mortalidad general están estrechamente relacionadas a las condiciones de marginación y pobreza. Las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias junto con la desnutrición y deficiencias nutricionales, aportan

casi el 40% del total de defunciones en el municipio y estas mismas patologías concentran casi el 90% de la morbilidad.

Cuadro 7

Principales causas de mortalidad general en Chenalhó para el año 2001

Causa	Porcentaje
Enfermedades infecciosas intestinales	17.78%
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	11.11%
Enfermedades del corazón	6.67%
Influenza y neumonía	6.67%
Accidentes	6.67%
Enfermedades del hígado	5.56%
Tumores malignos	4.44%
Septicemia	3.33%
Infecciones respiratorias agudas	2.22%

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2002

Al mismo tiempo, casi la totalidad de los *chenalheros* carecen de algún tipo de seguridad social, lo que los coloca en una extrema situación de vulnerabilidad y desprotección frente a los frecuentes eventos de enfermedad que suelen acarrear gastos catastróficos y mayor empobrecimiento familiar.[127] Tan sólo el 9.14% de los *chenalheros* son derechohabitentes de algún tipo de seguridad social (principalmente del IMSS o del ISSSTE).

Sin embargo, la Jurisdicción Sanitaria # 2 calcula que el 99.89% de la población (27,302 personas) del municipio está cubierta con un paquete de servicios básicos de salud (ISECH, 2003), mismo que incluye la prevención y atención de la desnutrición, las infecciones respiratorias y las infecciones gastrointestinales, enfermedades que, de hecho, siguen siendo de muy alta letalidad en la región.

[127] Aunque no se ha estudiado el impacto económico de la atención de la enfermedad entre la población indígena de Loa Altos de Chiapas, los datos empíricos demuestran que estos gastos –ya sea que se recurra a las farmacias locales (automédicación), a terapéutas tradicionales o médicos alópatas (públicos o privados)- suelen ser elevados y contribuir al empobrecimiento familiar.

¿Qué podemos pensar de lo anterior? Si, efectivamente, como reconocen las autoridades sanitarias, existe cobertura[128] y accesibilidad (geográfica, económica y organizativa) a los servicios de salud para la población indígena de Los Altos y particularmente del municipio, entonces las anteriores cifras de la mortalidad solamente pueden ser explicadas por dos posibilidades: a) que, concediendo que los servicios sean accesibles en las dimensiones económica, geográfica y organizacional, de cualquier modo no sean culturalmente accesibles, y por ende no se estén utilizando, o b) que la calidad y adecuación de los servicios sea deficiente y de poca capacidad resolutiva.

Si pensamos en la primera posibilidad, que los servicios no estén siendo utilizados a pesar de ser accesibles geográfica, económica y organizacionalmente, sería pertinente averiguar qué factores culturales intervienen obstaculizando la utilización de los mismos. Parte de la explicación puede encontrarse en el tipo de relación que se establece entre usuarios y prestadores de los servicios, en el marco más amplio de las relaciones interétnicas en la región. El presente trabajo explora este elemento.

Si pensamos en la segunda posibilidad, que la calidad y adecuación de los servicios de salud sea deficiente, cabría preguntarnos si estas deficiencias son un rasgo estructural de los servicios de salud cuando se dirigen a grupos sociales subalternos (en este caso, la población indígena), expresando las valoraciones implícitas del sistema de salud (y del Modelo Médico Hegemónico) para con estos sectores (véase la discusión en "Modelos Médicos de Eduardo Menéndez y el caso de Los Altos de Chiapas", en el Capítulo Dos de este mismo trabajo).

Respecto a la infraestructura en salud, la región de Los Altos se encuentra en una situación desventajosa respecto al resto del estado y del país, ya que con 102 unidades de primer nivel de atención (de la SSA y del IMSS *Oportunidades*) distribuidas en su territorio, cuenta con una clínica por cada 4,706 habitantes, lo que significa que debe atender casi a mil personas más por cada unidad de primer nivel de atención, en comparación con el número de personas que atienden las unidades de primera nivel en el ámbito nacional, donde se atienden 3,869 personas por clínica (cuadro 8). Chenalhó tiene una situación excepcionalmente distinta en cuanto a infraestructura; cuenta con una unidad de primer nivel de atención por cada 2,466 habitantes (cuadro 8), lo que en

[128] De cualquier modo, cabe poner en tela de juicio la veracidad del dato oficial que asegura una cobertura de 99.89% de la población con servicios esenciales de salud, pues en el contacto cotidiano con los habitantes de la región es frecuente el hallazgo de varios niños con esquemas de inmunización incompletos, embarazadas que no reciben vigilancia prenatal, enfermos crónicos sin tratamiento, etc.

teoría debe permitir una mejor organización de la atención, mayor accesibilidad y mejor calidad de los servicios, lo que se vería reflejado en un perfil epidemiológico que demostrara la efectividad de sus acciones.[129]

Pero a pesar de las 11 unidades de primer nivel de atención con que cuenta Chenalhó, en los pequeños asentamientos más dispersos, donde no hay medios de transporte o caminos transitables, la movilización de enfermos graves sigue siendo una tarea sumamente penosa y difícil, ya que implica enormes gastos físicos y económicos "pues en muchos casos es necesario cargarlos (a los enfermos) en *mecapal* por veredas, a través de valles y montañas hasta la carretera, con el riesgo de no encontrar transporte para el traslado a su destino final" (Freyermuth, 2000:69).

Cuadro 8

Unidades de primer nivel de atención para población abierta por número de población abierta

Nacional	Chiapas	Los Altos	Chenalhó
Una unidad por 3,869 personas	Una unidad por 3,890 personas	Una unidad por cada 4,706	Una unidad por cada 2,466

Elaboración propia con datos del informe Salud: México 2002, Secretaría de Salud (SSA, 2003) y del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Jurisdicción Sanitaria #2, 2003.

Por otro lado, durante el trabajo de campo realizado para la elaboración del presente trabajo se pudo comprobar que las unidades de salud no siempre cuentan con los recursos humanos suficientes (como el personal médico). De hecho, la regla es encontrar infraestructura de salud que no funciona ni al 50% de su capacidad por falta de recursos, entre ellos, los humanos.[130] El cuadro nueve muestra que a pesar de que Chenalhó tenga una mayor disponibilidad de unidades de salud, es uno de los municipios que cuenta con menos médicos por número de habitantes.[131]

[129] Nuevamente aclaro que no pretendo invocar una visión simplista de la salud / enfermedad / atención que delegue toda la responsabilidad de las condiciones dadas en los sistemas de salud que se organizan para enfrentarles, sin tomar en cuenta otros factores estructurales causales (véase las notas al pie de página # 83, 84 y 85).

[130] Véase el Capítulo Tres en este mismo trabajo.

[131] En Los Altos hay 146 médicos; 81 son médicos generales o familiares; 22 son pasantes y 8 son internos. Esto es un médico de la SSA por cada 5,380.5 habitantes (no se incluyen los médicos del IMSS Oportunidades ni los particulares) A finales del 2003, Chenalhó contaba con 5 médicos de la SSA.

Cuadro 9

Disponibilidad de médicos* del sector público por número de habitantes

Nacional	Chiapas	Los Altos **	Chenalhó**
Un médico por cada 869.5 personas	Un médico por cada 1,315 personas	Un médico por cada 5,380 personas	Un médico por cada 5,466 personas

(*) Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes de las instituciones de salud pública.

(**) Sólo incluye a los médicos de la SSA. No se incluyen los médicos del IMSS *Oportunidades*, ya que no se pudieron obtener los datos correspondientes.

Elaboración propia con datos del informe Salud: México 2002, Secretaría de Salud (SSA, 2003) y del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Jurisdicción Sanitaria # 2, 2003.

Los dos hospitales de segundo nivel para atender a la población abierta de la región se encuentran en San Cristóbal de Las Casas, uno es la Clínica de Campo de IMSS-Oportunidades y el otro es el Hospital Regional de la SSA; ambos aproximadamente a una hora de distancia en carro, desde la cabecera de Chenalhó, pues el municipio no cuenta con hospital.

Chenlahó también es uno de los municipios con fuerte presencia de médicos tradicionales. En 1990 la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH) tenía en Chenalhó el mayor número de socios, entre *j'iloletik* (pulseadores), *jnet'um/jtamol* (parteras), *jtz'ak'bak* (hueseros) y *me'santo* (los que hablan con el cofre parlante). Es común encontrar varios médicos tradicionales famosos y de buena reputación en varias comunidades del municipio.

El *jtz'ak'bak* corresponde al huesero y se dedica, precisamente, al tratamiento de problemas osteoarticulares. El *'j'ilol* se ocupa del tratamiento de la carne y el hueso mediante la curación del espíritu. Su práctica diagnóstica característica es tomar el pulso del paciente. Suele enfrentarse a enfermedades sobrenaturales, del espíritu y prácticas de hechicería. El *me'santo* practica rituales mágico-religiosos relacionados con oráculos y santos parlantes. Este último terapeuta se encuentra con menor frecuencia. La *jnet'um/jtamol* que literalmente significa "la que sostiene al niño", corresponde a la partera tradicional, es quizá la terapeuta *folk* que se encuentra con mayor reiteración.

Existen también en Chenalhó otros actores externos que han realizado acciones de promoción, cooperación o asistencia en salud. Por ejemplo organizaciones internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y sus delegaciones nacionales de España, Alemania y México, que desde 1998 y hasta el año 2003 se encargaban de proporcionar ayuda alimentaria,

vigilancia nutricional y servicios de salud a la población internamente desplazada (refugiada principalmente en los campamentos de Polhó), además de realizar inversiones en obras de saneamiento ambiental y para rehabilitación de la infraestructura de salud en el municipio; Médicos del Mundo Francia, que desde hace cuatro años se ha encargado principalmente de colaborar con redes locales de promotores de salud con financiamiento y capacitación, y en menor medida, también se han dedicado a actividades asistenciales. También están presentes organizaciones nacionales como el Fideicomiso para la Alimentación de los Niños Indígenas de México (FIDEO), que ha implementado programas de asistencia nutricional entre la población internamente desplazada.

Además, las Iglesias católica y protestantes han realizado actividades de promoción y asistencia en salud, principalmente con el fomento de la creación de redes locales de promotores de salud, apoyándolas en su capacitación y financiamiento.

Otros recursos para la salud: *Jloktor ja'jchi'iltak* y redes locales de promotores de salud

Los tsotsiles de Chenalhó suelen llamar *jloktoretik* a los médicos, enfermeras y a los promotores de salud de mayor prestigio. En estos terapeutas reconocen un mismo paradigma basado en el medio farmacológico como recurso fundamental.

Las redes de promotores de salud están formadas por indígenas nombrados por su comunidad -principalmente hombres jóvenes, aunque también pueden haber mujeres y personas de mayor edad- que han sido capacitados para realizar actividades asistenciales y preventivas de salud y que se agrupan en una organización cuya finalidad es procurar el mantenimiento y mejoría de la salud de la población.

Normalmente las redes de promotores de salud están estrechamente vinculadas a otro tipo de organizaciones o instituciones -iglesias, organizaciones políticas, organizaciones civiles, organizaciones no gubernamentales, etc.- con las cuales comparten intereses y compromisos, y con quienes tienen diferentes grados de dependencia, ya que ser miembro de estas organizaciones es parte de la razón de ser de la propia red de promotores de salud; es su fuente de argumentos y recursos (desde ideológicos hasta los económicos).

Las redes de promotores de salud que existen en Chenalhó muestran amplios grados de heterogeneidad en cuanto a los conocimientos y habilidades de sus miembros, su cohesión y sentido

de pertenencia, su experiencia organizativa y el tipo de actividades que realizan, ya que todas ellas han tenido diferentes orígenes y experiencias.[132]

Quizá las redes de promotores de salud que tienen un mayor grado de organización y experiencia en el municipio, sean las de la asociación civil de Las Abejas y las de bases de apoyo del EZLN, las cuales tienen presencia en más de veinte comunidades en la parte norte y noreste, de las 101 localidades del municipio.

La red de promotores de salud de Las Abejas ha alcanzado un grado considerable de desarrollo e independencia. Esta red ha participado en varios encuentros estatales, nacionales e internacionales (en Guatemala y España) de trabajadores locales de salud.

La red de promotores de salud del municipio autónomo de Polhó es una de las más desarrolladas de todos los municipios zapatistas. El salón de capacitación de la Clínica Autónoma Emiliano Zapata, ubicada en Polhó, ha sido nombrado sede de la capacitación de promotores de salud de la región Altos (en lugar del salón de la Clínica Guadalupana en el caracol de Oventic), y son los promotores de salud avanzados de Polhó quienes imparten los cursos de capacitación a los nuevos promotores. Incluso algunos de los promotores de Polhó han sido asignados a otras regiones zapatistas (principalmente en las cañadas) para que se hagan cargo de la capacitación en esos lugares.

Médicos alópatas universitarios, la mayoría de ellos contratados por organizaciones no gubernamentales o miembros de las iglesias católica o protestantes, son quienes suelen brindar la capacitación a los promotores de salud sobre aspectos preventivos y asistenciales para las principales causas de morbilidad y mortalidad presentes en la región. Normalmente también se capacita a los promotores pare el uso de un paquete limitado de médicamentos de uso frecuente para atender las enfermedades más comunes. Así, algunas veces los promotores llegan a tener conocimientos técnicos aproximados a los que tienen los médicos generales que laboran en las instituciones públicas de salud de la región.

Los promotores de salud combinan sus actividades preventivas con las asistenciales. Su trabajo es un cargo vitalicio no remunerado, aunque es frecuente que cobren cuotas de recuperación por los médicamentos que prescriben a sus pacientes. Su posición suele concederles excepciones de participar en otros cargos y trabajos comunitarios. Es posible encontrar también algunos

[132] Considero que el trabajo de documentar y sistematizar la experiencia de las diferentes organizaciones de promotores de salud en Chiapas es una tarea necesaria que permanece pendiente.

promotores de salud vinculados a las instituciones de salud gubernamentales (IMSS *Oportunidades* o ISECH), pero generalmente se les distingue designándolos como "auxiliares de salud".

Pero existe otro terapeuta de gran relevancia en la región que comparte también el paradigma biomédico en que se ubica la práctica de médicos y promotores de salud, el llamado *j'loktor chiltak* (doctor compañero).[133]

Se trata de un indígena –la mayoría de ellos son hombres mayores, no tengo noticias de mujeres- que tuvo orígenes similares a los del promotor de salud, pero que, o bien no se integró a una red de promotores o decidió escindirse de ella, pero ahora tiene su principal actividad económica en el ejercicio de la práctica médica privada y lucrativa que ejerce en su consultorio y en la venta de médicamentos de su farmacia.

Los *jloktor ja'jchi'iltak* suelen ser personas reputadas en la comunidad [y a veces fuera de ella, como el caso del *jloktor ja'jchi'iltik* de la cabecera de Chenalhó, quien atiende a sus pacientes también en su casa en el barrio de San Martín, en San Cristóbal de Las Casas (Freyermuth, 2000:71)] y gozan de una situación económica más favorable. El Capítulo Tres de este trabajo presenta una caracterización más exhaustiva de este significativo personaje.

[133] En la literatura de antropología médica en la región no he encontrado referencias sobre este personaje, a excepción del trabajo de Freyermuth (2000:71) en Chenalhó, donde se le menciona. Los antropólogos Juan García Sosa y Joaquín Ventura Sique, en sus trabajos de campo en el municipio de Oxchuc, también han tenido noticia de la presencia de estos personajes.

CAPÍTULO DOS: Presupuestos, Ejes de Análisis y Lineamientos Teóricos

Introducción al capítulo

En este Capítulo se exponen los presupuestos (o hipótesis) y ejes de análisis que guiaron las indagatorias y discusiones del presente estudio, además del marco teórico y conceptual utilizado.

El orden de las ideas teóricas a que apelo en el capítulo se desarrolla en cinco partes.

Primero se teoriza alrededor de la identidad étnico-racial y las relaciones interétnicas. Para ahondar en este punto es menester hacer algunas definiciones y discusiones. Así, se elaboran definiciones para aclarar los conceptos de "grupo étnico", "raza", "grupo socio-racial", "prejuicio", "estereotipo", "discriminación" y "racismo".

En segundo lugar se exponen las definiciones, fenómenos y dinámicas propios de los modelos médicos propuestos por Eduardo Menéndez (1983), especialmente del Modelo Médico Hegemónico (MMH) y se inicia una discusión sobre las características específicas que confiere el ámbito indígena local a dicho modelo.

En tercer lugar se mencionan brevemente algunas características de los servicios públicos de salud en la situación interétnica y el tipo de intervenciones clínicas posibles en este contexto.

Posteriormente, desde el campo de conocimiento de la salud pública, se explican los conceptos de accesibilidad, utilización y calidad de la atención, referidos a los servicios públicos de salud, categorías que servirán para enmarcar parte de la discusión final, en el Capítulo Seis de este texto.[134]

En último lugar se expone brevemente la teoría sobre prácticas y representaciones sociales (Abric, 2001) que justifica la utilidad y comodidad de su empleo como categorías convenientes en el presente trabajo.

[134] En la cavilación teórica y la construcción de las propuestas referidas, me he nutrido de manera importante de viejas controversias habidas con los doctores David Meléndez Navarro, Rafael Alarcón Lavín, Gabriel Torres y Gonzalo Solís Cervantes; de discusiones recientes –individuales y colectivas- con los compañeros y maestros del grupo de antropología médica; y de manera especial del diálogo fructífero que he tenido con mi mentora, la Dra. Graciela Freyermuth. Sobra decir que ellos comparten crédito en los aciertos posibles de estos planteamientos, pero la responsabilidad de yerros y pifias es completamente mía.

LOS PRESUPUESTOS

En un ejercicio de ruptura epistemológica durante el diseño del protocolo de investigación que derivó en este trabajo, reconocí la existencia de los presupuestos que guiaban mis indagatorias (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1975) y decidí asumirlos como hipótesis de investigación. Las enumero a continuación:

1) Sospechaba que existía estereotipo, prejuicio, discriminación y racismo en los encuentros médicos interétnicos ocurridos en los servicios públicos de salud en Los Altos de Chiapas, y que dichas valoraciones y las actitudes que le acompañan pueden emanar de cualquiera de los actores involucrados hacia el Otro: del prestador mestizo (médico, enfermera, etc.) al usuario indígena y del usuario indígena al prestador mestizo; del auxiliar en la traducción (indígena) hacia el prestador mestizo y viceversa; del agente de salud indígena (*jloktor ja'jchi'iltik*, promotor de salud) hacia el prestador mestizo y en sentido inverso.

2) Suponía, además, que lo anterior se erigía como una barrera para la accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud.

3) Asimismo, consideraba que estas valoraciones (estereotipo, prejuicio, discriminación y racismo) constituyen un rasgo estructural del Modelo Médico Hegemónico[135] (MMH), lo cual se evidenciaba en las características de las respuestas diseñadas e implementadas desde el Aparato Médico Sanitario (AMS)[136] para enfrentar las condiciones de salud de las poblaciones indígenas,[137] concretamente en la (también supuestamente) deliberada precariedad de recursos que se destinan a estas poblaciones, la baja productividad de servicios y la deficiente calidad de los mismos.

Asumiendo estos presupuestos como hipótesis de trabajo, decidí demarcar los siguientes ejes analíticos del estudio.

---

[135] Esta nomenclatura es del Dr. Eduardo Menéndez (1983). Véase más adelante en este mismo capítulo.

[136] AMS está construido por todas las instituciones del Estado que directamente tienen que ver con la atención y prevención de la enfermedad.

[137] Me refiero a las orientaciones sanitarias neoliberales con preeminencia de criterios económicos (versus la centralidad de las necesidades), y sus traducciones locales (los programas, recursos y servicios *in situ*), iniciadas desde la conferencia de ALMA ATA, Rusia (1978) y ampliadas en la década de los noventa con la participación de organismos financieros multilaterales (especialmente el Banco Mundial) en el diseño de las políticas públicas de salud.

LOS EJES DE ANÁLISIS

En primer lugar, me dedicaría a buscar evidencias empíricas de contenidos de estereotipo, prejuicio, discriminación y racismo en los encuentros médicos interétnicos en cualquiera de los sentidos posibles (es decir, del prestador mestizo al usuario indígena, del usuario al prestador, etc.). Pero, tomando en cuenta la máxima popular de que "quien busca, encuentra", y reconociendo lo espinoso que resulta el tema (hablar de racismo en México es un asunto delicado), resolví mantener una actitud cauta y sensata para también reconocer la NO expresión de estas valoraciones (en cualquiera de sus sentidos: del usuario al prestador, etc.)

En segundo lugar, tendría que evaluar –a partir de las experiencias y actitudes de los actores involucrados en los encuentros (es decir, de sus prácticas y representaciones)- si estas valoraciones constituyen una barrera para la accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud.

Y finalmente, a fin de probar que las valoraciones de discriminación y racismo hacia las poblaciones indígenas son un rasgo estructural del MMH, debería poner cierto énfasis en la organización de la respuesta sanitaria local y develar sus valoraciones implícitas respecto a su quehacer en el contexto indígena. Así, me di a la tarea de escudriñar la orientación de los programas de salud locales, del estado de los recursos que se destinan a estas poblaciones (resaltando la posible penuria de los mismos) y de la calidad (principalmente las posibles deficiencias técnicas) en la prestación de los servicios.

Para acudir al fondo en el análisis es necesario precisar algunos conceptos e hilarlos en teorías que den orden y un sostén razonable a la discusión. Ese es el propósito del marco conceptual y teórico que se desarrolla en seguida.

MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

I. Identidad étnico-racial y relaciones interétnicas

El presente trabajo hace referencia a las relaciones entre dos grupos sociales mutuamente diferenciados en un contexto (espacial, histórico, social) concreto: la población mestiza y la población indígena de Los Altos de Chiapas.

¿Por qué considerar a estos grupos sociales como diferentes? Porque poseen identidades sociales distintas. Pero, ¿qué se entiende por identidad social? Por identidad social se hace referencia a los rasgos que identifican a una colectividad y caracterizan a sus miembros, distinguiéndolos de Otras colectividades (estos rasgos pueden ser biológicos, de clase o culturales, reales o imaginarios[138]).

La identidad social puede ser considerada desde dos perspectivas (Giménez, 1991:23-28): 1) a partir del punto de vista del observador externo que percibe a un grupo social y le atribuye una serie de elementos (observables) que (supuestamente) clasificarían de manera objetiva los rasgos culturales propios del grupo, y 2) desde el punto de vista subjetivo de los actores sociales sobre ellos mismos, sobre los rasgos que los unen, sus fronteras simbólicas, respecto a su (relativa) persistencia en el tiempo y su ubicación en el espacio social (y el mundo).

Pero "la identidad subjetiva emerge y se afirma sólo en la medida que se confronta con otras identidades subjetivas durante el proceso de interacción social, en el interjuego de las relaciones sociales […]…Las personas y los grupos se autoidentifican en y por su participación en acciones comunicativas, tanto como esa autoidentificación sea reconocida intersubjetivamente. Por eso identidad, en cuanto autoidentificación, autorreconocimiento o autoadscripción, siempre se confronta digamos que de manera dialéctica con la heteroidentificación, el heterorreconocimiento y la heteroadscripción; de ahí que se produzcan inevitables desfases o equilibrios inestables entre los polos contrapuestos" (Giménez, 1991: 25).

Vale la pena aclarar que no considero a la identidad como una esencia o un paradigma inmutable, sino como un sistema de relaciones y representaciones, un proceso activo y complejo de identificación, históricamente situado y resultante de las dinámicas (en ocasiones ríspidas y conflictivas) en las relaciones sociales (Giménez, 1991:26-27; Sen, 2001:12-20)

En el Capítulo Uno se ha expuesto el contexto histórico en que se han desarrollado las relaciones sociales entre la población indígena y mestiza de Los Altos de Chiapas, y se ha

[138] Digo que pueden ser reales o imaginarios porque no todos los rasgos pueden ser objetivamente especificados. Puede ocurrir que sólo algunos de estos rasgos sean socialmente seleccionados, jerarquizados y codificados para marcar de manera simbólica sus fronteras al interactuar con otros actores sociales (Giménez, 1991:23-28). Más aún, el actor social podría definir su identidad apelando a rasgos culturales e, incluso, a rasgos supuestamente biológicos, pero objetivamente inexistentes. Es el caso de la apología racial a que apelan (algunos) indígenas y mestizos, sin que objetivamente se cuente con un registro genético –objetivo- que sustente la existencia de una raza indígena y una raza mestiza. Algo similar se puede decir respecto a los supuestos purismos culturales o de clase, pues tampoco siempre es posible especificarlos objetivamente (Vitale, 2004:34-41).

argumentado alrededor de la distinción de sus identidades (en la interacción misma). A estos grupos humanos que adscriben identidades étnicas[139] o raciales[140] -reales o imaginarias- más o menos precisas y claramente diferenciadas de Otros grupos, es lo que nombro en este trabajo como: "grupo socio racial". Repito que el concepto adquiere validez en su constatación empírica (y no necesariamente en la validación científica), en las prácticas y representaciones, en las interacciones sociales cotidianas en los contextos locales.

En el caso concreto del presente estudio, los dos grupos socio-raciales a que se hace referencia son: la población indígena del municipio de Chenalhó -los *chenalheros*- y los prestadores mestizos de los servicios públicos de salud (De la Fuente, 1989 [1958]:162 –182; Aguirre 1989:9 – 15)

Recuadro Uno. Lo Étnico

La palabra étnico proviene del griego *ethnos*, que significa pueblo.

Los miembros de un grupo étnico comparten ciertos rasgos culturales, físicos, lingüísticos o religiosos, aunque se pueden dar variaciones o reinterpretaciones de los mismos dependiendo de los contextos, pues la realidad en que viven es dinámica (Malgesine y Jiménez, 1997:131, citados en Freyermuth 2000:42).

Se ha desarrollado cierto debate en torno a la necesidad de la presencia de afinidades raciales para la definición de un grupo étnico. En este trabajo no se ahondará en esa polémica (que considero perniciosa e innecesaria) y utilizaré la definición de Fredrik Barth que resulta simple y funcional. Barth considera que un grupo étnico forma una categoría de adscripción e identificación que permite a los individuos interaccionar entre sí, dando como resultado una *cultura* común (Barth1976). Así, por lo étnico haremos referencia a las identidades culturales.[141]

El caso chiapaneco presenta dificultades de clasificación en términos de "lo étnico". Existen tendencias a considerar el criterio lingüístico como correspondiente al de grupo étnico. Así, hay quienes hablan de la existencia de una *etnia tsotsil*, ignorando diferencias lingüísticas menores y otros rasgos divergentes como la indumentaria y algunas tradiciones. Otros consideran el criterio de la delimitación geográfica municipal, pero esta clasificación ignora que en un mismo municipio pueden convivir grupos sociales auto-diferenciados en "lo étnico". Es el caso de Chenalhó dónde conviven *pedranos, magdaleneros,*

[139] Véase Recuadro Uno.
[140] Véase Recuadro Dos.
[141] En los últimos años el término etnia ha pasado a ser sinónimo de 'grupo indígena' (por ejemplo, la etnia "cakchiquel" de Guatemala o los "tseltales" de Chiapas) y se ha acuñado el término 'minorías étnicas' para designar específicamente a las minorías culturales (por ejemplo, los kurdos o gitanos). Aplicarnos a esta discusión no reporta ninguna utilidad -y sí posibles confusiones- a nuestro trabajo, por lo que evitaré ahondar en ella.

marteños, chamulas, pableros, etc. Y para complicar aun más el panorama, podemos encontrar otros elementos de diferenciación en la variedad de adscripciones políticas y religiosas: *pedranos priístas tradicionalistas, pedranos evangélicos cardenistas, chamulas testigos de Jehová,* etc.[142]

Es difícil considerar a los *chenalheros* como un grupo étnico, o como pertenenciente a un grupo étnico mayor, el de los *tsotsiles.* Sin embargo, la mayoría de los *chenalheros* comparten un territorio,[143] una lengua, una continuidad histórica y rasgos culturales que les ofrece un marco explicativo sobre la naturaleza del mundo (incluyendo las enfermedades, el padecer, las opciones de atención, la vida y la muerte).

En el presente trabajo lo étnico será analizado en el marco de las relaciones interétnicas, asumiendo que es en estas interacciones donde se generan posicionamientos diferenciados frente al Otro, reforzando así la identidad étnica (Appadurai, 2001: 187-207; De la Peña, 1999:13-27). Concretamente, las relaciones interétnicas de que se ocupa este trabajo, son las que se dan en el ámbito comunitario[144] entre los *chenalheros* y los prestadores de servicios públicos de salud.[145]

Recuadro Dos. Lo Racial

Dilucidar el concepto de 'raza' se ha ensombrecido y dificultado por la confusión con otras acepciones tales como "etnia", "pueblo", "nación", "idioma", términos que pertenecen al ámbito cultural e histórico. El concepto de 'raza' se refiere a un sistema de clasificación taxonómica de las poblaciones humanas sobre la base de diferencias biológicas, es decir, diferencias genéticas y fenotípicas expresadas morfológica o funcionalmente en un grupo de individuos, el cual será catalogado como raza (Comas 1972: 13-29).

El concepto de raza no resulta particularmente útil desde el punto de vista biológico o sociológico, ya que todas las razas pertenecen a una única especie biológica, *Homo sapiens sapiens*, y sólo muestran

[142] Véase el subtitulo "Relaciones interétnicas en Los Altos de Chiapas: la recreación de una sociedad de castas", en el Capítulo Uno de este trabajo.

[143] Algunos, por diferentes razones, no comparten el territorio. Hay *chenalheros* desplazados en San Cristóbal de Las Casas, *chenalheros* migrantes en la Ciudad de México o el Playa del Carmen, etc., pero no por ello dejan de adscribirse y ser reconocidos como *chenalheros.*

[144] Freyermuth hace esta distinción entre los distintos ámbitos (ella los llama dominios) en la relación interétnica de la atención médica hegemónica con la población indígena: el dominio comunitario indígena o la ciudad mestiza de San Cristóbal de Las Casas (Freyermuth 2000:42; también véase Aguirre, 1967).

[145] El ámbito o dominio donde se lleva a cabo la consulta médica interétnica es relevante, ya que la forma de posicionamiento de los actores involucrados en la interacción será muy diferente de acuerdo al ámbito en el cual se lleve a cabo: "La relación que se establece entre un médico/mestizo/migrante y un enfermo/indígena en la comunidad indígena, es muy distinta a la que se da entre los mismos actores en el contexto de la ciudad, ya que las relaciones de dominación/subordinación y el ejercicio del poder son diferentes en cada uno de los contextos. Es por eso que, paradójicamente, podemos encontrar que en algunas comunidades indígenas los pobladores acuden a los servicios de salud con mayor frecuencia que los pobladores indígenas de la ciudad de San Cristóbal" (Freyermuth *Op.cit..*: 43-44).

pequeñas variaciones genéticas.

El término raza ha sido y es polémico por las nociones de superioridad e inferioridad que suele llevar implícitas. La raza constituyó la justificación para implantar el estado de esclavitud, la persecución de minorías y otros grupos sociales, como la del pueblo judío durante la Alemania nazi, o el sistema de apartheid en Sudáfrica.

La antropología física divide a la humanidad, atendiendo a sus rasgos morfológicos, en tres grandes subdivisiones o razas: negroide, mongoloide y caucasiana. Algunos científicos fueron más allá añadiendo la amerindia y la oceánica.

El concepto biológico de raza se ha sostenido en las diferencias de rasgos morfológicos como la pigmentación de la piel, el color, forma y grosor del cabello, la forma de la nariz o la estructura corporal. Pero la aparición del análisis genético vino a refutar esta idea. El análisis genético ha demostrado que las variantes hereditarias no tienen fronteras tan nítidas como las supuestas divisiones morfológicas suponen (en términos de blanco/negro). La variación genética permite a las "razas" entremezclarse a través de formas intermedias. Hoy, a la vista de su movilidad e interrelación cada vez mayor, es patente su número infinito.[146]

Otro intenso debate íntimamente relacionado a "lo racial", es la polémica naturaleza – entorno como determinantes de la conducta humana. Este debate ha ocupado las primeras planas en discusiones de diversos campos del conocimiento. En un extremo se encuentran los partidarios de la naturaleza o la herencia, quienes defienden que la conducta humana está determinada biológicamente, de modo concreto, a través de la herencia genética.[147] Por otro lado, se encuentran los partidarios del entorno. En términos generales, su postura sostiene que es la influencia de la cultura (a través de la familia, la sociedad y sus instituciones) la que determina la conducta de los individuos.[148] Sin embargo, cabe aclarar que existen

[146] El concepto de raza, invalidado por la moderna investigación genética, no ha desaparecido del todo. Algunos eruditos todavía lo utilizan; sin embargo, muchos expertos lo desaconsejan, incluso como idea científica, debido a sus connotaciones políticas y al auge que están teniendo algunas ideologías racistas en algunos países de Europa occidental.

[147] Para los partidarios de la herencia, la conducta humana debe tener una explicación bioquímica, cuyo secreto se esconde en la secuencia ordenada de miles de millones de combinaciones de las bases nucleotídicas llamadas adenina (A), timina (T), citosina (C) y guanina (G).

[148] Argumentan que desde que el individuo nace es determinado por un conjunto de estímulos sensoriales (como respuestas, recompensas y castigos) que intervienen en la formación de la conducta (conductismo *skinneriano*). Que el hombre, al nacer, es una *tabla rasa*, "una página en blanco en la que padres, parientes, profesores, amigos y la sociedad en general pueden escribir cualquier cosa" (Lewontin, et. al., 1991:325-26; véase también Ridley, 2003:9-15).

[149] El autor considera que ambas posturas tienen argumentos parcialmente convincentes y que, efectivamente, explican una parte de la complejidad de fenómenos involucrados en la conducta humana. Es innegable que tanto la naturaleza –a través de la herencia en los genes- como el entorno, ejercen alguna influencia en la conducta humana. La revolución genómica de la última década, los estudios de gemelos y de genética de la conducta, lejos de inclinar la balanza a favor de la naturaleza, han reforzado la convicción de que la conducta humana debe entenderse a partir de la interacción –y no la dicotomía- entre la naturaleza y el ambiente, "ya no se trata de la naturaleza frente al ambiente, sino de la naturaleza por vía del ambiente" (Ridley, 2003:12).

diferentes grados y matices de estas posiciones extremas[149] (Lewontin, et. al., 1991; Ridley, 2003).

El presente trabajo no pretende involucrarse en debate alguno dentro del dominio intelectual de la biología sobre la existencia o no de una "raza indígena *maya, tsotsil* o *chenalhera*" y sus consecuencias, ni tampoco en el debate naturaleza-entorno como determinantes de la conducta humana. La única intención de definir lo racial es por la relación que guarda con el prejuicio, la discriminación y el racismo (Comas, 1972:31-48).

Grupo Socio Racial

Ya he mencionado que por grupo socio-racial me refiero a los grupos humanos que adscriben identidades étnicas o raciales -reales o imaginarias- más o menos precisas y diferenciadas de Otros grupos, y que el concepto adquiere validez en su constatación empírica en las prácticas y representaciones sociales cotidianas en los contextos locales.

He decidido utilizar esta categoría por dos razones: primero, un grupo socio racial es la unidad fundamental del sistema de relaciones interétnicas[150]; segundo, por las dificultades de utilizar solamente los términos "grupo étnico" o "raza" para referirse a los grupos humanos sujetos del presente estudio. Por ejemplo, difícilmente puede aplicarse alguno de estos términos para referirse a los médicos alópatas mestizos. No son un grupo étnico, pero si se identifican mutuamente (y son identificados por los Otros) como parte de un grupo social y racial (repito: aunque no exista evidencia objetiva para argumentar su pertenencia a una raza específica).

El término grupo socio racial -al referirse a un concepto validado en su constatación empírica en las prácticas y representaciones sociales cotidianas de los grupos involucrados- nos permite escapar, parcialmente, a las polémicas particulares de las veracidad en las definiciones dadas para "etnia" y "raza".

El presente estudio hace referencia a dos grupos socio-raciales, la población indígena del municipio de Chenalhó -los *chenalheros*- y prestadores mestizos de servicios públicos de salud que laboran en este ámbito.

Estereotipo, Prejuicio, Discriminación y Racismo. Definiciones

El concepto de racismo, a través de las diferentes aproximaciones para su estudio, ha adquirido tal polisemia que la tarea de encontrar una definición consensuada resulta actualmente

[150] Entendiendo por sistema de relaciones interétnicas al conjunto estructurado y (más o menos) ordenado de relaciones entre grupos socio-raciales mutuamente diferenciados.

difícil. Es frecuente toparse con el uso indistinto e inconsciente de otros términos como estereotipo, prejuicio y discriminación, para hacer referencia al racismo y viceversa. Y aunque estos vocablos pueden referirse a manifestaciones racistas, no necesariamente denotan "racismo". Es necesario aclarar estos términos.

El 'prejuicio' se refiere literalmente a un juicio prematuro o previo (un pre-jucio), una opinión preconcebida y arbitraria, normalmente dirigido hacia un grupo social (y no necesariamente sobre un individuo particular). Los prejuicios pueden ser positivos (valorados como "buenos") o negativos (valorados como "malos"), aunque normalmente la carga valorativa de los prejuicios es de naturaleza adversa u hostil. Así, los prejuicios constituyen opiniones dogmáticas y desfavorables respecto a otros grupos y, por extensión, a miembros individuales de dichos grupos (Billig, 1984:575-76). De este modo, la persona con prejuicios es alguien que tiene una opinión definitiva y desfavorable, por ejemplo, de los indígenas, los homosexuales, los "gallegos", los pobres o los oriundos de la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México. *El prejuicio es una actitud, una disposición*.

Cuando una imagen prejuiciada sobre una persona o un grupo social se perpetúa, da lugar al 'estereotipo' –que procede de las palabras griegas *stereos* ('sólido') y *typos* ('marca')-. Por ejemplo, el prejuicio de que los individuos pertenecientes al grupo de homosexuales son promiscuos, ha dado lugar al estereotipo de que homosexual es igual a promiscuidad (en Los Altos de Chiapas podemos citar, a modo de ejemplo, el estereotipo de que los indígenas son sucios).

La 'discriminación' es la situación en la que una persona o grupo es *tratada* de forma desfavorable a causa de los prejuicios o estereotipos, generalmente por pertenecer a una categoría social distinta (existe también la discriminación positiva, que supone diferenciación y reconocimiento por dicha diferencia). Entre las categorías que arraigan los prejuicios y se sustenta la discriminación se encuentran la raza, la orientación sexual, la religión, el rango socioeconómico, la edad y la discapacidad (Reyes 1999:179; Billig, 1984:577-79). La discriminación es un comportamiento, una práctica.

Sin embargo, no siempre existe un enlace automático entre el prejuicio (pre-juicio) y la pre-condena, ya sea en forma de discriminación o racismo. El que una persona exprese prejuicios negativos hacia un grupo determinado no significa que, efectivamente, tome actitudes hostiles hacia cada miembro individual de dicho grupo. Por ejemplo, pudiera suceder que un individuo identificado con la población mestiza de San Cristóbal de Las Casas (un coleto) tenga prejuicios (negativos) en contra de los indígenas de la región y, sin embargo, busque establecer algún tipo de relación laboral

con ellos sin manifestar discriminación; más aún, el trato podría ser respetuoso y amable. O podría suceder que un individuo identificado como indígena tuviera prejuicios (negativos) sobre los coletos, pero en los hechos su relación estuviera impregnada de servilismo y gentileza de parte suya hacia los mestizos.

También puede suceder lo contrario, que la discriminación exista en ausencia del prejuicio. Por ejemplo, imaginemos el caso en que un mesero (indígena o mestizo) de algún restaurante en San Cristóbal de Las Casas niegue el acceso a un niño indígena que pretende vender pulseras tejidas. Podría ser que el mesero no tenga ningún prejuicio respecto al niño vendedor, pero obedeciendo las políticas del establecimiento, es él quién debe prohibir la entrada a cualquier tipo de vendedor ambulante (con la coincidencia de que casi todos -o todos- los vendedores ambulantes son indígenas), realizando una práctica discriminatoria.

Por otro lado, el racismo es "la teoría que sostiene la preeminencia de ciertas razas sobre otras" (Gall 1998:145), es "un conjunto de creencias y actitudes relativamente coherentes y discriminatorias con respecto a un grupo humano identificado por una serie de *atributos físicos heredados biológicamente*"[151] (Stavenhagen 1994 en Gall 1998:145). Así, el racismo tradicionalmente ha puesto el énfasis en los fundamentos biológicos: en la herencia genética y su expresión fenotípica.

Esta es la postura apuntada por Joseph Arthur de Gobineau, considerado el padre del racismo, en su tristemente célebre "Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas" (1853-1855). Ahí, Gobineau afirma que la raza de los germanos, habitantes en Gran Bretaña, Francia y Bélgica, es la única raza pura de entre aquéllas que proceden de la raza superior de los arios; el resto de los pueblos estarían mezclados con las razas negra y amarilla, y esta mezcla racial (mestizaje) sería la raíz del declive de las civilizaciones, la decadencia.[152]

Claude Lévi-Strauss, en su famoso ensayo "Raza e historia" (1952), esquematiza a modo de síntesis esta postura tradicional; dice que el racismo establece una jerarquía "natural" entre los distintos grupos humanos a partir de los siguientes puntos:

[151] Las cursivas me pertenecen.
[152] La teoría de Gobineau sobre la superioridad racial aria influyó en el pensamiento de algunos escritores alemanes y fue adoptada posteriormente por Adolf Hitler. Llama la atención que mientras el planteamiento de Gobineau menosprecia el mestizaje, pensadores latinoamericanos en los albores del siglo XX, entre ellos el célebre José Vasconcelos, exaltaran la síntesis racial que protagonizaría el mestizaje (Vasconcelos, 1925).

1. la correlación entre el patrimonio genético, la capacidad intelectual y las disposiciones morales.

2. este patrimonio genético sería común para determinados grupos humanos.

3. cada uno de estos grupos humanos formaría una raza; las razas se podrían jerarquizar en función de la calidad de su patrimonio genético.

4. estas diferencias autorizarían a las razas consideradas superiores a dominar, explotar y, eventualmente, a destruir a las otras.

Así, la acepción tradicional de racismo tiene un fundamento claramente biológico: la raza. Sin embargo -como se ha mencionado ya en el Recuadro Dos-, la investigación genética moderna ha invalidado el uso del concepto "raza", reconociendo que es una clasificación objetivamente inexistente. Más aún, esta misma ciencia ha refutado la idea del determinismo biológico que apunta que la desigualdad entre las personas es algo natural e inevitable (Lewontin *et*. *al*. [1984], 1991; Ridley, 2003)[153].

No obstante, a raíz de las nuevas manifestaciones de racismo en Europa y Estados Unidos a partir de la década de 1970, estudiosos del tema concluyeron que *para que exista racismo no es necesario que preexista una raza*. Así, las definiciones actuales del concepto de 'racismo' tienen orientaciones hacia *discriminaciones diversas* (lo que ha generado un torrente de discusiones polémicas).

Estas nuevas definiciones consideran al racismo como "la valorización generalizada y definitiva de unas diferencias, reales o imaginarias, en provecho del acusador y en detrimento de su víctima, con el fin de justificar sus privilegios o su agresión" (Albert Memmi, en Casaús 1998:19).

El teórico André Taguieff no recela al incluir los aspectos culturales en su definición de racismo, al que define como:

> "el conjunto de representaciones, de valores y normas expresadas en prácticas que conducen a la interiorización y exclusión del Otro próximo o distante, cuyos atributos físicos o culturales son percibidos como distintos a los que comparten el grupo hegemónico" (Taguieff 1987, en Gall 1998:146-47).[154]

[153]. Si bien, debe reconocerse que algunas posiciones desde la investigación genética también han otorgado nuevos bríos a posturas eugenésicas, de suyo racistas.

[154]. Otros autores han dividido al conjunto de manifestaciones racistas observadas en dos grandes grupos según sus lógicas subyacentes: las que responden a la "lógica de la desigualdad" y las que responden a la "lógica de la diferencia" (Gall 1998:147). El racismo que responde a la "lógica de la desigualdad" afirma la diferencia entre los grupos y exalta la pureza de los mismos. De este modo, pugna por su separación, es decir, la "segregación" o perpetuación de la desigualdad. Esta ha sido

Siguiendo esta discusión, resulta difícil encontrar bordes claros que delimiten los términos discriminación y racismo. Suele objetarse que racismo sólo debe emplearse cuándo dicha valoración recae en un (supuesto) fundamento biológico y no cultural, soslayando que, de hecho, el concepto de "raza" (tanto en su acepción vulgar, como "científica") es un producto de la cultura.

No obstante la necesidad de precisiones conceptuales, no debe quitarse la mira del "verdadero problema": más allá de fundamentos raciales (cualesquiera que estos sean), está el hecho evidente de la diversidad de culturas, y:

> "Vana sería la pretensión de haber resuelto por la negativa el problema de la desigualdad de las razas humanas, si no se aborda también el de la desigualdad –o diversidad- de las culturas humanas, que, en la conciencia pública, le está, de hecho si no de derecho, estrechamente ligado" (Lévi-Strauss, 1952:39).

Distinguir conceptualmente discriminación o racismo requiere empeño teórico, pero en los hechos, los efectos de una u otra valoración pueden ser igual de nefastos. Siguiendo esta reflexión, en el presente estudio se utilizará una ancha definición de racismo, que incluya los siguientes elementos que considero medulares:

1. La insistencia en las diferencias, ya sean biológicas o culturales, reales o imaginarias.
2. Los juicios de valor respecto a esas diferencias, en beneficio del racista y en detrimento de su víctima.
3. Las valoraciones llevadas al absoluto, generalizadas.[155]
4. Su utilización para legitimar una agresión o privilegio, expresadas en conductas o ideologías.
5. Pueden provenir de una clase social, de un grupo étnico o de un movimiento comunitario; o provenir directamente de las instituciones del Estado (en cuyo caso hablaremos de racismo de Estado). Por lo tanto, el racismo puede ocupar distintos espacios sociales.

---

la lógica tradicional del racismo. El racismo que responde a la "lógica de la diferencia" exalta la absoluta e irreducible disimilitud cultural, no necesariamente racial. Esta lógica de racismo engloba los fenómenos de discriminación y exclusión; "margina al Otro por ser diferente, no por ser inferior". Este tipo de racismo ha sido llamado "racismo diferencialista", "neorracismo" o "fundamentalismo cultural".

[155] Es decir, el racismo implica estereotipo: "imagen o idea que define en términos generales un grupo humano" (Reyes 1997:179)

Algunos antropólogos -es el caso de Charles R. Hale- han documentado empíricamente y teorizado sobre un tipo de racismo que podría resultar *sui generis*. Este racimo emanaría del grupo dominado hacia la sociedad dominante: el llamado "racismo al revés".[156]

Este "racismo al revés" implicaría: a) el uso de un razonamiento racial para definir la propia identidad y marcar las diferencias respecto al Otro (por ejemplo: "nosotros, indígenas; ellos, *caxlanes*", "nosotros, mestizos; ellos, indios"); b) la asignación de características de desaprobación o inferioridad al Otro; c) el uso de las distinciones raciales en beneficio propio y perjuicio del Otro.

En el presente estudio también se tomarán en cuenta las prácticas y representaciones, de indígenas y mestizos, que se refieran a este tipo de "racismo al revés".[157]

II. Los Modelos Médicos de Eduardo Menéndez

Durante la década de los setenta y ochenta del siglo pasado, Eduardo Menéndez se dedicó a la construcción teórica de arquetipos de prácticas, saberes e ideologías médicas, que pudieran agruparse en modelos de atención a la salud inmersos en los procesos económicos, políticos y sociales de los países capitalistas (metropolitanos y dependientes) y del "socialismo real" de finales del siglo veinte (Menéndez, 1981; 1983; 1990).

La antropología médica mexicana ha utilizado vasta y fructíferamente dicha caracterización de modelos de atención médica elaborada por este antropólogo. Así, en la confección inicial del protocolo de investigación diseñado para el presente estudio, eché mano sin dudar de dicha clasificación que me serviría para explicar la dinámica posible entre las diferentes prácticas y saberes de atención a la salud en el municipio indígena de Chenalhó, en Los Altos de Chiapas.

Sin embargo -siguiendo la convocatoria de Menéndez de referir el análisis a casos específicos (Menéndez 1983:100)- al ubicar el estudio en el marco de los procesos de globalización neoliberal actual[158] (y de las orientaciones sanitarias mundiales que acompañan dicho proceso[159])

---

[156] Al respecto, existe el debate teórico sobre el uso del término 'racismo' para referirse al discurso y la práctica de personas que no ejercen ningún poder estructural-institucional sobre sus supuestas víctimas. Charles Hale, asumiendo que teóricamente esto fuera posible, lo llamaría racismo <u>con</u> y racismo <u>sin</u> poder estructural-institucional.

[157] Este discurso del "racismo al revés" formulado por la sociedad hegemónica, debe ser analizado también como expresión de un posible racismo renovado (neorracismo) hacia los mismos grupos históricamente dominados, sin negar que, efectivamente, éstos últimos tengan representaciones y prácticas racistas dirigidas a la sociedad dominante.

[158] La globalización es un concepto que pretende describir la realidad inmediata como *una sociedad planetaria*, más allá de fronteras, barreras arancelarias, diferencias étnicas, credos religiosos, ideologías políticas y condiciones socio-económicas o culturales. Surge como consecuencia de la internacionalización cada vez más acentuada de los procesos económicos, los

desde el contexto indígena local,[160] han surgido algunos cuestionamientos y aristas críticas respecto a la estructura, relaciones y operación de los modelos médicos propuestos por Menéndez (considero que las funciones permanecen inalteradas), particularmente del llamado Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) en el escenario específico de mi estudio (el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas).[161]

En el presente capítulo expongo la elaboración teórica de Eduardo Menéndez sobre los Modelos Médicos y especialmente sobre el MMH. En las conclusiones que presento en el Capítulo Seis ahondaré en los cuestionamientos e ideas críticas, verificándolos en las evidencias empíricas recabadas durante el trabajo de campo y expuestas en la sección etnográfica del trabajo (Capítulos Tres, Cuatro y Cinco).

Adelanto que estas ideas críticas conciernen al eje de análisis que argumenta que la discriminación y el racismo son un rasgo estructural del MMH (aspecto que ha sido planteado originalmente por el propio Menéndez, como se verá más adelante), lo que se revela en el tipo de respuesta gubernamental que se instrumenta para hacer frente a las condiciones de salud/enfermedad. Los cuestionamientos radican principalmente en ciertas características y transformaciones que, a mi juicio, experimenta el MMH en el ámbito indígena de Los Altos de

---

conflictos sociales y los fenómenos político-culturales. Desde sus inicios, el concepto de globalización se ha venido utilizando para describir los cambios en las economías nacionales, cada vez más integradas en sistemas sociales abiertos e interdependientes, sujetos a los efectos de la libertad de los mercados, las fluctuaciones monetarias y los movimientos especulativos de capital. Sin embargo, esta "libertad" tiene sus restricciones en los procesos demográficos (como en la movilización de personas en los fenómenos migratorios) y económicos (como los proteccionismos selectivos y desiguales, ordinariamente a favor de áreas de la industria de los países desarrollados -cómo el agro norteamericano- en detrimento de los países del subdesarrollo –el agro en México-). Los ámbitos de la realidad en los que mejor se refleja la globalización son la economía, la innovación tecnológica y el ocio.

[159] Estas orientaciones sanitarias adquieren forma desde finales de la década de los setenta del siglo pasado (a partir de la reunión de la Organización Mundial de la Salud en ALMA ATA, Rusia, en 1978) pero asumen una nueva configuración en la década de los noventa, con el arribo protagónico de organismos financieros multilaterales –como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio- al debate de las condiciones y respuestas sanitarias globales. Volveré a este punto más adelante y en las conclusiones en el capítulo seis.

[160] En el Capítulo Uno de este trabajo se hace una introducción al contexto local. Se destacan las luchas de reivindicaciones étnicas y el proceso de reindianización, empresas que (aparentemente) se oponen a los procesos globalizadores. En las conclusiones presentadas en el Capítulo Seis se presentan algunos cuestionamientos y discusiones en torno a estas aparentes contradicciones y oposiciones prácticas y discursivas entre estos procesos locales y el proyecto de globalización neoliberal.

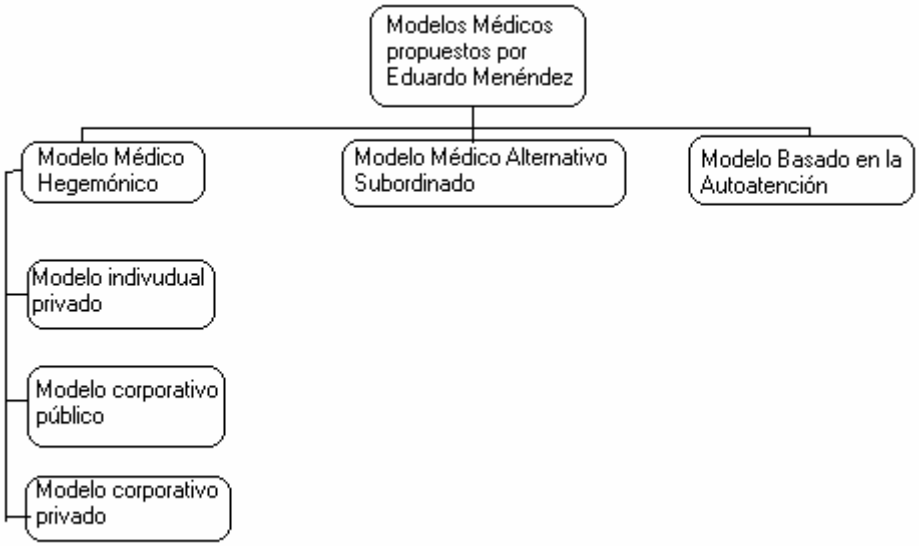
[161] El propio Menéndez reconoce que la aproximación metodológica en modelos médicos cumple funciones de ordenamiento, sin ignorar que son construcciones susceptibles de ser transformados por las dinámicas históricas y sociales dadas (Menéndez, 1983:100).

Chiapas actualmente, como producto de las orientaciones sanitarias neoliberales. Véase Capítulo Seis.

Tres modelos médicos básicos

Menéndez (1983) propone la distinción de tres modelos de atención médica producto del proceso capitalista y la estratificación social inevitable del mismo: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico basado en la autoatención.[162]

Figura 2. Modelos Médicos propuestos por Eduardo Menéndez.



Un elemento central en el argumento de los modelos médicos de Menéndez es que, tanto en el proceso capitalista como en el socialista, "el MMH intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos (colocándolos en estado subalterno), 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*"[163] (Menéndez 1983:98). La intención final sería *favorecer los procesos de producción y reproducción* económica, política y social

[162] Este capítulo no pretende una revisión y discusión exhaustiva de los modelos de atención médica propuestos por Eduardo Menéndez. La intención es una exposición general adaptada a los fines argumentales y analíticos del presente trabajo. Al lector interesado se recomienda acuda a los textos originales (Menéndez, 1983; 1990).
[163] Las cursivas me pertencen.

que refuerce la hegemonía del sistema total, por encima de las necesidades particulares de los individuos.

Es decir, Menéndez no se limita al análisis de las prácticas médicas *per se* (o desde su racionalidad técnica), sino le incumbe el análisis de la organización social, ideológica, económica y política que operan sobre las mismas prácticas. La pregunta clave no es solamente a qué tipo de prácticas nos referimos, sino para qué, para quién y desde quién se realizan; importan sus funciones, tanto o más allá de los efectos terapéuticos inmediatos. Volveré a este punto mas adelante en el subtítulo de "Las Funciones".

La Estructura

Ha sido el proceso de desarrollo productivo individualista (que rompe con los mecanismos de atención comunal y familiar)[164] y el ascenso de la pequeña burguesía a los peldaños jerárquicos superiores de la estructura de clase dominante, lo que favoreció y avaló la expansión y hegemonía del MMH.[165]

Menéndez hace un listado de los rasgos estructurales que caracterizan a cada uno de los modelos médicos, no sólo desde la producción ideológica, teórica, técnica o socio-económica de los curadores, sino también desde la de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.

---

[164] El proceso de evolución técnica, científica e intelectual -que conduce el cambio de una sociedad de economía agrícola tradicional, a otra caracterizada por procesos de producción mecanizados para fabricar bienes a gran escala- conocido como Revolución Industrial, llevó aparejado el surgimiento de una nueva organización social, política, económica y cultural, la llamada Sociedad Industrial que, tanto en países capitalistas como socialistas, presentaban una sola realidad: la civilización industrial caracterizada por su actividad productora ajena al marco familiar, la división del trabajo y concentración de la mano de obra, acumulación de capital y orientación hacia el crecimiento individual.

[165] Menéndez lista algunos elementos que favorecen la expansión y hegemonía del MMH a partir de los propios estratos sociales urbanos, incluida la clase obrera: la ruptura de los mecanismos de atención comunal/familiar generada por el proceso productivo, la pérdida parcial de la eficacia simbólica (de las otras prácticas), las nuevas necesidades de salud de los trabajadores (y la posibilidad real de solucionarlas, por lo menos en sus efectos inmediatos), así como las necesidades de control y productividad del sistema dominante. Menéndez constata este hecho en el caso de los trabajadores de la transformación del henequén y los obreros del transporte de la fibra, quienes obtienen los beneficios de la seguridad social y de la atención médica "científica" como una conquista social. Explica: "Las demandas de los sectores laborales de mayor desarrollo organizativo y con mayor incidencia en el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), las necesidades del sector empresarial privado y del estatal, así como la búsqueda de legitimación de un Estado "populista" que busca fundar un nuevo consenso ideológico, se expresan en la expansión del MMH" (Menéndez 1983:108-109).

El MMH presenta los siguientes rasgos estructurales: a) biologismo, b) concepción teórica evolucionista-positivista, c) ahistoricidad, d) asocialidad, e) individualismo, f) eficacia pragmática, g) la salud enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos), h) orientación básicamente curativa, i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, k) relación médico-paciente asimétrica, l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (como en las instituciones psiquiátricas), m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado, n) el paciente como responsable de su enfermedad, o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud, p) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, q) prevención no estructural, r) no legitimación científica de otras prácticas, s) profesionalización formalizada, t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, u) tendencia a la médicalización de los problemas, v) tendencia inductora al consumismo médico, w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica (Menéndez, 1990:87).

Durante su desarrollo histórico el MMH ha dado lugar a la emergencia de tres submodelos; en orden de aparición: el submodelo individual privado, el submodelo corporativo público y el submodelo corporativo privado.

El submodelo individual privado se refiere al tipo de práctica médica dominante desde el siglo XIX y todo el XX, el consultorio médico privado donde el terapeuta recibe y atiende a sus clientes/pacientes.[166]

Es durante las primeras décadas del siglo XX cuando el propio desarrollo político-económico conduce a procesos de concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas. Por un lado, es necesario garantizar la salud de los trabajadores, por otro, el Estado requiere de mecanismos de legitimación y control social. Además, la llamada industria de la salud empieza a tener un papel económico cada vez más notable. Todo esto da como resultado el surgimiento de los submodelos corporativos, primero el público, posteriormente el privado.[167]

[166]. Muchos trabajos sociológicos clásicos sobre la profesión médica se refieren a este submodelo individual privado en sociedades capitalistas (Estados Unidos, Inglaterra, Francia); es el caso de las caracterizaciones elaboradas por Talcott Parsons y Eliot Freidson (1970).

[167]. Mis comentarios y apuntes críticos a la caracterización teórica del MMH se dirigen, precisamente, a los cambios que desde mi punto de vista está experimentando el modelo, ubicándolo en el proceso actual de desarrollo político, económico y social. En el Capítulo Seis explico las transformaciones y adecuaciones que, siempre desde mi punto de vista, sufre el MMH

El submodelo corporativo público es el encargado de organizar y operar los sistemas públicos de salud, es decir, aquellos en los que participa directamente el Estado en su gestión, financiamiento y -la mayoría de las veces- operación. En el caso mexicano, son aquellos recursos y servicios inscritos en los sistemas de seguridad social y los dirigidos a población abierta.

El submodelo corporativo privado comprende a las agrupaciones médicas privadas en las cuales no participa el Estado en su financiamiento y prestación, aunque suele tener cierta participación en su gestión. Generalmente estas corporaciones suelen prestar sus servicios solo a quienes pagan por ellos (el pago suele ser el criterio de entrada). En el caso mexicano, forman parte de este submodelo las corporaciones de aseguramiento, las instituciones de servicios médicos privados como clínicas y hospitales.

En estos dos submodelos corporativos, además de la mayoría de los rasgos estructurales del MMH, podemos distinguir otras características: a) estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas, b) tendencia a la centralización y planificación, c) burocratización, d) disminución y evasión de la responsabilidad, e) dominio de los criterios de productividad, f) profundización de la división técnica del trabajo, g) creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos, h) creciente amoralidad de todas las actividades, desde la atención médica hasta la investigación, i) preventivismo y reconocimiento de la importancia del "medio ambiente" (en el submodelo corporativo público).

Algunas características de los submodelos corporativos pueden parecer opuestos a los rasgos estructurales del MMH, es el caso del enfoque preventivista y de reconocimiento de las influencias medio ambientales del submodelo corporativo público *versus* la centralidad en la atención que caracteriza al MMH. Esta oposición es aparente, porque aunque en los hechos no todos los sistemas de salud públicos conceden el mismo énfasis al preventivismo, de cualquier manera este enfoque no atenta contra el rasgo esencial del modelo (el biologismo), ni altera las funciones explicitas e implícitas del mismo,[168] por el contrario -y esto es lo imprescindible-, contribuye a su cometido.

En este trabajo sugiero la posible adecuación y transformación de ciertos rasgos del MMH, especialmente del submodelo corporativo público en el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas y la

---

en el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas. Es posible que estas adecuaciones y transformaciones estén dando lugar a la emergencia de un submodelo que delega cada vez mayor responsabilidad en los individuos (la población objetivo o beneficiaria), restando exigencia a los recursos del propio MMH. Véase la discusión respectiva en el Capítulo Seis.

[168] Véase más adelante en el subtítulo "Las Funciones".

posible emergencia de un submodelo que delega cada vez mayor responsabilidad en los individuos a quienes se dirigen los servicios, al tiempo que resta exigencias a los recursos del propio MMH.[169]

El rasgo estructural dominante y característico del MMH es el biologismo, "es el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros modelos explicativos. El biologismo constituye un caracter tan obvio que no aparecen pensadas las consecuencias que tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud / enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros posibles niveles explicativos. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que en un momento dado muy posiblemente determinan lo fenoménico de la enfermedad". (Menéndez 1990:96)[170].

Es importante este señalamiento, pues considero que el MMH y sus submodelos pueden modificar (y de hecho han modificado) muchos de sus rasgos estructurales, siempre y cuando conserve ésta característica fundamental: el biologismo.

Pero Menéndez señala otra serie de rasgos característicos del MMH, muy importantes para los fines analíticos del presente estudio, ya que explican –por lo menos parcialmente- la articulación existente entre las relaciones médicas (entre modelos y al interior de los mismos) y las relaciones interétnicas. Explica: “Todos los caracteres del MMH están saturados en niveles consciente/no consciente por concepciones ideológicas de la burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenece la mayoría de los médicos. Este modelo supone en consecuencia una serie de características que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista”[171] (Menéndez 1990:91).

Este señalamiento es importante para nuestro trabajo y vale la pena comentarlo detenidamente. En primer lugar, Menéndez dice que el MMH está saturado por concepciones ideológicas de la pequeña burguesía independiente en ascenso. Sería conveniente definir con

[169] Véase la discusión que se desarrolla en el Capítulo Seis.
[170] Para una discusión más amplia respecto al biologismo como rasgo estructural medular (patognomónico, podría decirse) del MMH y sobre la subordinación ideológica de otros niveles explicativos, véase también Bensaid, 1974 (1976) y Foucault, 1953 (2001).
[171] Menéndez aclara que su racismo será biológico y/o cultural, y expresará no solo una función ideológica de dominación sino también las limitaciones científicas del mismo. Hace referencia a las concepciones racistas manifiestas en textos médicos clásicos –como los manuales de Anatomía de *Testut*-, usados en la formación universitaria de varias generaciones de médicos mexicanos.

precisión a qué nos referimos. En la teoría marxista "la pequeña burguesía" se refiere a los pequeños propietarios (no a la gran burguesía, los capitalistas, los propietarios y gestores de las industrias, asociadas a las elites del poder político) y comerciantes, en contraposición al proletariado, la clase trabajadora poseedora únicamente de su fuerza de producción en el seno de las sociedades capitalistas. Quizá utilizar la categoría "pequeña burguesía" para referirnos al origen socio-económico de la mayoría de los médicos resulte excesivamente limitada,[172] y, al mismo tiempo, utilizar la antonimia "proletariado" para referirnos a la población (indígena) beneficiaria de los servicios de salud, también sea estrecho e inoperante. Pero, escapando a esta discusión de las categorías de grupos sociales (burgueses versus proletarios), el señalamiento que considero fundamental es que Menéndez lista con claridad qué características comparte el MMH con la ideología y estructura de clases dominante: el MMH será jerárquico, asimétrico, clasista y racista.

En segundo lugar, si el MMH supone características isomórficas a la estructura de clases dominante, en el contexto interétnico éstas características adquieren matices especiales. En la situación interétnica la relevancia de la otredad cultural y (supuestamente) racial recibe un énfasis mucho mayor. Este es el caso de Los Altos de Chiapas.

Pero desde hace ya tres décadas, el MMH está inmerso en una crisis producto de una serie de críticas y cuestionamientos. Menciono sólo algunos elementos de esta crisis: a) el aumento de los costos de atención (versus la pretensión de adelgazamiento de la intervención del Estado en los sistemas de seguridad social), b) aumento constante en el consumo de fármacos potencialmente nocivos, c) cambios del perfil epidemiológico que han evidenciado la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones "secundarias", d) la comprobación de que algunas técnicas sencillas y baratas operadas por la comunidad pueden ser más eficaces que la utilización de técnicas complejas, sofisticadas y costosas, y ello para algunos de los principales problemas que afectan a la población[173], e) el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, alcoholera, tabacalera, químico-farmacéutica, etc., y la subordinación política del Sector Salud a dicha industria de la enfermedad, f) el mantenimiento de la

[172] Basta una mirada a las universidades públicas y privadas del país para constatar la heterogeneidad de condiciones económicas del alumnado (desde clases bajas hasta clases muy altas, muchas veces conviviendo en las mismas aulas). Ni que decir de la comparación de condiciones de médicos egresados y de diferentes generaciones, que se ubican desde estratos socio-económicos bajos hasta los muy altos.

[173] Por ejemplo, para la prevención y atención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, dos de las principales causas de morbilidad general y de mortalidad infantil en México, diversos países de América Latina, África y Asia.

desigualdad social en la forma de morir, g) el estancamiento en el descenso de las tasa de mortalidad y la persistencia de muertes evitables en el perfil epidemiológico (sobre todo en los grupos subalternos), h) la reemergencia de enfermedades infecciosas que se creían controlados como la tuberculosis o el sarampión, i) la carencia de infraestructura básica entre grandes núcleos poblacionales, que asegure condiciones mínimas de salubridad.

Los señalamientos y análisis críticos de esta crisis del MMH provienen desde diferentes orientaciones teóricas e ideológicas. Algunas de estas críticas han sido generadas desde el propio MMH y buscan modificar algunos de sus rasgos y orientaciones impulsando las prácticas preventivistas. Desde los años de los setentas -especialmente a partir de la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ALMA ATA, Rusia, en 1978- estas críticas y orientaciones preventivas han cuajado en el impulso de la estrategia internacional de Atención Primaria en Salud (APS).

Otras críticas radicales han provenido desde posiciones expresamente "anticientíficas" que argumentan que el MMH es una de las máximas expresiones del dominio de la racionalidad tecnológica impuesta al mundo por la sociedad occidental y que necesita ser superada. Ejemplo elocuente de esta postura es la crítica de Ivan Illich en su famosa obra, *Némesis Médica*.

La crítica neoliberal al MMH ha sido una de las más exitosas en términos políticos e ideológicos. Parte del análisis de la ineficacia y del exponencial aumento de costos que supone la práctica del MMH. Propone una revisión en términos económicos (de costo/beneficio) y de efectividad (costo/efectividad; medicina basada en evidencia).[174] "Su eje no lo constituye la hegemonía de lo curativo o la irracionalidad tecnológica, sino el derroche, la irresponsabilidad y sobre todo, la necesidad de privatizar al Estado" (Menéndez, 1990:114).

Resumiendo. Tenemos un MMH que, por un lado, se identifica con la racionalidad científica y encuentra sus bases epistemológicas en el biologismo; ha demostrado eficacia pragmática en ciertos campos, especialmente en momentos clave de su desarrollo,[175] lo que ha generado grandes expectativas de su práctica; esto le ha proporcionado legitimidad tanto de parte del Estado, como por los diferentes estratos sociales (incluidos los estratos subalternos), y le ha permitido mantener una tendencia a la expansión de su hegemonía. Lo anterior logra que el MMH cumpla un importante papel de legitimación y reproducción del sistema en su conjunto. Por otro lado, este modelo médico

[174] En el Capítulo Seis expongo algunos comentarios críticos sobre la influencia de la crítica neoliberal al MMH y en sus adecuaciones/transformaciones en el ámbito indígena local.
[175] Como en el desarrollo de las vacunas y de la antibioticoterapia durante la primera mitad del siglo XX. Recientemente con el desarrollo de la medicina genómica.

comparte las características propias de la estructura de clases en que está inmerso y sus relaciones: es jerárquico, asimétrico, clasista y racista. Al mismo tiempo, el MMH se encuentra inmerso en una crisis producto de cuestionamientos y críticas provenientes de posturas teóricas e ideológicas diversas e, incluso, antagónicas.

Adelante, en el Capítulo Seis, expondré una discusión crítica sobre las adecuaciones y transformaciones en la orientación del MMH en el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas.

Por su parte, en el modelo médico alternativo subordinado suelen integrarse las prácticas reconocidas como "tradicionales" y la serie de prácticas –muy heterogéneas entre sí- consideradas alternativas. Así, en este modelo se agrupan saberes médicos como la curandería urbana, las prácticas espiritistas y la medicina china. De este modo, resulta muy difícil encontrar rasgos estructurales homogeneizables. "El eje de esta agrupación radica en que dichas prácticas constituyen opciones institucionales que el MMH engloba y a las cuales subordina ideológicamente" (*Ibíd*..; 1990:88), aunque se reconocen procesos de apropiación, como los ocurridos con la quiropraxia y la homeopatía.

El modelo de autoatención está basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o su grupo familiar o comunitario, sin la intervención de un curador profesional. La autoatención supone desde actividades conscientes de no hacer nada, pero con intenciones curativas, hasta la utilización de equipos de cierta complejidad. La autoatención constituye el primer nivel real de atención en toda sociedad. "Este modelo está en la base de todos los (modelos) anteriores y su estructura se fundamenta en sus funciones curativas-preventivas y, sobre todo, socioeconómicas" (Menéndez, 1990:89). Sus caracteres estructurales básicos son: a) eficacia pragmática, b) estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, c) legitimación grupal y comunal, d) concepción basada en la experiencia, e) tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas, y f) la tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos. "Debe ser subrayado [...] que la autoatención constituye una práctica social estructural orientada directa y/o indirectamente, a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades doméstico-familiares" (Menéndez, 1990:90).

Menéndez señala que el MMH tiende a cuestionar la autoatención, principalmente respecto a la automédicación, "en función de la necesidad de seguir manteniendo su hegemonía" (*Ibíd.*), y documenta este hecho a partir del ejemplo del alcoholismo y el grupo de autoayuda *Alcohólicos Anónimos*. Considero que actualmente esto no es así, especialmente en el marco de las

orientaciones sanitarias neoliberales que claman por una mayor participación social. No debe dudarse de las intenciones del MMH de mantener su hegemonía, pero lo que es cuestionable es la supuesta reprobación de la autoatención y la automédicación que hace el MMH. Por el contrario, considero que cada vez es más evidente el aliento de actividades de autoatención y, más aún, de automédicación desde el propio MMH. En parte este impulso automédicador proviene de la misma industria farmacéutica. En el Capítulo Seis ahondaré en esta discusión.

Las Funciones

Cada uno de los modelos médicos propuestos por Menéndez cumple -en mayor o menor grado y efectividad- una serie de funciones, que contribuyen, en último lugar, a asegurar la producción y reproducción del sistema total;[176] podemos agruparlas en tres tipos: a) funciones curativas, preventivas y de mantenimiento, b) funciones de control, normalización, médicalización y legitimación, y c) funciones económico-ocupacionales (Menéndez 1990:104).

Las funciones curativas y preventivas, sin lugar a dudas, son las dominantes en las representaciones manifiestas de la mayoría de los terapeutas (de cualquier saber y práctica médica) y los conjuntos sociales en los que operan; se acude al pediatra, al huesero, al yerbero o al acupunturista en busca de alivio (la *cura*) de algún padecimiento; la enfermera aplica vacunas para *prevenir* enfermedades infecciosas, el *j'ilol* reza en cuevas y cerros para *prevenir* desventuras y aflicciones en su comunidad, etc.

Las funciones de mantenimiento se refieren al conjunto de operaciones y cuidados necesario para conservar una situación de salud-enfermedad dada. Esta función resulta más apremiante –por lo menos desde el punto de vista "oficial"- para el MMH que para el resto de los modelos. Así, se espera que sea el sistema de salud oficial el que de respuesta favorable a las necesidades de salud "profesionalmente delimitadas": abatir la mortalidad materna e infantil, asegurar el abasto de médicamentos para personas que viven con VIH/SIDA, reducir la morbi-mortalidad prevenible por vacunación, "mantener" la vida "artificial" de ancianos en estado de coma, etc.[177] Se debe destacar

[176] Menéndez desarrolla el argumento alrededor de estas funciones al referirse al MMH y no para los otros dos modelos. Sin embargo, considero que las funciones enlistadas bien pueden aplicarse también a los otros modelos (aunque en menor grado, debido a su situación subalterna en el propio sistema).

[177] Pero también en los otros modelos médicos se reconocen funciones de mantenimiento: la atención prenatal y del parto realizada por las parteras o la atención de los padecimientos infantiles

que “el ‘mantenimiento’ no supone necesariamente una mejora en las condiciones generales de vida ni, por supuesto, una modificación estructural de las condiciones de salud-enfermedad. El ‘mantenimiento’ requiere la necesaria continuidad en la aplicación de estrategias, ya que si se reducen los recursos o las medidas de supervisión es posible que la tendencia retome las características antes dominantes” (Menéndez, 1990:105).

El resto de las funciones (agrupadas en los incisos b y c: funciones de control, normalización, médicalización, legitimación y económico-ocupacionales) se expresan a través de las actividades curativas y preventivas. "Este es el proceso que permite que la práctica médica las lleve a cabo, puesto que no aparecen manifiestamente como funciones de control o normación, sino como actos técnicos" (Menéndez 1990:106).

Estas funciones de control, normalización, médicalización y legitimación han sido ampliamente analizadas por diversos científicos sociales. Los trabajos de Ivan Illich (1977), *Némesis Médica*, y René Dubos (1959), *El espejismo de la salud*, son ejemplos elocuentes de estos análisis críticos.[178] El análisis de estos y otros pensadores han llevado a argumentar que el saber y la práctica médica hegemónica (la medicina científica) es un aparato ideológico y político al servicio del Estado,[179] "una compleja institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normación de conductas exige incluso el invento de nuevas categorías nosológicas" (Menéndez,

---

por las madres de familia han cumplido notorias funciones de mantenimiento en vastas regiones de México, incluyendo las indígenas.

[178] Illich elabora una clasificación de diferentes niveles de iatrogenia: la iatrogenia clínica-individual (de la que contamos con abundantes evidencias cotidianas: las tijeras olvidadas por el cirujano en el peritoneo del paciente, intervenciones quirúrgicas que matan o empeoran las condiciones de salud, prescripciones farmacológicas que ocasionan daños mayores -los efectos teratogénicos de la talidomida, empleada como sedante en embarazadas durante los años sesentas, es sólo un ejemplo-, etc.), la iatrogenia social (que enfatiza, precisamente, los efectos negativos en la sociedad que se generan de una intervención médica: por ejemplo, la imposición de nuevos patrones "normales" de nacer, crecer, alimentarse, vivir y morir o el agotamiento de las redes sociales de apoyo y soporte frente a los problemas de salud, etc.) y la iatrogenia cultural (que se refiere a los cambios culturales iatrogénicos que ha propiciado la intervención médica, la médicalización absoluta de la vida es quizá el mejor ejemplo: la infancia se médicaliza, la sexualidad se médicaliza, la belleza y la fealdad se médicalizan, el trabajo y el deporte se médicalizan, etc.). René Jules Dubos (1901-1982) -eminente bacteriólogo, famoso por sus contribuciones en el desarrollo de los antibióticos- revisa y discute el papel de control y legitimación social que ha jugado la intervención médica individual desde finales del siglo XIX y la primera mitad del XX. Presenta además evidencias empíricas que cuestionan la eficacia real de estas intervenciones médicas en el abatimiento de la mortalidad por enfermedades infecciosas en ese periodo de la historia.

[179] No sólo el MMH cumple este papel ideológico y político, también los saberes y prácticas de los otros modelos médicos forman un aparto ideológico y político de Otros sistemas de organización social. Por ejemplo, Evans-Pritchard (1937), en *Brujería, oráculos y magia entre los Azande*, documenta las funciones de control social que ejerce la prácticas de brujería y magia entre dicha tribu africana.

1990:106)[180]. Estas funciones de control, normación y legitimación tienden a radicar en la subjetividad, y sus procesos y consecuencias deben ser buscados en la relación estructura/sujeto.[181]

El proceso de médicalización se encuentra en expresiones más fáciles de localizar. La medicina y su *pharmacia* se expanden a cada vez más áreas del comportamiento. Casi todos los inconvenientes los convierte en enfermedad y los hace susceptibles de la intervención farmacológica (el alcoholismo, los estados de ánimo "alterados", la capacidad física e intelectual, el "vigor sexual", etc.), opacando sus determinaciones económicas, políticas, sociales y culturales.[182]

Las funciones económico-ocupacionales se refieren al importante papel económico que ocupa "la industria de la salud", en la dinámica económica del mundo. Y aquí se debe incluir no sólo a la gran industria farmacéutica y la organización del aparato médico sanitario público y privado que proveen de servicios personales y no personales, preventivos y curativos, también debe contarse el peso de los seguros médicos, los servicios de abogados en litigios relacionados a la salud / enfermedad / atención y los empleos generados en estas áreas, pero además se debe incluir el papel de los productores de enfermedad. "Es decir, a las consecuencias negativas generadas para

[180]. La práctica médica transmite pautas de comportamiento consideradas correctas y pautas de comportamiento consideradas incorrectas o desviadas. El caso de los comportamientos "hiperactivos" en los niños es un ejemplo elocuente (el exceso de actividad característico de la infancia, en tanto inadecuado para el tipo de vida fomentado por el estilo urbano moderno, es etiquetado como desviado). Pero los ejemplos pueden extenderse a casi todas las esferas de la vida (la sexualidad, el comportamiento criminal, el consumo de drogas, el desempeño escolar, etc.). Menéndez nos recuerda que tanto la teoría de la desviación desarrollada por el interaccionismo simbólico, como la construida por el marxismo, las propuestas foucaultianas o una parte de lo que se denominó antipsiquiatría, usaron como objeto privilegiado de su análisis a la enfermedad, al hospital y al equipo de salud. Un ejemplo contemporáneo de estas funciones de control institucional, legitimación y normación entre personas que viven con VIH/SIDA en Chiapas (particularmente en Los Altos) puede verse en el trabajo de Sánchez-Tapia (2004).

[181]. Para ahondar en la discusión sobre las funciones de control, normalización y legitimación, véase "Modelo Médico Hegemónico: Funciones", en Menéndez 1990:105-111.

[182]. Dubos ha acuñado el término de "Teoría de la etiología específica" para referirse a la ideología de la medicina científica de que toda enfermedad tiene UNA etiología fundamental que puede ser "atacada" con recursos farmacológicos, lo que Dubos llamara, las "balas terapéuticas" (y es significativo que este señalamiento lo hiciera el propio Dubos, pionero destacado -desde los años veinte del siglo pasado- de la antibioticoterapia). Así, la medicina prescribe que una fargingoamigdalitis bacteriana se cura con antibióticos (se indican penicilina o aminopenicilinas); los trastornos de erección se deben tratar con inhibidores selectivos de fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5 como citrato de sildenafil, el famoso *Viagra*); para el alcoholismo, la medicina receta Disulfirán (*Antabuse*); para los trastornos depresivos se prescriben reguladores de la neurotransmisión de serotonía y noradrenalina como los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa (el famoso *Prozac* -fluoxetina- es uno de los ejemplos). No quiero decir que el uso de estos médicamentos carezca de fundamentos bioquímicos sólidos y convincentes, tan solo hago hincapié en que esta médicalización oculta otros determinantes posibles.

la salud colectiva por un desarrollo económico que no incluye dichos costos en su proceso productivo..." (Menéndez, 1990:109)[183].

En el Capítulo Seis se elabora una discusión sobre las adecuaciones y transformaciones que sufre el MMH en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas.

III. Los servicios públicos de salud en la situación interétnica. Apuntes para la discusión

Para comprender como se articulan los sistemas médico hegemónico y las relaciones interétnicas en el encuentro entre prestadores y usuarios de los servicios públicos de salud en el ámbito indígena, es útil identificar las formas posibles de interacción cultural en el marco de la relación clínica entre el médico y su paciente, en el contexto interétnico. Barriguete y colaboradores (s/f) sugieren que "debemos conocer la perspectiva cultural que sustenta el médico y su equipo ante la tarea clínica", pero también la perspectiva cultural del paciente que solicita los servicios (véase Recuadro Tres).

Generalmente en el proceso de interrelación interétnica los actores involucrados tienen distintos idiomas, por lo que la lengua y las dinámicas de comunicación son de importancia fundamental para la comprensión de estas relaciones.

Indiscutiblemente la lengua es un factor central para la comunicación exitosa entre el médico y el paciente en el contexto clínico interétnico. El lenguaje es un factor decisivo para la integración del diagnóstico y la comprensión de las prescripciones terapéuticas. La lengua "tiene como función la representación y presentación de los pensamientos, afectos, cosmovisión, hábitos, costumbres" (Barriguete, *Op. Cit.* : 30) de la persona. Así, el conocimiento de la lengua nos permite comprender la dimensión verbal en la relación clínica; pero no sólo eso, además nos faculta para interpretar las dimensiones no verbales de la comunicación, ya que a través de la lengua nos podemos percatar de las múltiples relaciones entre las emociones y el orden socio-cultural al que pertenece el paciente, aunque no sean necesariamente verbalizadas (*Ibíd.:* 32).

[183] Siguiendo a Menéndez, no me refiero sólo a los productos relacionados "naturalmente" a enfermedades concretas, como el caso del tabaco o el alcohol (fácilmente relacionados a enfermedades como el cáncer pulmonar o la cirrosis hepática); me refiero al complejo productivo global. Al costo social, y su impacto en la salud / enfermedad, que genera un producto. Como señala Menéndez: "En el costo de un automóvil no están incorporados los costos de construcción y mantenimiento de carreteras; de utilización de hospitales y de servicios policiales y jurídicos; de polución ambiental y de problemas de tráfico; de muertes por accidentes, etc." (1990:110).

Por otro lado, ha sido comprobado que el lenguaje no solamente funciona como canal de comunicación, sino que, en el marco de la atención médica, la lengua juega un importante papel terapéutico *per se* (*Ibíd.:* 31).

Sin embargo, en la intervención clínica en el contexto indígena, es frecuente encontrar que el personal médico alópata no tenga el dominio mínimo de la lengua del Otro, que le permita enfrentar mejor su labor clínica y mantener una comunicación adecuada en la relación médico – paciente. Por esta razón, la mayoría de las veces la comunicación durante la consulta médica debe ser mediada por un auxiliar en la traducción[184]. Esta presencia mediadora de la comunicación inevitablemente influye - positiva o negativamente, según sea el caso - en las orientaciones que toma la relación médico – paciente, por lo que es un factor que debe ser tomado en cualquier análisis de la relación médico – paciente en el contexto interétnico.

Recuadro Tres. Tipos de Intervenciones Clínicas Posibles en el Contexto Interétnico

Teóricamente identificamos cuatro formas posibles de interrelación cultural (Barriguete, *Op. Cit.*):

- *Intra-cultural*: cuando el terapeuta y el paciente pertenecen a la misma cultura. El terapeuta toma en cuenta las dimensiones socio-culturales del paciente en su integración diagnóstica y prescripción terapéutica.
- *Inter-cultural*: cuando el terapeuta y el paciente provienen de diferentes culturas, pero el terapeuta conoce la cultura del paciente y la utiliza como apoyo en la integración diagnóstica y prescripción terapéutica.
- *Meta-cultural*: cuando el terapeuta y el paciente pertenecen a diferentes culturas. El terapeuta desconoce la cultura del paciente, aunque reconoce la importancia de la dimensión cultural y la respeta. Eventualmente la utiliza en la integración diagnóstica y la prescripción terapéutica.
- *Trans-cultural*: cuando el terapeuta y el paciente pertenecen a diferentes culturas. El terapeuta desconoce la cultura del paciente y no reconoce la importancia de la misma en el proceso s/e/a. Busca imponer sus conceptos culturales a través de sus enfoques diagnósticos y terapéuticos, sin tomar en cuenta la dimensión cultural del paciente.

IV. Conceptos de accesibilidad, utilización y calidad de la atención en los servicios de salud

Los términos 'accesibilidad' y 'utilización' de los servicios de salud, han sido motivo de amplias discusiones teóricas en el campo de la salud pública (véase Anderson 1973; Aday y Andersen 1974; Donabedian 1990; Frenk 1985; 1994). Sin ahondar, de momento, en esta discusión teórica, propongo una definición funcional a los propósitos analíticos de este trabajo.

[184] Normalmente un miembro del grupo indígena que domina la lengua del médico y que además posee ciertos conocimientos de salud dentro del paradigma biomédico. Por ejemplo, puede ser un promotor, auxiliar o técnico en salud.

Por accesibilidad se debe entender el grado de ajuste (acoplamiento, conciliación, arreglo que facilita el acceso) existente entre los recursos de salud y la población objetivo de los mismos. Por utilización debe entenderse el consumo real de los servicios. La accesibilidad es una condición necesaria para que se de la utilización. Primero el recurso debe ser accesible. Segundo, se accede, efectivamente, al recurso y se utiliza –se consume- el servicio producido. La accesibilidad es un factor mediador entre la capacidad potencial de los recursos para producir servicios y la utilización o consumo real de los mismos (Frenk, 2000 [1994]:58 – 67).

Avedis Donabedian, connotado teórico de la salud pública, ha propuesto tres dominios para la accesibilidad: el dominio amplio, el intermedio y el estrecho. En el presente trabajo nos referiremos al *dominio amplio* de accesibilidad propuesto por Donabedian.[185] La característica fundamental de este dominio amplio de la accesibilidad es que abarca desde el deseo del usuario por obtener la atención médica, la búsqueda, el inicio y la continuación de la atención.[186] De este modo, se considera a la accesibilidad no sólo como característica de los recursos (los recursos son o no son accesibles), sino también como característica de los propios usuarios.

¿Cómo puede ser o no accesible un recurso para la salud en función de las características de los usuarios? Se podría pensar que la accesibilidad es una característica exclusiva de los recursos (tal recurso es o no es accesible); pero considerar la accesibilidad como característica de los propios usuarios tiene sentido, especialmente en situaciones interculturales. Pongamos el ejemplo del recurso 'condón' o las píldoras hormonales conocidas como 'anticoncepción de emergencia'. El recurso (condón, pastillas) pudiera estar presente en una instalación (centro de salud) a la cual se tuviera acceso geográfico (en la comunidad, a una distancia corta y con medios de transporte), que además se encuentre abierta a cualquier hora y se expendiera gratuitamente. ¿Es este un recurso accesible? ¿Qué podría impedir que el recurso fuese utilizado por la población? Pues las propias representaciones y prácticas de la población respecto a estos recursos. Si la

[185] Aunque Donabedian propone los dominios estrecho, intermedio y amplio de la 'accesibilidad', él mismo suele apegarse a los dominios estrecho e intermedio, dejando de lado el domino amplio (véase Frenk, 1985).

[186] El dominio intermedio abarca la búsqueda, inicio y continuación de la atención; el domino estrecho considera solo el inicio y continuación de la atención. Estos dominios consideran a la accesibilidad como una característica exclusiva de los recursos. La discusión entre los teóricos de la 'accesibilidad' se ha centrado en los diferentes dominios del concepto. La mayoría de los trabajos en salud pública utilizan los dominios estrecho o intermedio. Ninguno de estos toma en cuenta el deseo de atención por parte del paciente. De este modo consideran a la 'accesibilidad' como una característica exclusiva de los recursos, en los que no interviene el paciente potencial. Frenk considera al dominio amplio del concepto de 'accesibilidad' como sinónimo del concepto de 'factores determinantes de la utilización' de los servicios (Frenk 1985).

población a la que se dirige este recurso ignora que existe, o tiene representaciones negativas del mismo y no admite su consumo, entonces el recurso será inaccesible a pesar de estar ahí[187].

La razón de considerar el dominio amplio de accesibilidad en el análisis de este trabajo, radica en el supuesto de que las representaciones que tiene la población indígena de Los Altos de Chiapas sobre los médicos mestizos prestadores de los servicios públicos de salud, influyen -positiva o negativamente- en el deseo y búsqueda de atención. Así, la accesibilidad no solamente es una característica relacionada a los recursos para la salud, sino de la población misma a la que van dirigidos.

Donabedian propone una clasificación de cuatro formas fundamentales de la accesibilidad: la geográfica, la financiera, la organizacional y la cultural. La accesibilidad geográfica se refiere "al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los recursos" (Frenk 2000 [1994]:64). Los recursos deben localizarse cerca de dónde vive la población. Normalmente se reconoce como accesible geográficamente un recurso si se encuentra a menos de una hora de distancia del usuario (ya sea caminando o a través de cualquier medio de transporte). La accesibilidad financiera se refiere a la capacidad del usuario de pagar los gastos generados por la atención. Esto incluye el costo de los servicios, del traslado, del tiempo invertido (pérdidas laborales), de insumos, etc. La accesibilidad organizativa se refiere al grado de ajuste entre la forma como se organizan los servicios y las características de la población potencialmente usuaria. Por ejemplo, los horarios de los centros de atención o los tiempos para obtener una cita. Sin embargo, la cultural es una de las formas fundamentales de la accesibilidad menos discutidas en los sistemas de salud. Así, en este trabajo pongo énfasis en la accesibilidad cultural.

La accesibilidad cultural se refiere a los "factores culturales" que facilitan u obstaculizan el uso de los servicios. Algunos ejemplos son: la lengua, las representaciones sociales sobre el proceso s / e / a, la concepción sobre los servicios, las prácticas de autoatención, etcétera.

La definición del concepto de "calidad de la atención" de los servicios de salud en comunidades indígenas que han sugerido Castro y Erviti (2003) resulta adecuada para los fines del

[187] En el ejemplo citado, una usuaria católica "ortodoxa" no podría hacer uso de la anticoncepción de emergencia porque esto le acarrearía la excomunión de su Iglesia y la (supuesta) condena de su alma al tormento eterno en las llamas del infierno. Prefiere, entonces, la punición terrenal de criar a los hijos que Dios mande (o que el método Billings permita). (Véase en la prensa mexicana de los meses de diciembre del 2003 y enero del 2004 –especialmente *La Jornada*, *Proceso*, *Reforma*, *Milenio*- el debate público en torno a la incorporación de la pastilla de "anticoncepción de emergencia" dentro del cuadro de médicamentos de la Sistema Nacional de Salud. Nótese el llamado de la Iglesia a su feligresía para el rechazo del método).

estudio. Se deben considerar tres aspectos de la calidad: a) la competencia técnica, b) la competencia humana y c) la competencia cultural.

a) la competencia técnica se refiere a la capacidad que tienen los servicios de salud de brindar respuestas efectivas y eficientes a las demandas de atención de la población. “Un servicio de calidad es aquel que puede dar respuesta oportuna, eficaz y constante, que sea accesible geográfica, económica y culturalmente, y que, para los padecimientos considerados genéricamente “del médico” disponga de recursos más poderosos que los que puede ofrecer la respuesta terapéutica local, con esquemas de derivación o canalización seguros” (Castro y Erviti, 2003:6). Se debe hacer hincapié que aspectos como la permanencia, continuidad y accesibilidad de los servicios en la comunidad y la garantía de mecanismos de canalización o de referencia “seguros” son considerados parte de la competencia técnica de la atención. Esta seguridad se refiere a dos aspectos: “1) la percepción positiva de la cura, y 2) la disminución de la incertidumbre cuando se sale fuera de la comunidad: incertidumbre frente al riesgo de ver agravada la salud o la posibilidad de morir, frente al gasto, frente a la discriminación, frente a la incomprensión lingüística y cultural, frente al “regaño” por la pobreza o suciedad de las ropas y del cuerpo, frente a la posibilidad de pérdida de oportunidades de trabajo” (*Ibíd*. 6-7)

b) La competencia humana se refiere al trato digno y respetuoso que debe ofrecerse al usuario. Esto implica informar al paciente sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y obtener su consentimiento informado para los mismos. Este conocimiento informado requiere que el terapeuta exponga con claridad las explicaciones sobre el estado de salud/enfermedad que afectan al paciente, las medidas terapéuticas y el pronóstico.

c) La competencia cultural “es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud reconoce la necesidad de una autorreflexión respecto a sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura; combina un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene del paciente y que va incorporando a su propia perspectiva” (*Ibíd*. 7). Implica reconocer que los usuarios tiene

representaciones diversas sobre el proceso salud/enfermedad/atención, evitando hacer juicios sobre los mismos, por el contrario, procurando una actitud que le permita comprender y reconocer las fortalezas en las actitudes y valores de dichas representaciones, manteniendo la disposición a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de un paciente se encuentra en peligro, por ejemplo, permitir que una parturienta tome *posol* después del parto.

V. El estudio de las prácticas y representaciones sociales

La noción de 'representación social' utilizada en este trabajo es aquella que introdujo en la psicología social S. Moscovici en 1961, y que han discutido y desarrollado teóricamente destacados científicos sociales: Jean-Claude Abric, Claude Flament, Christian Guimelli, Jodelet y Michel Morin, entre otros.

Identificar "'la visión del mundo' que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para *actuar o tomar posición* es (…) indispensable para entender la dinámica de *las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales*"[188] (Abric 1994:11).

Jodelet define la representación como "una forma de conocimiento, *elaborada socialmente* y compartida con un objetivo práctico que concurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social" (Jodelet 1989 en Abric 1994:13).

En el presente estudio se entiende a las 'representaciones sociales' como la visión funcional del mundo que tiene un individuo o grupo, la cual le confiere sentido a sus prácticas y conductas, además de permitirle entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y definir de ese modo el lugar que ocupa él mismo en el mundo (Abric 1994:13).

Las representaciones se relacionan con las prácticas sociales en tanto son "una *guía para la acción"*, es decir, "orientan las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-decodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de *anticipaciones* y *expectativas*" (*Ibíd.*:13).

En el presente trabajo se analizarán las representaciones y las prácticas[189] influidas por ellas, que guían las relaciones de un grupo social con el Otro, en el caso concreto de las relaciones interétnicas entre prestadores y usuarios de los servicios públicos de salud en Los Altos de Chiapas.

[188] Las cursivas son mías.
[189] Pueden ser acciones u omisiones conscientes e intencionales.

SEGUNDA PARTE:
ETNOGRAFÍA DE LOS ENCUENTROS MÉDICOS INTERÉTNICOS EN CHENALHÓ

Introducción a la Segunda Parte

En la primera parte del texto –capítulos Uno y Dos- se ha expuesto una introducción general a la configuración social y el contexto sanitario del municipio de Chenalhó, además de los presupuestos, ejes de análisis y lineamientos teórico-conceptuales en que se enmarca el presente estudio.

En esta segunda parte –que comprende los capítulos Tres, Cuatro y Cinco- se ofrece la presentación etnográfica de los hallazgos obtenidos durante el trabajo de campo que versan directamente sobre los encuentros médicos interétnicos (sea en los servicios públicos de salud o los que brinda el *Jloktor ja'jchi'iltik*) en algunas comunidades del municipio de Chenalhó.

El Capítulo Tres presenta a los actores (los usuarios indígenas y no indígenas, y los prestadores, a saber, el personal de la unidad de salud y el *jloktor ja'jchi'iltik*) y los espacios utilizados para los encuentros médicos. Más allá de la mera descripción física (estática) de actores y escenarios, se pretende la caracterización del conjunto de circunstancias y eventos que tienen lugar en el espacio y tiempo del encuentro entre prestadores y usuarios. Cabe notar desde ahora que estos encuentros no se dan exclusivamente en espacios clínicos ni respondiendo a solicitudes meramente asistenciales. Es el caso de las actividades enmarcadas en programas como *Oportunidades,*[190] donde el encuentro entre prestadores y usuarios responde a finalidades administrativas, informativas, educativas, preventivas, etc., más allá de motivaciones asistenciales.[191]

La mirada comparativa sobre los diferentes actores y escenarios será guiada por la lente de los tres ejes de análisis propuestos en el trabajo: 1) la búsqueda de contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo, desde cualquiera de los actores hacia el Otro (de prestador a usuario, de usuario a prestador, de mestizo a indígena, de indígena a mestizo), o la ausencia de

[190] *Oportunidades* es un programa de desarrollo social implementado por el gobierno federal como parte de su estrategia *Contigo,* dirigido a la población que vive en condiciones de pobreza. Este programa es la continuación del otrora Programa de Salud, Educación y Alimentación (*Progresa*). Más adelante, en este capítulo, se ahonda la explicación sobre el programa *Oportunidades.*

[191] De hecho, en los últimos años se ha incrementado notablemente este tipo de encuentros entre prestadores y usuarios de servicios públicos de salud que responden a las funciones de control, normalización y legitimación del MMH, más allá de sus funciones curativas (Menéndez, 1983). Se volverá a este punto en la discusión.

dichos contenidos valorativos; 2) la evaluación, a partir de las experiencias y opiniones de los actores involucrados en los encuentros médicos, de si estas valoraciones –de existir (el prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo)- constituyen una barrera para la accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud; y 3) la exploración de las valoraciones implícitas y explícitas en la organización de la respuesta sanitaria -a partir del Aparato Médico Sanitario (AMS)- en el contexto indígena (específicamente la presencia de valoraciones de discriminación y racismo), lo que empíricamente se pondrá en evidencia en la orientación de sus programas, en el estado de los recursos con que cuenta (particularmente las insuficiencias y carencias de los mismos) y en la valoración de la prestación de los servicios (especialmente las posibles deficiencias en la calidad técnica).

Esto permitirá reflexiones, discusiones e interpretaciones múltiples que puntualizaré en las conclusiones provisionales al final del capítulo, mismas que se desarrollaran plenamente en el Capítulo Seis.

El Capítulo Cuatro se dedica a la exposición y discusión de las prácticas operadas por cada uno de los actores involucrados en los encuentros médico-clínicos. Con el propósito de resumir, se presentan las narraciones detalladas de casos típicos[192] -definidos por el autor como "casos representativos"-. Estos casos han sido construidos por el autor a partir de los patrones de prácticas observadas[193] para los diferentes actores involucrados. Dichas narraciones se componen de elementos de varios casos observados y no se trata de un caso en particular. Aquí se describen y discuten las prácticas que, en el marco de la consulta médica, tienen los actores involucrados unos para con otros.

En este mismo capítulo se presenta y comenta el "encuentro médico" en el marco del programa *Oportunidades,* con especial énfasis en las actividades de Educación para la Salud circunscritas en el programa. Se ha decidido incluir un pasaje etnográfico referido al programa, pues como se verá, *Oportunidades* significa una transformación cualitativa en las dinámicas habituales del

[192] Ante la obvia imposibilidad de incluir todos los casos observados.

[193] Por "patrones de prácticas" se hace referencia a las prácticas que se repiten constantemente y que han sido valoradas como esenciales por el autor. Estos "patrones de prácticas" fueron apreciados por el autor durante la observación de diversos encuentros médicos. Con fines esquemáticos y analíticos se han dividido siete momentos estructurales de la consulta médica y un eje transversal: 1) el saludo, 2) el interrogatorio sobre el padecimiento actual, 3) la exploración física, 4) la integración diagnóstica, 5) la prescripción terapéutica y pronóstico, 6) el despido y fin de la consulta, y el eje transversal, 7) la dinámica de la comunicación. Esta división de los momentos estructurales de la consulta médica es artificial y responde meramente a fines esquemáticos y analíticos, aunque de alguna manera repite el patrón del desarrollo de la consulta médico alopática.

encuentro prestador/usuario y por las implicaciones que tiene el programa respecto a las adecuaciones/transformaciones del MMH a través de la organización del AMS.

En la construcción narrativa de los casos descritos se ha procedido con apego absoluto a lo observado. Al final del capítulo y siguiendo los ejes de análisis ya mencionados, se puntualizan algunas conclusiones provisionales, mismas que se desarrollan ampliamente en el Capítulo Seis.

En el Capítulo Cinco, siguiendo los ejes de análisis propuestos, se exponen las representaciones de cada uno los actores involucrados en el encuentro médico interétnico. Así, se presentan representaciones sobre el Otro, sobre las relaciones interétnicas, sobre las prácticas clínicas y su calidad técnica[194] (en las diferentes modalidades de prácticas y saberes que estamos considerando), sobre los programas, servicios y recursos, sobre los terapeutas y sobre los pacientes. Se muestran las representaciones de los trabajadores de salud mestizos que laboran en los servicios públicos de salud, las del *jloktor ja'jchi'iltik*, las de los usuarios indígenas y las de los usuarios mestizos. Al final del capítulo se presentan algunas conclusiones provisionales.

[194] Me refiero a la calidad técnica *percibida por el usuario* del servicio. Es posible que la calidad técnica percibida no corresponda con la calidad técnica científicamente delimitada. Puede ser que el terapeuta elabore un diagnóstico exacto y prescriba el tratamiento preciso, pero al mismo tiempo, puede ser que el usuario emita un juicio negativo basado en lo que él estima como técnico: "este diagnóstico es incorrecto; este tratamiento, erróneo". Puede ocurrir exactamente lo contrario; ante un diagnóstico y tratamiento técnicamente erróneo, el usuario pudiera emitir un juicio aprobatorio sobre lo que él considera técnico: "este terapeuta *sí sabe*. Eso que me diagnosticó es exactamente lo que tengo, ese tratamiento que me prescribió es justamente lo que necesito". Que el usuario sea lego en los saberes y prácticas del terapeuta, no lo excluye de emitir juicios respecto al proceder meramente técnico; además de considerar la calidad del trato o calidez (incluso el usuario puede valorar de modo contrario estos dos aspectos de la calidad. Decir, por ejemplo: "es muy buen galeno, pero el más insolente").

CAPÍTULO TRES. El encuentro entre prestadores y usuarios de los servicios de salud: actores y escenarios

Preludio. Llano Aguacatal, la localidad de estudio

Llano Aguacatal,[195] en Chenalhó, es la localidad que seleccioné para la realización del estudio. Fueron varias las razones.

A principios del año 2000 conocí la región dónde se ubica el paraje. Había trabajado en sus alrededores participando en programas de atención primaria en salud desarrollados por organizaciones médico-humanitarias (a propósito de la situación de los desplazamientos internos de población, acaecidos desde 1997), y aunque Llano Aguacatal mismo no había sido una comunidad objetivo de estos programas, con frecuencia acudía a la localidad para hacer compras, abordar el transporte público, encontrarme con alguna persona o simplemente la cruzaba de largo en mi trayecto entre comunidades.

Llano Aguacatal es una comunidad significativa en la región norte de Chenalhó, aunque su población no supera los mil habitantes. Se ubica en una planicie relativamente extensa de la parte alta del municipio. El terreno del paraje es, insólitamente, poco accidentado en comparación con el resto de las localidades del municipio. Allí confluyen los caminos que conducen a las comunidades de la zona. Es sitio de paso obligatorio por la carretera que recorre de San Cristóbal de Las Casas a Pantelhó, pasando por la cabecera municipal de Chenalhó. Cuenta con bases de servicios de auto-transporte público que comunican con las cabeceras de estos mismos municipios, además de varios parajes de Chenalhó. La localidad también es accesible desde comunidades de municipios vecinos como Tenejapa y Chalchihuitán, y es común tropezar con oriundos de esos lares durante los días de mercado o fiesta de la localidad.

Llano Aguacatal también es centro importante del comercio local: los fines de semana el mercado congrega a multitud de clientes y marchantes de las comunidades aledañas que mercan variedad de productos (granos, frutas y verduras, aves de corral, telas, enseres domésticos y para el trabajo, ropa, calzado, casetes y discos “piratas” de los grupos musicales del momento, películas –también “piratas” y en formato VCD- sobre *narcotraficantekarateca-justicierovengadores* o las producciones “hollywoodenses” de próximo estreno, entre otra variedad de productos); los comercios establecidos cuentan con un surtido equiparable al de las tiendas de la cabecera; la concurrencia

[195] El nombre del paraje ha sido modificado.

regodea su paladar en los puestos de comida y expendios de alcohol de caña (el llamado *posh*) y cerveza; en tiempos de cosecha, los intermediarios del café (designados con el mote de "coyotes") acuden al paraje a comprar el bondadoso fruto; el trajín regional de refrescos (de la *Coca Cola Company*) cuenta con una bodega de amplias dimensiones en la localidad. Por alguna o por otra razón, los vecinos de la región suelen congregarse en Llano Aguacatal.

Así, la localidad también es espacio ineludible de múltiples encuentros interétnicos. Algunos comerciantes que acuden al mercado son indígenas *chenalheros* o de los municipios aledaños; otros, mestizos de la localidad, sancristobalenses, tuxtlecos o de Pantelhó. Los intermediarios del café y los mercaderes ambulantes suelen ser mestizos,[196] aunque también participan de esta actividad algunos indígenas de San Cristóbal o de Chamula, principalmente.

Desde hace más de cinco años hay un cuartel de policías de seguridad pública del estado ubicado en las cercanías del centro del poblado. Casi todos estos policías son mestizos de otros municipios chiapanecos. También, en un costado del paraje, desde hace diez años hay un amplio campamento militar (instalado a raíz del conflicto armado entre el EZLN y el gobierno federal en 1994). La tropa, mestiza, es oriunda de otros estados de la república mexicana (San Luis Potosí, Durango, Tabasco, Campeche, Veracruz, Distrito Federal, entre otros) y suele permanecer por temporadas cortas en el paraje (por tres meses, después hay un cambio total del grupo). Es común observar a oficiales y soldados transitando entre el gentío local por las tardes, los fines de semana y los días de mercado o fiesta. No falta el alto mando militar aficionado a la saludable caminata matutina. En repetidas ocasiones tuve oportunidad de observar, sentado al borde de un camino, rodeado por jóvenes promotores de salud indígenas, la vigorosa carrera de algún decano oficial en shorts negros de licra con franjas amarillo fosforescentes en los costados, sudadera gris, walkman y audífonos.

- "¿Por qué corre?", me preguntaban los promotores.
- "Pues está haciendo ejercicio", respondía yo, aprovechando, en mi papel de galeno y mentor, para divulgar las bondades del deporte aeróbico, "El ejercicio no sólo fortifica los músculos; vigoriza al corazón, robustece los pulmones, vivifica la mente, es remedio de los males, fuente de juventud…."
- "¡Mmmmh!", replicaban los promotores y disertaban en tsotsil, luego reían.
- "¿Qué?", inquiría, curioso, después de un rato.

[196] Los hay desde vendedores de paletas de hielo y helados, hasta quienes mercan aparatos electrodomésticos que adquieren en grandes centros comerciales (como el *SAM's*) de Tuxtla Gutiérrez.

- "Pues nada, que dice Tomás que por allá por Takiukum también hay un soldado que sale corriendo por las mañanas", respondía uno de ellos. Todos reían nuevamente (La gracia de tal pasaje sigue siendo un misterio para mi).

Policías y militares se han insertado vigorosamente en la economía local y la han intensificado. Afuera de sus campamentos hay tienditas y puestos diversos -incluidos los imprescindibles bazarcitos de artículos militares atendidos por mestizos fuereños (dónde se venden gorritas y boinas verde olivo, fundas para pistolas, dijes e insignias militares, camisetas con camuflaje, playeras con estampados belicosos y cráneos fracturados, etc.)-; los oficiales contratan a personas de la localidad para que les auxilien en faenas de limpieza o jardinería en sus instalaciones; puede verse a militares comiendo tacos o tomando un refresco en los comercios locales o comprando médicamentos en el consultorio del *Jloktor ja'jchi'iltik* de la comunidad, haciendo uso del transporte público para ir a San Cristóbal de Las Casas en sus días de asueto, y, en ocasiones, departiendo amenamente, entre risas coquetas, con las fuereñas trabajadoras del sexo comercial que suelen pasear –mascando chicle, mejillas pintadas de color rosa, mallas púrpuras, vistosa ombliguera y bolso en mano- por las cercanías de los cuarteles.

"Los ejércitos" –como la gente de la comunidad suele denominar a los militares- también organizan y llevan a cabo algunas actividades de módica lisonjería populachera, eufemísticamente denominadas "labores de acción social", entre ellas: los cortes de pelo gratuitos (esa puede ser una explicación por la que el famoso corte de pelo "casquete corto regular" es tan popular entre los jóvenes de la comunidad), chaporrear los terrenos que bordean los caminos y los espacios públicos del poblado (lo que, durante dos días, deja un agradable y refrescante olor a herbaje en toda la comunidad), pintar las bardas de la escuela primaria en menos de dos horas, organizar eventos cívicos y festivos a los que convidan al pueblo (como torneos de básquet bol en las fiestas patrias septembrinas o regalar dulces y juguetes el "treinta de abril día del niño" o poner a todo volumen desde el altavoz del campamento las mañanitas de Pedro Infante cada diez de mayo para festejar "a las madres en su día", etc.), ofrecer consultas médicas y odontológicas gratuitas (en el campamento militar, ¡a unos pasos de La Unidad de Salud del ISECH!), y ofrecer alimentos calientes (desayuno, comida y cena) en el comedor del campamento a quien lo solicite.[197]

[197] "No te creo", fue mi respuesta inmediata cuando la enfermera Meche González me comentó que en el campamento militar se servían alimentos calientes tres veces al día. "Que sí, sí es cierto", insistía ella. "Y antes, hasta llegaba la gente con su "tupper ware", para llevar su itacate". "No'mbre, no creo, eso del "tupper ware" es tú vacilada", le decía. "Que no, así es, de veras". Luego me lo dijo

En Llano Aguacatal también son frecuentes las relaciones interétnicas con otros fuereños: los maestros –mestizos o indígenas amestizados- de la escuela primaria y de la telesecundaria; los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud mestizos; funcionarios de gobierno mestizos[198]; miembros de organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales o internacionales[199]; miembros de iglesias, entre otros.

También hay dos consultorios odontológicos particulares en el centro de la localidad, en uno de ellos atiende un odontólogo mestizo oriundo de San Cristóbal de Las Casas, en el otro, un indígena hablante de tseltal originario de Tenejapa. Ambos atienden sólo los fines de semana y reúnen a pacientes indígenas y mestizos de diferentes comunidades y municipios.[200]

Además, en Llano Aguacatal mismo hay indígenas, indígenas amestizados y mestizos, oriundos del poblado. Eso lo supe después de iniciar mi trabajo de campo (pensaba que se trataba de una comunidad habitada exclusivamente por indígenas). Para mi desconcierto, durante el

---

Melivin Pérez, el odontólogo. Luego, Pedro Sántiz, el polivalente. Y luego todos los demás. Me parecía inverosímil. ¿Cómo va a ser?, decía yo. Porque, a decir de todos, en el comedor del campamento se servía carne, leche, frutas, queso, verduras, pan. "¡Y con que buen sazón!", a decir de Bilma Guillén, la química.

"Eso ya es demasiado", protesté, "ni que fuera un campamento de verano de los boy scouts; ellos son militares, escúchenlo bien: mi-li-ta-res. Ya mero va a tener la milicia su cocinita económica, y más aun, gratuita. Al rato me van a decir que el oficial de grado inmediatamente superior al teniente, e inferior al comandante es el "capitán de meseros"".

Así expresaba mi incredulidad. Pero ¡Oh, falto de fe! Yo mismo fui testigo del portento. Todos los días, más o menos a las dos y media de la tarde, varias familias indígenas y no indígenas de la localidad (y de otras localidades vecinas), llegaban despacito, paso a paso, a la entrada del campamento militar. La barricada de alambre de púas se abría de par en par para permitir la entrada de los comensales a la galera del comedor. ¡Ah, es cierto! ¡Es cierto!, exclamé, se dirigen al comedor, ¡aroma de arroz y Knorr Tomate! ¡el silbido lejano de una olla express! "¡spriffffffiiiiiiuuuuuu!"

"Vamos", me dijo Bilma, "para que veas qué buen sazón". "Me basta lo que he visto", respondí, "ahora creo en tú palabra". Y, por un inexplicable pesar interno ante la posibilidad de saciar mi malsano apetito a expensas del entrenamiento culinario de las fuerzas armadas, que generosamente el pueblo de México tiene a bien patrocinar, no entré a probar bocado alguno en el comedor del campamento militar… Y que me excusen, pero sigo sin creer eso del buen sazón.

[198] Del Procampo (un programa federal de apoyo al agro), del cocoes (Comité de Construcción de Escuelas, un programa estatal de mejora de la infraestructura escolar), de Telecom (dependencia de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, SCYT), de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESO, son responsables del programa estatal "Vida Mejor"), entre muchos otros.

[199] La mayoría de estas ONG no tienen actividades en Llano Aguacatal, sino en comunidades aledañas. De cualquier forma es común que miembros de ONG transiten y se relacionen con habitantes de la localidad.

[200] Esta situación llamó poderosamente mi atención: dos consultorios odontológicos particulares, uno atendido por un indígena hablante de tseltal, el otro atendido por un mestizo. ¿Y quién de ellos tiene más pacientes?, pregunté a varias personas. Todos coinciden en que el odontólogo indígena es el de mayor demanda. Él atiende a los pacientes indígenas de este y otros parajes. El odontólogo mestizo sólo atiende a otros mestizos, sean los de la localidad o los que llegan de Pantelhó, me explicaron.

desarrollo de la investigación me topé con un numeroso grupo de habitantes que se asumían como mestizos, que tenían el castellano como primera lengua, que no vestían a la usanza indígena típica del municipio y que se auto-distinguían claramente de esta última población (de "ellos", los "indios", los "inditos"). ¡Este grupo había pasado desapercibido durante mi tiempo de activismo médico en la región![201]

Al igual que en el resto del municipio, en Llano Aguacatal el pluralismo político y religioso se fusiona en marañas de identidades múltiples. Así, conviven -no siempre en armonía- adeptos de diversos credos religiosos (católicos, tradicionalistas, evangélicos y presbiterianos; cada uno tiene sus propios templos dispersos en la localidad) y políticos (partidarios priístas, perredistas, del partido convergencia, del partido del trabajo, zapatistas, e incluso partidarios panistas).

La localidad cuenta con servicios de energía eléctrica y, en las casas del centro del poblado, de un sistema de distribución de agua entubada, pero no potable. Casi todas las viviendas fueron beneficiadas con un programa de letrinización financiado por la delegación de la Cruz Roja Española hace tres años (en el 2001-2002).[202]

En el centro del poblado, las viviendas lucen algunos materiales de construcción diferentes a los de la generalidad de las casas en el resto de los parajes del municipio. Aquí se aglutinan más construcciones con paredes de bloc de concreto o adobe y pisos de cemento, la mayoría de ellas ocupadas por familias mestizas. La población mestiza que habita en la localidad se agrupa en las viviendas del centro del poblado, donde tienen sus comercios; en la periferia moran los indígenas en casas con paredes de tabla, techo de lámina y piso de tierra, construcción habitual de las viviendas de los parajes de la región.

Entre otros servicios públicos, Llano Aguacatal cuenta también con algunas casetas públicas de telefonía celular, internet satelital a través de un e-Centro,[203] una escuela primaria y una

[201] Compartí este hallazgo con colegas trabajadores de la salud vinculados a ONG nacionales e internacionales, que han trabajado en la región. Todos sin excepción se mostraron sorprendidos, y un tanto escépticos, ante el dato de la presencia de mestizos en una localidad que suponíamos indígena (cien por ciento indígena).

[202] Menciono que casi todas -pero no todas- las viviendas fueron beneficiadas del programa, ya que algunas familias rehusaron recibir los apoyos de este y otros programas. Me refiero a algunas familias base de apoyo del EZLN, que se adscriben a la práctica de la llamada "resistencia", que consiste *de facto* (aunque parcialmente, pues "la resistencia" no tiene definiciones prácticas precisas y homogéneas) en el rechazo sistemático de los beneficios posibles de las acciones derivadas de programas gubernamentales y, en ocasiones, organismos no gubernamentales (como es el caso de la Cruz Roja, sea la mexicana o de delegaciones internacionales).

[203] Instalado como parte del "Sistema Nacional e-México" de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCYT). Este es un instrumento de la política pública, con la intención de acercar la tecnología digital -y otorgar ciertos servicios públicos a través de ella- a toda la población,

telesecundaria públicas, además de una Clínica del Instituto de Salud del Estado (ISECH), de las más antiguas, espaciosas y de mayor cobertura en la región (más de cuatro mil cien personas en el área de influencia).

Por otro lado, en el paraje vive y atiende un afamado *Jloktor ja'jchi'iltik*, don Tiburcio Ventura, cuyo crédito y prestigio resuena hasta comunidades de municipios vecinos. Y también, en la comunidad y parajes aledaños, habitan varios promotores de salud (vinculados a agrupaciones políticas o religiosas), bien reputados y solicitados por amplios grupos de población.

Estas últimas características fueron razones imperiosas para tomar la decisión de realizar mi estudio en la localidad.

La Unidad de Salud Gubernamental

El Escenario

La Unidad de Salud que se encuentra en Llano Aguacatal, Chenalhó, depende administrativamente del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), contraparte estatal de la Secretaría de Salud federal (SSA).

Es una de las instalaciones médicas pioneras en la región de Los Altos; fue construida hace casi tres décadas. Ocupa un amplio terreno comunal a orilla de la carretera asfaltada que va de San Cristóbal de Las Casas a Pantelhó, lo que la ubica geográficamente accesible para varias comunidades de Chenalhó y de otros municipios como Tenejapa, Pantelhó y Chalchihuitán.[204]

El establecimiento está clasificado como Centro de Salud Rural con servicios de hospitalización (identificado con las siglas: CSR/H), lo que supone que además de ofrecer los recursos y servicios del primer nivel de atención, presta algunos del segundo nivel tales como hospitalización, quirófano y estudios de laboratorio y gabinete.[205]

---

especialmente a la más marginada (Julio César Margáin, coordinador general del Sistema Nacional e-México de la SCYT, en Política Digital, diciembre 2003/enero 2004:33-34).

[204] Se encuentra a menos de una hora de distancia en carro -sea transporte público o privado- a través de camino asfaltado desde las cabeceras municipales de Pantelhó, Chalchihuitán o Chenalhó. No hay transporte público ni caminos asfaltados desde la cabecera municipal de Tenejapa.

[205] Los servicios públicos de salud en México se dividen en tres niveles de atención, con base a los recursos con que cuentan y los servicios que ofrecen. En términos generales, el primer nivel se refiere a los recursos y servicios de consulta médica general. El segundo nivel se refiere a los recursos y servicios de hospital y consulta de especialidades "básicas" (pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general). El tercer nivel se refiere a servicios de consulta y hospitalarios de alta especialidad.

Los servicios que brinda La Unidad son gratuitos y se dirigen a la población no derechohabiente (la llamada población abierta) que habita en la zona de influencia de once comunidades (un poco más de cuatro mil cien personas beneficiarias, según datos de la Jurisdicción Sanitaria # 2),[206] aunque esta división no es tajante, ya que pude concederse la atención a cualquier persona que solicite el servicio, habite o no en la zona de influencia.[207]

Frente a La Clínica, cruzando la carretera, se encuentra la escuela primaria pública. A los costados, La Clínica colinda con solares de dos casas particulares, una de ellas es la de un reputado *j'ilol*,[208] quien frecuentemente atiende a sus pacientes en un cuarto contiguo a la vivienda.

---

[206] Así como cada jurisdicción sanitaria en el país se hace cargo de atender a la población de una determinada región geográfica, cada unidad de salud tiene delimitada una micro-región o "zona de influencia", que se refiere al área geográfica hasta donde deben extenderse sus actividades y efectos. A la población que habita esta zona de influencia se le conoce como "población beneficiaria".

[207] En estos casos es común que de manera arbitraria (esto es, fuera de cualquier normatividad) se cobre una "cuota de recuperación" (que supuestamente debe destinarse a reintegrar una parte del costo de los servicios, aunque de hecho se destina a fortalecer a la industria refresquera local. Ejemplo etnográfico: aproximadamente veinte monedas de un peso en la cajita donde se deposita el cobro de las cuotas de recuperación; el enfermero Claudio pasa por la farmacia, donde está la mencionada cajita; se asoma a la cajita; se percata de que hay unos veinte pesos y exclama: "¡*ay*, *yalcanza paloschescos*!" -que significa que hay dinero suficiente para comprar algunos refrescos-; Claudio toma algunas monedas y dándoselas a Pedro, el polivalente, le dice, "¿cómo ves? vete *porloschescos* ¿no?, *porai* le *trais* una su coca al antropólogo"). La "cuota de recuperación" es de cinco, diez o quince pesos; no existe una tarifa fija, normalmente esto se decide entre el médico y la enfermera después de observar al usuario y darse una idea de su condición económica a partir de sus características físicas, su forma de vestir, su higiene, su forma de hablar, su comportamiento. Al inquirir al personal de la unidad sobre estos criterios para decidir "la cuota" que se cobrará al usuario se me explicó con ejemplos: si se presenta un hombre no indígena (adjetivado por el personal como "blanco"), "que se mire bien nutrido" (en referencia a que excede el limitado grosor corporal medio de una población caquéctica), limpio y "bien vestido" (ropa en buen estado), pues "se le aplica" un cobro de diez o quince pesos; pero si se trata de una mujer indígena caquéctica, que acude con sus hijos igualmente desnutridos, con ropas sucias y gastadas, lo común es omitir cualquier tentativa de cobro. Un criterio extra en la definición de la tarifa es la pertenencia del usuario/paciente a otra unidad pública de salud (se dice: "oiga doña, ¡pero si a usted le toca en Pantelhó! ¿por qué se viene *paracá*?"); en estos casos el cobro se realiza para desalentar que estas personas sigan solicitando atención en la unidad de Llano Aguacatal ("porque nos cargan con más trabajo", dice el doctor Pilicastro. El argumento podría resumirse de la siguiente forma: les cobramos para que les quite esa maña de estar viniendo a consulta) y lo hagan en "la unidad que les corresponde".

[208] El *j'ilol* es un terapeuta indígena tradicional de Los Altos de Chiapas. "Al *j'ilol* se le reconoce como el curandero que posee la gama más amplia de conocimientos, lo que le permite curar a los enfermos del cuerpo y del alma. Procura cuidado a los pacientes con enfermedades graves, crónicas y agudas; conoce cuáles han sido provocadas por el viento, el rayo, el diablo o el agua y si se han adquirido a través del sueño, por envidia, por alimentos o por conductas socialmente inaceptables" (Freyermuth, 1993:72-73; Para ahondar, véase Page 2003; Holland, 1963; Pitarch, 1994).

En sus primeros años, durante la década de 1970, la Unidad de Salud de Llano Aguacatal era una construcción pequeña y austera; tenía paredes de adobe, piso de cemento y techo de lámina con teja. Contaba con un sólo consultorio médico, un baño, una cocina y una pequeña habitación que servía de dormitorio para el médico. Todo esto en menos de ochenta metros cuadrados de construcción.

A principios de los años noventa La Unidad fue remodelada. Frente a la antigua construcción de adobe -que fue convertida en casa de los médicos- se construyó un nuevo edificio más grande y de concreto.

En el año 2000, una organización médico-humanitaria internacional (la Delegación Alemana de la Cruz Roja)[209] brindó apoyo financiero para la construcción de una sala de expulsión-quirófano y una sala de hospitalización anexos a la misma Unidad.

Actualmente esta clínica cuenta con tres consultorios médicos generales y uno de odontología, farmacia, sala de espera, sala de urgencias y curaciones, laboratorio de análisis clínicos, laboratorio de rayos X, sala de expulsión-quirófano, vestidores, central de equipo y esterilización, una sala de hospitalización con seis camas, dos habitaciones para observación de pacientes que deban permanecer aislados, baños para pacientes, habitación para médicos, bodega[210], una ambulancia y estacionamiento para dicho vehículo (véase la figura 3).

---

[209] Desde el inicio del conflicto armado entre el Ejercito Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y el gobierno mexicano en 1994, y respondiendo a los Protocolos de Ginebra para conflictos Bélicos (1949), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha mantenido su presencia médico-humanitaria en la llamada "zona de conflicto", de la cual forma parte Chenalhó. Entre 1997 y 1998, como consecuencia de conflictos derivados de la violencia *in crescendo* en la región, se registraron desplazamientos de población (algunas cifras apuntan a más de veintiún mil personas desplazadas en el estado durante aquellos años. Véase CIEPAC. Boletín Chiapas al Día, No. 168) que se asentaron en campamentos de refugiados en terrenos de las comunidades de Polhó, Acteal y Xo'yep (véase Castro, Gustavo y Onésimo Hidalgo, *Población desplazada en Chiapas*, CIEPAC, 1999). Desde entonces las Delegaciones de Cruz Roja Mexicana, Española y Alemana, además del CICR, han brindado auxilio médico y humanitario a la población refugiada del municipio. En diciembre del año 2003 las diversas delegaciones nacionales de la Cruz Roja cerraron sus operaciones médicas y de apoyo alimentario para la población desplazada en la región (comunicación personal con paramédicos y enfermeras de la Cruz Roja Mexicana de San Cristóbal de Las Casas). Sólo el CICR mantiene la presencia –en San Cristóbal de Las Casas- a que le sujetan Los Protocolos en el marco del conflicto bélico irresuelto entre el EZLN y el gobierno mexicano.

[210] En el mes de junio del 2003, en la bodega de La Unidad se instaló una computadora con conexión satelital a Internet, un "e-Centro", como parte del "Sistema Nacional e-México" de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCYT). Este es un instrumento de la política pública que "se define como un sistema dinámico e integrador, que articula de manera efectiva los intereses de diversas instituciones a fin de ampliar las coberturas de servicios digitales básicos de

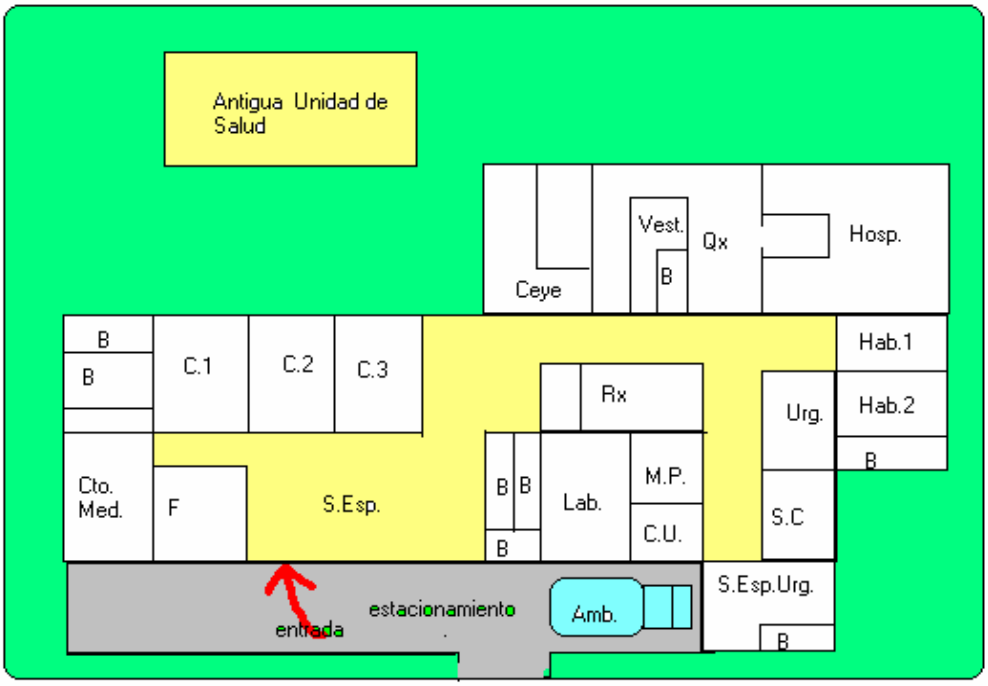


Figura 3. Plano de La Unidad de Salud gubernamental de la comunidad Llano Aguacatal

B = baños S. Esp. = sala de espera Lab. = laboratorio de análisis C = consultorios

Cto. Med. = cuarto de médicos M.P. = medicina preventiva F = farmacia

Rx = laboratorio de rayos X C.U. = consultorio de urgencias Vest.= vestidor

Qx = quirófano Ceye = central de equipo y esterilización Hosp. = hospitalización Hab. = habitaciones

Urg. = urgencias S.C. = sala de curaciones Amb.= ambulancia S. Esp.Urg.= sala de espera de urgencias

Supuestamente en esta unidad se deben brindar de lunes a viernes durante el turno matutino (de ocho de la mañana a tres de la tarde) los servicios de consulta externa general,

---

aprendizaje, salud, economía, gobierno, ciencia y tecnología, (…) para propiciar, mantener y fortalecer el uso de las computadoras y de Internet." La intención de este centro es acercar la tecnología digital -y otorgar ciertos servicios públicos a través de ella- a la toda la población, especialmente a la más marginada (Julio César Margáin, coordinador general del Sistema Nacional e-México de la SCYT, en Política Digital, diciembre 2003/enero 2004:33-34) Sin embargo, la instalación de este centro en la bodega de La Unidad de Salud tiene algunos inconvenientes: a) el centro no permanece abierto con horario fijo, ya que la bodega suele estar cerrada bajo llave, b) el uso de los servicios del centro se sujeta a la discrecionalidad del personal de La Clínica (se permite la entrada a los maestros de las escuelas, a los militares, al propio personal de salud, etc.), c) falta de control en la utilización de los equipos y las instalaciones (como el acceso a sitios "inmorales" –p.e. pornografía-, la impresión arbitraria de documentos personales, la pérdida de partes del equipo de cómputo o del stock de materiales y médicamentos, etc.). Para el mes de agosto del 2003 el equipo de cómputo se encontraba descompuesto (ya no tenía acceso a internet, no servía el "ratón" ni las bocinas ni la impresora, entre otros desperfectos). En el año 2002, en la comunidad de Acteal -en el mismo municipio de Chenalhó- fue instalado el primer "e-Centro" de la región, con quince computadoras nuevas; a finales de ese mismo año la mitad de las computadoras se encontraban descompuestas y fuera de servicio.

consulta odontológica, laboratorio de análisis clínicos, laboratorio de rayos X, medicina preventiva y farmacia, además de las actividades extramuros de Promoción y Fomento a la Salud (visitas domiciliarias, pláticas educativas, reuniones con el comité de salud, etc.). Los sábados, domingos y días feriados deben ofrecerse la consulta externa general, el abasto de médicamentos en farmacia y servicios de medicina preventiva. La sala de hospitalización, la atención de partos, los servicios de urgencias y las referencias a segundo nivel de atención deben funcionar las 24 horas, todos los días del año.[211]

Sin embargo, los espacios con que cuenta La Unidad se encuentran subutilizados y, por lo tanto, no producen todos los servicios esperados.

Por ejemplo, solamente en uno de los tres consultorios disponibles se ofrece la consulta médica (consultorio #1), ya que La Unidad de Salud cuenta con un sólo médico adscrito, el doctor Benito Pilicastro,[212] quien es a su vez director de La Unidad. No hay pasantes de medicina ni otros médicos de contrato, excepto el de fin de semana (que, como su condición indica, sólo acude a La Clínica los fines de semana)[213].

Otro de los consultorios funciona como archivo y cuarto de enfermería (el consultorio #2). Ahí se guardan los archiveros con los expedientes de los pacientes y se atienden las consultas periódicas de los beneficiarios del programa *Oportunidades*.[214] La atención de estos pacientes la realizan los enfermeros y enfermeras; sólo en caso de que estos pacientes manifiesten algún padecimiento, son atendidos en la consulta que ofrece el médico.

---

[211] Esta información fue obtenida de la comunicación verbal con el director de la unidad, el doctor Benito Pilicastro (el nombre ha sido modificado), y otros miembros del personal. A pesar de mi búsqueda de documentos escritos que especificaran los servicios que debe brindar la Unidad y sus horarios, no me fue referida su existencia (y, evidentemente, no me fueron mostrados).

[212] Adelante en este mismo capitulo se ahonda en la presentación de los miembros del personal de La Unidad de Salud. Todos los nombres han sido modificados para conservar el anonimato de los actores involucrados.

[213] En agosto del 2004, después de un año sin médico pasante en La Unidad de Salud, llegaron dos médicos a realizar su servicio social. Una médica egresada de la universidad La Salle (México, D.F.) y un médico egresado del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas “Salazar Narváez” (Tuxtla Gutiérrez, Chiapas).

[214] Los miembros de las familias beneficiarias del programa *Oportunidades* tienen la obligación de acudir a consultas médicas regulares (*so pena* de perder los beneficios del programa) con una periodicidad que depende de la edad y condiciones de salud de la persona (de hecho, la mayoría de las personas que acuden a la consulta en el marco del programa *Oportunidades* no tienen ningún padecimiento, ni enfermedad).

Las enfermeras de mayor antigüedad en La Clínica me cuentan que hace tres años había tres médicos: la doctora Jessica, entonces directora de La Clínica,[215] y dos pasantes en servicio social. El año pasado también hubo un médico pasante, pero en este año nadie quiso ocupar las plazas de servicio social que se ofrecen en La Clínica.[216]

El doctor Benito Pilicastro inició sus labores como director y médico del turno matutino en esta Clínica, tan sólo dos o tres meses antes de que empezara mi trabajo de campo en Llano Aguacatal (en julio del 2003). Esta Unidad se ha caracterizado por los cambios frecuentes de su personal, incluidos los médicos y directores. Me comenta el doctor Benito, "no se imagina cuántos directores ha tenido esta Clínica en los últimos cinco años. Hay quienes han durado tan sólo dos semanas. Es una Unidad muy problemática"[217].

El doctor Pilicastro ocupa el turno matutino de lunes a viernes, haciéndose cargo de la consulta en el consultorio número uno y atendiendo las urgencias que se presentan durante su horario. Los fines de semana y días festivos son cubiertos por un médico de contrato,[218] el doctor

[215] La doctora Jessica Montesinos ocupó el puesto de directora de La Unidad durante seis meses. Dejó el puesto al aprobar el Examen Nacional de Residencias y Especialidades Médicas para estudiar ginecología.

[216] A decir de las enfermeras, todos los médicos pasantes en servicio social que han estado en esta unidad han sido egresados de las dos escuelas de medicina de Tuxtla Gutiérrez, capital del estado de Chiapas: la pública, Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), y la privada, "Universidad Salazar Narváez". Al parecer, desde hace varios años no hay pasantes de la Universidad Nacional (UNAM), la Metropolitana (UAM), el Instituto Politécnico (IPN) o de alguna otra de las grandes universidades públicas del país, ocupando plazas de las Unidades de Salud gubernamentales de la región (aunque hay varios alumnos de la UAM, La Universidad La Salle y la Iberoamericana –las dos últimas son escuelas particulares- que hacen sus pasantías vinculados a organizaciones no gubernamentales [ONG] y asociaciones civiles [AC] que trabajan en la región).

[217] Entrevista con el doctor Benito Pilicastro, San Cristóbal de Las Casas, 24 de julio del 2003.

[218] Existen dos tipos de convenio laboral entre La Institución (SSA) y los trabajadores: a) el otorgamiento de la base, que es el contrato laboral de tiempo indefinido en donde el trabajador se afilia al sindicato, adquiriendo obligaciones para con él a cambio de la seguridad laboral que ésta afiliación le otorga. A los trabajadores que gozan de esta modalidad de contrato se les llama, "trabajadores de base"; b) el contrato temporal, que es el pacto que realiza directamente La Institución con el trabajador sin que medie la participación del sindicato de trabajadores. Una vez terminado el periodo del contrato, ninguna de las partes está obligada a renovar el convenio ni tiene más compromisos para con la otra parte. En este tipo de convenio laboral el trabajador no adquiere ciertos beneficios y prestaciones como los generados por la antigüedad, vacaciones pagadas, fondos de pensiones, días económicos, etc. La duración de los contratos suele ser de un sólo mes, con la posibilidad de renuevo por el mismo periodo (otro mes). A los trabajadores con esta modalidad de pacto laboral se les llama "trabajadores de contrato". La remuneración económica para trabajos iguales es mayor en los trabajadores de base, que para los trabajadores de contrato.

Cristóbal Mojica. Por las tardes y las noches se suspenden los servicios de La Unidad por falta de personal.[219]

La inasistencia y la impuntualidad también son prácticas comunes entre el personal.[220] Durante mi estancia en La Unidad –que duró cinco meses-, ni un solo día estuvo presente la plantilla completa del personal y siempre alguien llegó tarde o alguien se fue temprano. La inasistencia y la impuntualidad son reglas *de facto*.

El control de la asistencia y puntualidad está a cargo del director de La Unidad, quien debe reportar las respectivas irregularidades a las autoridades jurisdiccionales competentes. Sin embargo, entre el personal de La Clínica existe el acuerdo de que si alguno de ellos falta a su puesto de trabajo ("por cualquier motivo, pero sin abusar") y ese día ("por suerte") no pasa el supervisor de la jurisdicción,[221] entonces el director no hará ningún reporte de la inasistencia ("es que en un momento dado todos podemos faltar, es mejor apoyarnos ¿no?", me comenta el Dr. Benito), pero si efectivamente pasa el supervisor ("ni modo"), pues se entregará el reporte de inasistencia.

Todos los días alguien llega tarde y alguien se va temprano; siempre hay una buena excusa. Los lunes llega tarde (o, de plano, falta) el director de La Unidad, porque tiene que entregar los

[219] Cuando había pasantes de medicina la consulta general también se ofrecía en el turno vespertino y las urgencias se atendían las 24 horas... a veces, pues en ocasiones el pasante salía a San Cristóbal de Las Casas para disfrutar de un momento de esparcimiento (aunque fuera momento de prestar su servicio social). El Dr. Pilicastro me comentó que en varias ocasiones sorprendió en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, al ex médico pasante del La Unidad, cuando éste debería haber estado de guardia en La Clínica. Actualmente en casos de urgencias cuando La Clínica se encuentra cerrada, los pacientes acuden a la casa del polivalente Pedro Sántiz (originario y radicado en Llano Aguacatal) para solicitarle que los traslade en la ambulancia al Hospital General de San Cristóbal. Cuando la ambulancia funciona (ba), el Sr. Pedro presta (ba) ese servicio (se verá más adelante que durante mi estancia de trabajo de campo en La Unidad de Salud, la ambulancia con que cuenta la unidad se encontraba fuera de servicio por tener dos llantas irremediablemente ponchadas).

[220] Casi todos los miembros del personal viven en San Cristóbal de Las Casas (los médicos, las enfermeras y el técnico), excepto un enfermero que vive en Pantelhó, y el polivalente, la intendente y las auxiliares para la traducción, quienes viven en la comunidad.

[221] El supervisor es un médico encargado de recorrer las Unidades de Salud que corresponden a la Jurisdicción y verificar el correcto funcionamiento de las mismas. Una de sus funciones concretas es comprobar la presencia del personal. En las ocasiones que llegó el supervisor a La Clínica durante mi estancia, percibí un tenso ambiente de angustia, nerviosismo y ansiedad entre el personal, principalmente entre los trabajadores "de contrato" (lo cual es muy comprensible si se toma en cuenta que estos trabajadores tienen que renovar su contrato cada mes, a la vez que en el escritorio del jefe jurisdiccional se apilan carpetas con el currículo de varios médicos, enfermeras y técnicos que esperan una oportunidad de entrar a trabajar a la institución, pero como no se abren nuevos contratos, la única forma de entrar a trabajar "por contrato" es que alguien que ahora tiene contrato, deje de tenerlo).

reportes semanales en las oficinas de la jurisdicción, que abre sus puertas a las nueve.[222] Ese mismo día el resto del personal llega tarde (y algunos faltan), porque saben que el director va a llegar tarde (o va a faltar). Además de los lunes, cualquier otro día de la semana también es común que se solicite la presencia del director de La Clínica en las oficinas de la jurisdicción sanitaria para tratar algún asunto siempre urgente. Nuevamente ese día el director (y único médico) llega tarde o sale temprano o falta a su Unidad de Salud; curiosamente, ese mismo día el resto del personal también llega tarde o sale temprano o falta, procurando no ser sorprendido por el director o por el supervisor jurisdiccional.

Los viernes casi todos salen temprano, "porque ya es viernes", dicen; los días de pago el personal falta a sus labores o salen temprano, "porque es día de pago", argumentan; o cuando el supervisor jurisdiccional hace su visita por la mañana, a alguien (o a varios) le surge un compromiso imprevisto e ineludible que le obliga a salir (cinco minutos después de la camioneta del supervisor) rumbo a San Cristóbal de Las Casas; o cualquier día de la semana, si el antropólogo (yo) regresa temprano a la ciudad (porque tiene otros compromisos), a cualquiera le surgen también compromisos allá, "para aprovechar el aventón" (el antropólogo –yo- lleva carro).

Cada semana alguien se ausenta de La Clínica porque está tomando un curso o porque tiene que firmar su contrato o porque tiene incapacidad (que no necesariamente quiere decir que esté enfermo) o porque hay junta del sindicato o porque tiene vacaciones o días económicos[223] o porque está "arreglando un asunto" o porque es día de *descanso obligatorio*[224] o por cualquier clase

[222] Cualquier persona que acuda la mañana de los lunes a las oficinas de la jurisdicción sanitaria podrá constatar la presencia de un tropel de médicos -que deberían estar en sus unidades de salud- llenando registros y entregando las múltiples carpetas de papelería correspondiente.

[223] Los *días económicos* son unos días en que el trabajador tiene derecho a faltar a su puesto de trabajo (donde puede ser que a veces trabaje o a veces no trabaje) y hacer lo que quiera sin necesidad de justificación alguna. Gozar de un *día económico* es como estar amparado contra el trabajo, un salvoconducto de haraganería. Pero el *día económico* sí se le paga al que no trabajó por el trabajo que no realizó (en el caso que nos ocupa, se paga por las consultas que no se dieron o las urgencias que no se atendieron, por ejemplo). Comparto la duda que atormenta al escritor Guillermo Sheridan, ¿para quién son económicos los *días económicos*?, ¿para el que no trabajó?, ¿para la institución de gobierno en dónde no trabajó el eufemísticamente llamado "trabajador"? o ¿para los ciudadanos que financian (a través de sus contribuciones involuntarias), el pago del trabajo que no se hizo para su no beneficio, durante los *días económicos* que gozó el empleado?

[224] Nota para un posible lector extranjero: en México hay varios días de *descanso obligatorio* en el calendario oficial (diez días al año para ser precisos). Durante mi estancia de trabajo de campo pude comprobar que el personal de La Unidad de salud fue "obligado" a descansar (o por lo menos a no trabajar) en cinco ocasiones. Yo también fui obligado a dicho descanso. Es comprensible su perplejidad, estimado lector. Pero el hecho tiene una explicación: si a los mexicanos no se nos impone el descanso, es muy posible que trabajemos hasta la bonanza o la locura, lo que ocurra primero. Se ha optado por no correr riesgos.

de compromisos (siempre "importante"). En ninguna ocasión alguien faltó sin tener un buen motivo (o excusa), algo importante que hacer. La inasistencia y la impuntualidad son la norma.

Pero no solamente se carece de personal suficiente (y puntual), también hay importantes carencias de materiales y equipos. Bastaría decir que en toda La Clínica no se halla ni un sólo equipo de diagnóstico[225] y en ocasiones ni siquiera hay abatelenguas (utensilios necesarios para la correcta exploración de los pacientes). El Dr. Pilicastro, en distraído soliloquio, busca explicaciones:

> "no sé que pasa… Desde el día en que llegué a esta Clínica no se tienen esos equipos. Supuestamente sí se han entregado a La Clínica, debería haber dos que tres estuches (de diagnóstico), pero como se cambia de personal a cada rato, yo creo que allí se pierden. ¡A lo mejor alguien se los ha llevado!... Y ni para pedir unos nuevos porque si esos se llegaran a perder, me los van a querer cobrar a mi" (entrevista con el doctor Benito Pilicastro, Clínica de Llano Aguacatal, 30 de julio del 2003).

El estetoscopio y el baumanómetro son los instrumentos mitológicos del saber y la práctica médica alopática. Un estetoscopio doblado en el cuello, estático sobre las vestiduras, motiva discretas genuflexiones del vulgo, que reconoce en quien porta el augusto elemento, el título de "doctor". Pero el doctor Pilicastro no infunde tales aspavientos. No tiene estetoscopio. Tampoco baumanómetro. Sólo una bata vieja y deslucida con un "pin" de la SSA en la solapa y dos plumas en la bolsa izquierda (roja y azul), a la altura del pecho. Es el cuello de Meche González -la enfermera- el que se abriga bajo la calidez del único estetoscopio en La Clínica. En la bolsa derecha de su filipina asoma la carátula de reloj y la ovalada perilla de hule del también único baumanómetro de La Unidad.

La enfermera Meche, en el consultorio dos, es quien toma los signos vitales (incluyendo la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, para lo cual es necesario el auxilio del estetoscopio y el baumanómetro) de algunos pacientes que van a pasar a la consulta médica.[226]

---

[225] Un equipo de diagnóstico es un estuche de instrumentos que incluye otoscopio (para observar los conductos auditivos externos y el tímpano), laringoscopio (para observar la cavidad oral, faringe y laringe) y oftalmoscopio (para observar algunas estructuras del ojo). Este equipo se hace necesario para una correcta exploración física e integrar un diagnóstico adecuado en muchos casos cotidianos en el primer nivel de atención.

[226] A algunos de los pacientes sí les toma los signos vitales y a otros no (los signos vitales son la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la tensión arterial). Le pregunté a la enfermera Meche que cómo decidía que signos vitales tomar a cada paciente. "Pues a los hipertensos sí es muy importante checarles la presión", dijo, "pero a los que no, no", continuó la

Cuando el doctor Pilicastro juzga necesario utilizar el estetoscopio o el baumanómetro para completar la exploración física del paciente en turno, pide al usuario que lo espere "un momentito, *plis*" (cerrando un ojo, levantando la mano derecha y aproximando las yemas de los dedos índice y pulgar en un ademán característico que quiere decir: "espérame tantito") y cruza por la puerta que está al fondo del consultorio uno y que comunica directamente con el consultorio dos, para pedir a la enfermera Meche que le preste los preciados instrumentos. Casi siempre en el consultorio uno se escucha el cuchicheo de una breve plática y algunas risas provenientes del consultorio dos, que suelen terminar con el inconfundible "ay doctor, *vaver* ¿eh?", de la enfermera Meche. De regreso al consultorio uno, el doctor Pilicastro hace uso de los instrumentos e inmediatamente después los regresa a la enfermera Meche en el consultorio dos -siempre a través de la puerta del fondo que comunica los consultorios uno y dos directamente-, no sin antes guiñar un ojo, levantar la mano, aproximar las yemas de los dedos índice y pulgar, y pedir "un momentito, *plis*" al paciente. Después de unos diez segundos de cuchicheo, risitas y el "ay doctor, *vaver* ¿eh?", en el consultorio contiguo (el dos), el doctor Benito regresa y continúa la consulta, preguntando "¿en que nos quedamos?... ¡Ah sí! estábamos en…" y retoma la consulta.

Hay ejemplos elocuentes del sub-aprovechamiento de los espacios de La Unidad; es el caso de los laboratorios de análisis clínicos y de rayos X.

El laboratorio de análisis clínicos ofrece un paquete limitado de estudios[227] que se pueden realizar con un microscopio, una centrífuga, algunas tinciones y reactivos, entre otros materiales. Desde hace más de un año el laboratorio tiene dos espectrofotómetros fuera de servicio; los focos de ambos aparatos están fundidos. La encargada del laboratorio, la química Bilma Guillén ha reportado esta situación –verbalmente y por escrito- en repetidas ocasiones a las autoridades jurisdiccionales competentes sin que hasta el momento (del trabajo de campo) se solucione el asunto.

---

explicación: "si alguien trae calentura, se le toma la temperatura. Si no traen calentura, no", "Aaah", dije, y estaba a punto de preguntarle que cómo hace para saber si alguien es hipertenso o tiene fiebre (calentura, pues) sin primero tomar los signos vitales, pero en ese preciso momento la enfermera Meche abandonó el consultorio dos, para llevar al consultorio uno los expedientes donde había anotado (algunos de) los signos vitales de (algunos de) los pacientes que aguardaban turno.

[227] Como biometrías hemáticas (incompletas), medición de glucosa sérica con glucómetro digital, examen macroscópico de orina, medición de glucosa en orina con tiras reactivas, detección microscópica de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), microscopía de gota gruesa para detección de plasmodium, microscopía coproparasitoscópica y otros exámenes elementales.

Frente al laboratorio de análisis clínicos está la sala de Rayos X. Durante mi estancia en La Clínica éste fue el único espacio que no pude observar. Desde hace varios meses no se abren las puertas de la sala de Rayos X. No encuentran la llave. En realidad tampoco tienen mucho apremio por encontrarla y abrir sus puertas. Para qué, si no hay radiólogo. Me informan que hasta hace algunos meses sí había un radiólogo. Todos los días, desde las ocho de la mañana, abría las puertas de la sala de Rayos X. Sin embargo, de poco valía. Cuando un paciente llegaba a solicitar el servicio, invariablemente recibía como respuesta un "pues fíjese que ahora sí no se va a poder". El radiólogo no contaba con los materiales necesarios para el proceso. Así pasaron más de cuatro meses sin tomar una sola radiografía. El anterior director de La Clínica reportó la situación a las autoridades jurisdiccionales, quienes al percatarse de la mala inversión de recursos que implicaba la presencia del radiólogo en un laboratorio de rayos X sin materiales, decidieron cambiarlo de lugar de trabajo. Lo sacaron de La Clínica de Llano Aguacatal y lo llevaron al hospital regional en San Cristóbal de Las Casas.[228] A decir de la química, el radiólogo estuvo completamente de acuerdo con dicho cambio, "pues como no iba a estar de acuerdo, si todo mundo lo que busca es conseguir su cambio a San Cristóbal".[229] Refiriéndose al tema, una señora de la comunidad con quien conversé me dijo "esos rayos equis de qué sirven así, si siempre están cerrados". Pensé en responderle que aun con las puertas abiertas, no servirían de mucho. Preferí callar.

[228] Por cierto, el servicio de radiología del Hospital Regional de San Cristóbal de Las Casas tampoco suele tener un funcionamiento efectivo. Unos meses antes de empezar con este trabajo de campo, una compañera antropóloga se lastimó la pierna izquierda al sufrir una caída. En el servicio de urgencias del hospital regional le solicitaron una radiografía de la extremidad lesionada, pero debería acudir al servicio de radiología a la mañana siguiente (el servicio sólo trabajaba en el turno matutino y ella acudió a urgencias por la noche). Al día siguiente la compañera me pidió que la acompañara al hospital para tomar su radiografía. Fuimos a las ocho de la mañana, el servicio de rayos X abre sus puertas a esa hora. No estaba el radiólogo, en su lugar había un niño de nueve o diez años, con uniforme escolar y resolviendo unos quebrados en el cuaderno. "Oye muchacho, ¿no sabes dónde está el radiólogo?", pregunté al niño que escribía detrás del escritorio de la sala de Rayos X, "¿mi papá?", repuso el pequeño, "pues el radiólogo, el que toma las radiografías, ¿él es tu papá?", repliqué, "¡ah, sí! Es mi papá", "¿Y no está por aquí?, es que necesitamos una radiografía", "no, no está. Es que fue a mi escuela. Lo mandó a llamar la maestra, es que me suspendieron", confesó el niño con picaresca sonrisa en los labios. Esperamos por tres horas. Llegó el papá radiólogo después de las once de la mañana. Entró a la sala de rayos X y cerró la puerta violentamente. Regañó al niño por veinte minutos. Tocamos la puerta. En tono airado y descortés el papá radiólogo preguntó que qué rayos se nos ofrecía. "Pues los equis", pensé "los rayos equis". Pero no dije nada, varias "Ordenes de Rayos X" respondieron su pregunta. Muchas personas esperaban el servicio de Rayos X. Al final y de mala gana fuimos atendidos. El resultado fue una placa inservible. "Esta placa está muy mal tomada", sentenció el médico, extendiendo una nueva orden para repetir la radiografía. Saliendo del hospital, la antropóloga tiró la orden de rayos X en un bote de basura.

[229] Entrevista con la química Bilma Guillén, Llano Aguacatal, septiembre del 2003.

Otros casos floridos de mal aprovechamiento de los espacios son los de la sala de expulsión-quirófano, la sala de hospitalización y las habitaciones para observación de pacientes. Estas áreas se encuentran completamente fuera de servicio desde el mismo día que fueron construidas, hace ya más de dos años.

La sala de expulsión-quirófano permanece totalmente abandonada. Sus muebles nuevos arrumbados acumulan nuevas capas de polvo sobre viejas capas de polvo; las lámparas de chicote se inclinan sobre una mesa de expulsión sin arrojar luz; la báscula infantil, arrumbada en el piso detrás de la puerta, carga en su charola una piernera ginecológica. El doctor Benito mira conmigo este escenario desolado y comenta,

- "pues es que este quirófano no es necesario. La verdad, ni siquiera se cuenta con los recursos para mantenerlo. No hay ni equipo de anestesia, ni anestesiólogo, ni cirujano… Pero aunque contara con esos recursos, de todos modos no habría tanta demanda. Yo digo que esta no fue una buena inversión. Es que los que pusieron el dinero para construir este quirófano no tomaron en cuenta las necesidades reales de la gente, ni la factibilidad del mismo. O sea, ¿cómo se va a mantener en esta comunidad pequeña la presencia de un anestesiólogo, de un cirujano o de un radiólogo? Sale carísimo. Pues no, esos deben estar en San Cristóbal. Allá sí hay más demanda"
- "Doctor, ¿pero nunca han sido utilizados estos espacios?", pregunté.
- "Pues creo que sí", titubeó en su respuesta el doctor Benito, "bueno, el año pasado el pasante de medicina llegó a atender dos o tres partos aquí. Y creo que también cuando los inauguraron se hizo una campaña de salpingoclasias, pero creo que ya. La verdad en este momento no se utiliza"[230].

Abro una puerta de madera que da al pasillo; las bisagras rechinan y cae un polvo fino y el frágil cadáver de una palomilla sobre mi cabeza. Entro a la Central de Equipo y Esterilización (CEYE), un cuarto contiguo al quirófano. Apilados desordenadamente en un estante de hierro viejo se inutilizan materiales y campos quirúrgicos sin esterilizar. Recuerdo la imagen de La Clínica Hospital Mixta de San Juan Chamula que visité en octubre del 2002. Ahí también hay un quirófano donde no se hacen operaciones y una CEYE donde no se esteriliza nada. Pero sí hay un esterilizador. También materiales y campos quirúrgicos. Simplemente no se esterilizan. "¿Y sí sirve el esterilizador?", preguntó en aquella ocasión una compañera al director de La Clínica de Chamula, "Pues no sé… Yo creo que sí. Lo que pasa es que no se usa ahorita. Es que no hay operaciones",

[230] Entrevista con el doctor Benito Pilicastro, Clínica de Llano Aguacatal, 30 de julio del 2003.

respondió el director, “y cómo va a haber operaciones, si no hay ni equipos esterilizados”, pudo haber sido la réplica.

Otro pasillo conduce del quirófano a la sala de hospitalización. Podría ser un espacio inutilizado también, pero con la creatividad y el afán de sacar provecho a la inversión, el personal de La Clínica ha adaptado esta sala de hospitalización como sala de descanso y comedor de los trabajadores de La Unidad. Los guardarropas para pacientes se han convertido en armarios personales de enfermeras y enfermeros; en vez de sábanas percudidas y horrorosas batas azules abiertas de la espalda, los roperos para pacientes guardan chamarras de pana, espejitos de mano, estuches de sombras para los ojos, un lápiz labial anaranjado, una almohada que huele (muchísimo) a suavizante de ropa[231] y un osito de peluche que abraza un corazón con la leyenda “Love you”.

Las camas se han arrinconado en las paredes, “para que no estorben”, dice sardónicamente Angelina Valdivieso, la enfermera con mayor antigüedad de La Clínica. Sobre la barra de enfermería, en vez de innecesarias budineras con torundas, abatelenguas, estetoscopios, termómetros y registros de signos vitales, figuran la cafetera, un frasco de mayonesa, una lata abierta de chiles serranos y la grabadora que entona versos profundos al compás de un ritmo portentoso (“guata meri gonzu / yupi pa ti / yupi pa mi / yuri güri guanaga / ¡uuuuupe!, ¡uuuuupe!” -y aquí la clave- “si tu quieres bailar, sopa de caracol, ¡HEY!”. La enfermera Lila Berlanga acompaña este ritmo pegajoso con un furioso movimiento de caderas).[232] En la puerta que comunica la sala de hospitalización con el pasillo exterior, un letrero marca el límite: “Sólo personal autorizado. ¡No pase!”[233]

Con puntualidad, exactitud y buen ánimo, cada mañana a las 8:45 horas (45 minutos después de iniciado el horario laboral) se comparten los alimentos en este recinto. Casi siempre se reúne todo el personal mestizo (los que han llegado para entonces), nunca el personal indígena.[234]

---

[231] Lo que me permite adelantar dos hipótesis: 1) que alguien acostumbra tomar una siesta, y 2) que la funda de la almohada presumiblemente está recién lavada.

[232] Esta grabadora fue una importante fuente de datos durante el trabajo de campo. Alrededor del aparato siempre hubo jolgorio y alborozo. Nos permitió disfrutar de piezas sugestivas como “Yo lo único que quiero es un besito muy cachichurris” o la fascinante poesía tecno-cumbia-mix a la vaca que se llama “La Vaca” (que dice más o menos así: “la vaca, ¡Uh! / la vaca, ¡Uh! / la vaca, ¡Uh! / ¡la misma vaca! ¡Uh! –se repite el verso unas doscientas cincuenta veces-).

[233] Con la llegada de los nuevos médicos pasantes en agosto del 2004, este espacio se ha convertido definitivamente en cuarto y comedor de médicos.

[234] Después de haber establecido cierto *rapport* con el personal de La Unidad, pregunté por qué razón no se convidaba al personal indígena al momento del desayuno. La respuesta fue unánime: “es que ellos ya desayunaron en sus casas, ¿qué no vez que aquí viven?” En otra ocasión pregunté al personal indígena si acostumbraban desayunar antes de acudir a su trabajo en La Unidad. Respondieron que no, porque entran muy temprano; uno de ellos (que no vive en la

Al segundo día de mi trabajo de campo fui convidado al desayuno. Normalmente las enfermeras Angelina Valdivieso o Lila Berlanga compartían conmigo un sándwich, una fruta y un jugo de uva o mango.

Una mujer mestiza de la comunidad que vende comida a los fuereños (al personal de La Clínica, a los maestros de la escuela primaria y de la telesecundaria, a los antropólogos, etc.), pasa todos los días a las nueve de la mañana a la sala de hospitalización cargando su canasta con plátanos fritos o con quesadillas o con tamales de frijol con momo, ofreciendo el platillo del día al personal.

Estos desayunos en la sala de hospitalización fueron ricos en comentarios de actualidad sobre la vida cotidiana en La Clínica (que ayer hubo mucha consulta, que vinieron los militares a chaporrear el jardín, que ya no hay tal médicamento), las andanzas, vicisitudes y peripecias del personal (que un día se metió una culebra al patio de La Clínica y que Melvin la mató a machetazos, ¡guáu!), las quejas y reclamos contra los administrativos jurisdiccionales (que no contratan más personal, que no reparan el espectrofotómetro defectuoso, que sospechan de malos manejos del dinero, que un "trabajador de confianza", conduciendo en estado de ebriedad chocó la camioneta de la jurisdicción y no lo corrieron porque tiene palancas), las enemistades y fricciones entre compañeros así como sus amoríos y romances (que Angelina ya no le habla al doctor Benito, que Bilma está muy ilusionada porque cree que Lila y Melvin se van a casar, "es que se ven muy enamorados"), los enredos con las burocracias institucional y sindical (que hay "ocho formatos más" para reportar la misma información, que la próxima reunión sindical será para emplazar a huelga, que los de contrato no consiguen su base y los de base no consiguen su cambio para el hospital general y los del hospital general se van a huelga), etcétera. La plática posprandial suele alargarse varios minutos.

En una ocasión, cuando la charla de sobremesa se había extendido animosamente, un hombre vestido a la usanza indígena tradicional abrió las puertas de la sala de hospitalización, asomó la cabeza y medio cuerpo con el sombrero entre las manos, "Me quiero consultar", dijo con voz baja. "¡Ay, don!" respondió Angelina manoteando en el aire, "¿Quién le dijo que pasara? (Angelina coloca sus manos en la cintura con los puños cerrados), Usted no puede estar aquí.

---

localidad) trae su "bola" de pozol (para preparar una bebida típica, hecha a base de masa de maíz y agua) y tortillas con frijol, los demás aprovechan algún rato libre a medio día para ir a sus casas a almorzar o en ocasiones algún familiar les trae los alimentos a La Unidad.

Espere en la sala (levanta el dedo índice derecho y apunta en dirección a la sala de espera). En un momentito lo atienden, ¿sí? Por favor". Angelina cerró la puerta de la sala-comedor y el señor se retiró a la sala de espera.

En el estacionamiento de la unidad se encuentra la ambulancia. Siempre está ahí. De hecho no se mueve desde hace tres meses. La llanta trasera del lado izquierdo está ponchada. "¿Por qué no le ponen la llanta de refacción?", pregunté al Sr. Pedro Sántiz, polivalente[235] de La Unidad. La llanta de refacción también está ponchada, me informa.

Esta situación ha sido reportada por el Sr. Pedro, las enfermeras y el médico, ante las autoridades correspondientes. Han hablado personalmente con el administrador de la jurisdicción, han enviado oficios al jefe, pero de cualquier manera la respuesta es que "no hay recursos para la reparación". El Sr. Pedro ha llevado las llantas a parchar en una vulcanizadora cercana y ha pagado con su propio dinero, pero de cualquier forma las llantas no han quedado bien, "es que ya andan con los puros alambres", dice. Y es cierto, las cuatro llantas están lisas, repletas de parches y exhibiendo los alambres de acero pelados. La enfermera Lila me comenta que "es más arriesgado llevar al paciente en la ambulancia que atenderlo en la comunidad. ¿Que tal que se voltean por ahí?", cuestiona meditabunda, y remata con la sabiduría de la máxima popular que reza: "sale más caro el caldo que las albóndigas".

En repetidas ocasiones el personal que labora en la unidad ha mencionado que la razón principal para este sub-aprovechamiento de los espacios es la falta de recursos económicos. No hay dinero para más materiales, ni equipos, ni personal, ni otras frivolidades.

En el momento en que realicé el trabajo de campo en La Unidad, los únicos servicios que se ofrecían de manera regular eran los de la consulta externa, la consulta odontológica, algunos estudios en el laboratorio de análisis clínicos y los servicios de medicina preventiva (concretamente, la aplicación de inmunizaciones).

En algunas ocasiones se presentó la demanda de atención en el servicio de urgencias. Cuando se trató de alguna urgencia menor, por ejemplo, una herida sencilla que requiriera suturarse, el caso fue atendido en La Unidad. En casos de urgencias mayores se refirió a los pacientes al

[235] El puesto de polivalente incluye múltiples actividades de ayudantía, entre ellas las actividades de chofer.

Hospital Regional de San Cristóbal de Las Casas. El traslado se realizaba en carros particulares o de transporte público (servicio que, naturalmente, era costeado por los usuarios[236]), sin el acompañamiento de personal de La Unidad. Los casos más graves fueron transportados en camionetas de la Cruz Roja Mexicana,[237] acompañados por alguna enfermera de La Unidad y los paramédicos de la Cruz Roja.[238] Durante mi estancia de trabajo de campo no hubo pacientes hospitalizados o en observación en La Unidad.

Estos son los espacios (realmente) utilizados y los servicios que se ofrecen en La Clínica del ISECH de Llano Aguacatal.

La Sala de Espera

La sala de espera es el lugar donde concurren los pacientes. Es el primer espacio que encuentra el usuario al entrar en la Unidad de Salud y es donde emprende, efectivamente, una actitud "paciente" frente a la institución médica.

Los usuarios y sus acompañantes se aproximan despacio, con pasos tímidos, desde el camino exterior –al borde de la carretera-, bajando una pendiente empinada de unos veinte metros de longitud, hasta el estacionamiento de La Clínica. No hay letrero alguno que indique cuál es la puerta de acceso para la consulta externa (a la izquierda) o para urgencias (a la derecha). Sucede que muchos usuarios confunden los accesos; algunas veces entran por la puerta de urgencias cuando su motivo de consulta no es una urgencia, y en otras ocasiones las urgencias entran por el lado de la consulta externa.

---

[236] El costo de un pasaje en la ruta de taxis colectivos desde Llano Aguacatal hasta San Cristóbal de Las Casas es de $25. El viaje especial (es decir, contratar los servicios de un vehículo para que transporte de manera especial a una persona y sus acompañantes; por ejemplo, para el traslado de urgencias médicas) tiene un costo de $100 durante el día y de $150 a $250 durante la noche. El viaje especial sólo contempla la ida; el viaje de regreso se cobra igual.

[237] La Cruz Roja Mexicana tuvo (hasta diciembre del 2003) una base -donde brindaba atención médica y servicio de traslado de urgencias- en la comunidad de Polhó, a menos de diez kilómetros de Llano Aguacatal. La base de la Cruz Roja, al igual que las agencias municipales de la mayoría de las comunidades, cuenta con una estación de comunicación de radio de banda civil, por lo que en casos de urgencias puede establecerse comunicación con relativa facilidad.

[238] En algunas de las referencias de pacientes, el médico de La Unidad elaboró una "nota de referencia" -en la cual explicaba el caso en cuestión, el diagnóstico, el manejo y el motivo de referencia- dirigida al servicio de salud al cual se refería al usuario para su atención. Sin embargo, no en todos los casos de referencia se elaboró dicha nota. Comúnmente cuando el usuario era remitido al Hospital Regional de San Cristóbal de Las Casas en transporte particular y sin el acompañamiento de algún miembro del personal de salud, no se expedía nota de referencia. Cuando el paciente era enviado en la ambulancia de la Cruz Roja y acompañado por algún miembro del personal, sí se elaboraba una nota.

Es común que el usuario ingrese (por cualquiera de estos dos accesos) a La Unidad y permanezca inmóvil, silencioso, sea de pie o sentado, a la espera de que alguien lo atienda, sin que esto suceda. La imagen habitual es la de una señora indígena con varios hijos menores, sentada en alguna de las bancas de la sala de espera, alguno de los niños sollozando, ella callada, cabizbaja; el personal de La Unidad, atareado en sus quehaceres, sin percatarse de su presencia o ignorándola deliberadamente; una, dos horas de espera, una enfermera cruza la sala, la mujer tímidamente se anima a preguntar, la enfermera le indica que "tiene que pedir una ficha", que "ya no hay, ahora hasta mañana", que "por qué no llegó temprano, doña", etcétera.[239]

Figura 4. Mujeres indígenas en la sala de espera.[240]

La sala de espera es un área rectangular de aproximadamente siete metros de largo por cuatro de ancho (figuras 3 y 4). En una de sus caras longitudinales se encuentra la entrada: un portón anchuroso de dos hojas con vidrios, bordeado por un enorme ventanal (de cristales siempre sucios). Suele abrirse solamente una de las hojas del portón de la entrada, que por ciertos efectos físicos (leyes de la gravedad) y de defectuosa hechura, tiende a cerrarse; no obstante, algún

[239] Si bien, según mis observaciones, este tipo de actitudes pasivas son las predominantes, también es cierto que hay usuarios que asumen una actitud dinámica y demandante: tocan las puertas, interpelan al personal, hacen preguntas, opinan.

[240] En la imagen las mujeres que aguardan en la sala de espera aparecen bosquejando una sonrisa. El gesto posiblemente responde a la ofuscación y timidez frente al etnógrafo que –cámara en mano y después de algunas breves (y sonrientes) explicaciones en castellano – toma la fotografía.

miembro del personal tuvo a bien solucionar el desperfecto echando mano del mentado ingenio mexicano: atrancar la hoja de la puerta con la única báscula para adultos con que cuenta La Unidad.[241]

En algunas ocasiones la enfermera considera necesario pesar a algún paciente, casi siempre se trata de las mujeres embarazadas que acuden a la consulta de control prenatal (en el marco del programa *Oportunidades*[242]). En estos casos, enfermera y paciente salen del consultorio # 2, cruzan la sala de espera hasta la puerta principal -donde la báscula atranca la puerta-, el o la paciente sube a la báscula –"pero se quita sus zapatitos", dice la enfermera Meche, si acaso el paciente tiene zapatos (las mujeres, generalmente, no tienen zapatos)-, y se procede a registrar el peso.

Pero la báscula en la sala de espera es una misteriosa tentación: nunca falta el caballero que sucumbe ante la voz interior que le insta: "¡súbete!, ¡a ver, cuanto pesas!, ¡anda, sube!" Y, discretamente, a hurtadillas, se aproxima a la báscula. Sube un pie. El otro. Rápido. Ajusta las pesas. ¡Rápido! Cuarenta y tantos kilos. Ahí viene la enfermera. El hombre baja de la báscula. La enfermera lo ve. Se aproxima. Dirige una mirada molesta al atrevido hombre de los cuarenta y tantos kilos, y menea la cabeza lateralmente, en ademán reprobatorio. El hombre regresa a su asiento, sonrojado.

Los niños, que nunca faltan en la sala de espera, también juegan a pesarse clandestinamente sobre la báscula. Cuando son sorprendidos por alguna enfermera, no escapan a una ligera reprimenda, "¡chamaco, bájese *deai*!" y en ocasiones se remata, "¡escuincles, *tense* quietos ahí!"

Cruzando la sala de espera, del lado opuesto a la entrada, están las puertas de los tres consultorios. Cada puerta tiene una inscripción ("Consultorio 1", "Consultorio 2", "Consultorio 3") y

[241] Aunque no pude averiguar la autoría de la fascinante idea de atrancar la puerta con la báscula, Melvin Pérez, el odontólogo, atribuye la singular solución al conocido mito del "ingenio del mexicano": "¿por qué será que los mexicanos somos bien ingeniosos?", dijo, "mira nomás, con la báscula se atranca la puerta y se soluciona el asunto", "Sí, fíjate", respondí, "si algo similar sucediera en otro país, seguro que arreglarían la puerta, los muy faltos de ingenio".

[242] El programa *Oportunidades* persuade a sus beneficiarias embarazadas de llevar control prenatal, de lo contrario tendría "una falta" en su carné. Con tres faltas en el carné se les retiran los beneficios del programa. La inmensa mayoría de las embarazadas que tienen control prenatal en La unidad de salud son beneficiarias de *Oportunidades*, aunque existen algunas mujeres (muy pocas) que sin ser beneficiarias del programa, deciden voluntariamente llevar a cabo el control prenatal en la unidad de salud.

algún póster relacionado a los programas prioritarios de la Secretaría de Salud.[243] La sala cuenta con sillas de platico azul atornilladas al piso –mobiliario tradicional de los centros de salud-; tres hileras con cuatro sillas cada una, que, las más de las veces, suelen ser insuficientes para que todos los usuarios esperen su turno sentados. Algunas sillas se encuentran rotas y desconchadas; a otras les falta algún tornillo, lo que produce cierto bailoteo cuando alguien se sienta en ellas (figura # 5).

Cuando los pacientes llegan muy temprano, la espera es tan larga como alejados de la hora de inicio de consulta se esté. La consulta debería empezar a las ocho de la mañana en punto, pero es común que empiece unos quince o veinte minutos después. El laboratorio abre sus puertas una hora antes, a las siete.

El tiempo de espera suele ser variable, depende del número de pacientes que acudan a consulta. Por ejemplo, cuando hay diez o veinte pacientes esperando atención desde antes de las ocho de la mañana, el que reciba la última ficha deberá esperar de dos a cuatro horas para ser atendido. Para entonces el médico habrá experimentado el fastidio y cansancio que le provocan demasiadas consultas, con la consiguiente merma en la calidad y tiempo que invierte en ellas. Normalmente, cada consulta médica tiene una duración de 10 a 20 minutos, suele ser variable dependiendo del caso del paciente atendido.

Figura 5. Aguardando en la sala de espera.[244]

[243] Excepto en la puerta del consultorio número 3, dedicado a la consulta odontológica, que ostenta un elaborado dibujo a colores del famoso superhéroe nacional "El Chapulín Colorado", captado en su tradicional pose de brazos y piernas ligeramente flexionadas, y repitiendo la frase que lo ha inmortalizado: "¡síganme los buenos!" Infiero que el encomio de "El Chapu" –como también se le conoce al Chapulín Colorado- se traduce como una invitación hecha a la población para utilizar los servicios que se ofrecen en el consultorio odontológico.

[244] Esta fotografía me resulta fascinante y jocosa. Antes de empuñar la cámara fotográfica, el etnógrafo se dirige a las personas que aparecen en la imagen y que aguardaban la consulta, "Buenos días. Estoy haciendo un estudio sobre…", se explicó brevemente el motivo del trabajo,

Algunas personas llegan desde temprano, a las 6:30 o 7:00 horas, mucho antes de que empiece el horario de atención. Las enfermeras o el polivalente reparten las fichas para determinar el orden de entrada a la consulta a partir de las 7:45 u 8:00 horas, y aunque a los usuarios les toque un turno distante, la mayoría de ellos se mantienen esperando en la sala, pues en ocasiones acuden desde comunidades lejanas.

Lo habitual es que algunos pacientes lleguen desde antes que Pedro, el polivalente, abra las puertas de la Clínica. La mayoría de los pacientes que vienen de otras localidades casi siempre lo hacen caminado por más de una hora, habitualmente sin haber tomado alimentos, pues están al tanto de que si fuera necesario tomarles estudios de laboratorio deben presentarse en ayunas. Otros pacientes ya llegan directamente al laboratorio con su orden de estudios que les envió el médico el día anterior.

La sala de espera es el lugar donde se da el primer contacto entre el personal de salud (los prestadores) y los usuarios y sus acompañantes. Casi siempre ese primer contacto es un saludo apresurado y un tanto distraído. En la sala de espera, el personal de La Unidad siempre se muestra ocupado y presuroso.

Sentado en la sala de espera, el etnógrafo tomó nota en su diario de campo:

Septiembre 3 del 2003

….. Los pacientes sentados, con la vista fija al frente o sobre algún cartel en la pared o clavada en el piso o sobre sus propias manos. Con paso presuroso cruza el médico por la sala; en una de sus manos sostiene un portafolio, agita la otra en un saludo fugaz. “Buenos días, buenos días”, dice con una mueca sonriente a quienes esperan. “Buenos días”, contestan a coro los pacientes levantando la cabeza y siguiendo al médico con la mirada hasta que entra en el consultorio. Algunos se ponen de pie. Los que pasarán primero a consulta. Otros murmuran. Hay cierta excitación en la sala.

Las paredes de la sala de espera tienen espacios destinados a colocar carteles con información educativa dirigida a los usuarios sobre temas de salud con enfoque preventivo. En uno de estos murales educativos aparece la campechana figura de lo que aparentemente es un diente sarroso con semblante feliz: tiene ojos y boca sonriente, además de manos y pies calzados con

---

“¿puedo tomar una fotografía de ustedes en la sala de espera?”, preguntó. Nadie contestó un “sí” ni un “no”, pero el joven en primer plano cambio su postura despreocupada por una pose salerosa y galantera, dos mujeres en la segunda fila sonrieron, una de ellas además cubrió con su rebozo el rostro de su hijo lactante, y el hombre del fondo a la izquierda (de bigote y morral) extendió el brazo derecho mostrando una receta médica (como diciendo, “miré nomás”).

zapatos rojos. En una de sus manos sostiene un escudo con la leyenda “Fluor”, en la otra blande valerosamente un cepillo dental. En un recuadro aparece el mensajes del dientecillo, “No escondas tu sonrisa ¡Cuida tus dientes!” A un lado del encomiante exhorto, un artículo editado por la empresa *Colgate* explica los “Cuatro pasos para conservar la sonrisa de tu familia”. En el otro extremo del mural de Salud Bucal, un tríptico del Equipo *Trident* (una marca de chicles) enseña la técnica adecuada para un cepillado dental que permita conservar unos *dientes sanos, dientes Trident* (Figura # 6).

Figura 6. Cartel de salud bucal (en la sala de espera)

Otro de los murales educativos que hay en esta sala de espera se dedica al abordaje de un tema primordial de la problemática sanitaria en la región: la morbi-mortalidad durante la maternidad. La muerte materna es una de las principales preocupaciones de las actuales autoridades sanitarias, que procuran informar a la población de la región sobre dicha problemática. Se intenta llevar el mensaje a través de estos carteles (figura # 7).

El contenido de los carteles versa sobre los cuidados durante el embarazo, con énfasis en la importancia del control prenatal y la identificación de los signos o síntomas de alarma de posibles complicaciones. Se enlistan las acciones a realizar en cada consulta de control prenatal para garantizar una correcta vigilancia del embarazo. Se mencionan también los criterios de referencia a

las Clínicas *Sí Mujer*[245] de los embarazos de alto riesgo, y se hace hincapié en los signos y síntomas que indican la presencia de una urgencia obstétrica que debe ser atendida de inmediato en un hospital. Se trata de mensajes pertinentes para atender la problemática del periodo de maternidad en la región. Sin duda es deseable que este mensaje esté presente en cada familia indígena y no indígena de la región donde haya mujeres en edad reproductiva, pero la forma en que se pretende transmitir esta información no es la más efectiva. El texto del cartel se encuentra escrito en español, atiborrado de tecnicismos médicos (historia perinatal, presentación fetal, grupo ABO y Rh, elisa para HIV, preeclampisa, situación transversa, etc.), no contiene ilustraciones que apoyen el mensaje. En el contexto de la comunidad –y de los Altos de Chiapas en general- donde la mayoría de la población es hablante de alguna lengua indígena, con altos grados de monolingüismo en tsotsil y analfabetismo, los mensajes escritos, en español y con tecnicismos, definitivamente no son la mejor manera de transmitir mensajes educativos a la población sobre los problemas de salud más apremiantes.

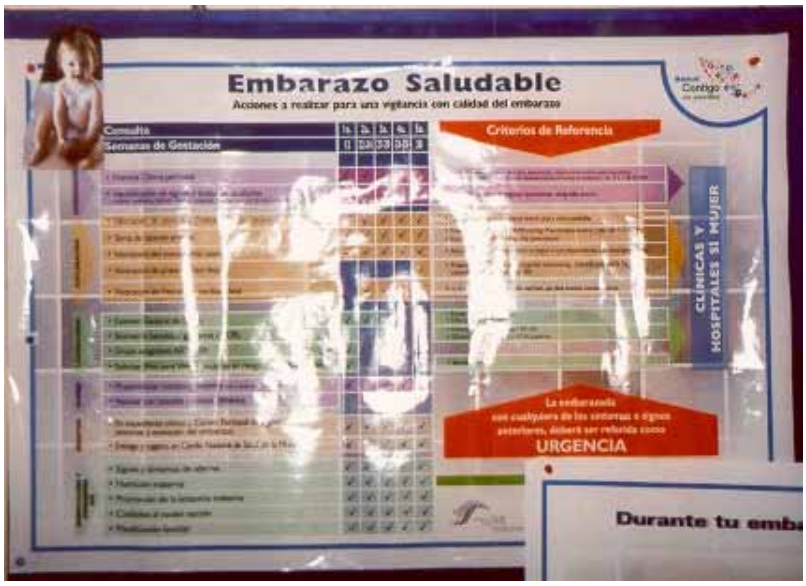


Figura 7. Cartel sobre embarazo saludable (en la sala de espera)

[245] En el mes de Octubre del 2003 se nombraron en la región de Los Altos de Chiapas siete Clínicas *Sí Mujer,* con el objetivo de atender urgencias obstétricas y referir al segundo nivel los casos que escapen a sus capacidades resolutivas. Estas unidades deberán funcionar las 24 horas al día y contar con los recursos humanos (médicos adiestrados en la atención de urgencias obstétricas, capaces de realizar parto asistido, extracción manual de placenta y aspiración o curetaje de restos placentarios) y materiales necesarios (antibióticos, anticonvulsivantes y oxitócicos intravenosos, además de aspirador para restos placentarios) (SSA,2001b;2002b). En la primera fase de una evaluación de la red de servicios públicos para la atención de urgencias obstétricas, conducida por Freyermuth y el autor (2004), se ha evidenciado que los servicios de la mayoría de las (supuestas) Clínicas Sí Mujer no están disponibles las 24 horas del día, ni cuentan con los recursos materiales ni humanos necesarios.

En la sala de espera se reparten también algunos trípticos y folletos educativos que abordan otros temas de salud desde un enfoque preventivo y de fomento de la participación comunitaria en las respuestas a los problemas sanitarios. Son la serie de fasciculillos *Cuidemos nuestra salud*, editados por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el otrora Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), que con ilustraciones y textos breves en español, tratan de manera sencilla y práctica varios temas primordiales de salud: el uso de los suplementos alimenticios (las papillas), el uso del suero oral, los métodos de planificación familiar, la importancia de la lactancia materna, formas de mantener una dieta balanceada, el papel de la participación social en salud, los cuidados de los menores de un año, la tuberculosis, el saneamiento ambiental, la detección oportuna de cáncer cervico-uterino y de mama, etc. Sin embargo, durante mis observaciones en la sala de espera me percaté que estos materiales no son consultados por los usuarios. Ninguno de ellos parece reparar en la presencia misma de estos folletos. En toda mi estancia el número de ejemplares de los mismos sólo disminuyó en una unidad, el ejemplar que yo tomé de cada uno de ellos (figura # 8). Los materiales educativos dispuestos en la sala de espera (sean carteles o folletos), aunque abordan temas útiles, no se adecúan al contexto regional.[246]

Figura 8. Folletos educativos

[246] Son mensajes escritos y en español, en una región con alto analfabetismo y monolingüismo en lengua indígena.

El Consultorio Médico

El consultorio médico es un espacio rectangular de aproximadamente 5 metros de fondo por 3.5 metros de ancho. Tiene una puerta de acceso principal desde la sala de espera en la parte frontal del consultorio, y una puerta secundaria que conecta con el consultorio contiguo en la parte posterior derecha. En la pared del fondo tiene un amplio ventanal, con vista hacia el patio trasero de la Unidad, por donde pasa la luz solar y la ventilación. El ventanal cuenta con cortinas corredizas que permiten mantener la privacidad del consultorio en caso necesario (por ejemplo, cuando se va a explorar a un paciente). Al fondo del consultorio hay otra puerta que comunica a un pequeño baño (figura # 9).

Los primeros muebles que se encuentran a la entrada del consultorio son el escritorio del médico, con dos cajones que mantiene bajo llave y donde guarda los recetarios, el talonario de incapacidades, los formatos de certificados médicos, sellos, manuales, normas técnicas, etc. Detrás del escritorio está la silla del médico, enfrente hay una silla para el paciente, además de un banquillo para el auxiliar en la traducción al costado del escritorio. Si el paciente acude con acompañantes, estos deberán permanecer de pie en el interior del consultorio, aunque normalmente sólo se permite la entrada de un acompañante adulto (cuando acude una mujer con varios de sus hijos pequeños y no la acompaña nadie más que pueda cuidar de los pequeños en la sala de espera, se le permite que pase con todos ellos al consultorio).

Entre la silla del médico y la silla del paciente se interpone el escritorio, sobre el cual se encuentran apilados los expedientes clínicos de los pacientes que van a pasar a consulta, la hoja de registro diario de consulta, el recetario, el termómetro, algunos abatelenguas y el refresco del médico ("*Coca Cola*, para espantar el sueño", dice). En la pared, detrás de la silla del médico, se encuentra un negatoscopio (pizarrón luminoso para observar las radiografías), pero no funciona ("nunca ha funcionado").

Un metro más adelante del escritorio se encuentra la mesa de exploración pegada a la pared de la derecha. Sobre la mesa de exploración hay una sábana blanca (sucia) extendida que sirve para tapar al paciente cuando se recuesta para ser explorado. A un costado hay una lámpara de chicote para alumbrar durante la inspección (durante mi estancia no se utilizó). No existen divisiones físicas de secciones al interior del consultorio, aunque con la ayuda de un biombo móvil se puede lograr cierta privacidad para realizar la exploración física.

Al fondo del consultorio hay un lavamanos y una mesa de Mayo con otros materiales y equipos para la exploración (guantes de látex, estestoscopio de Pinard, cinta métrica, gasas, cinta adhesiva, un equipo de sutura). En el consultorio no hay estuche de diagnóstico ni lamparilla de bolsillo (ya se ha dicho que no hay en toda La Clínica).

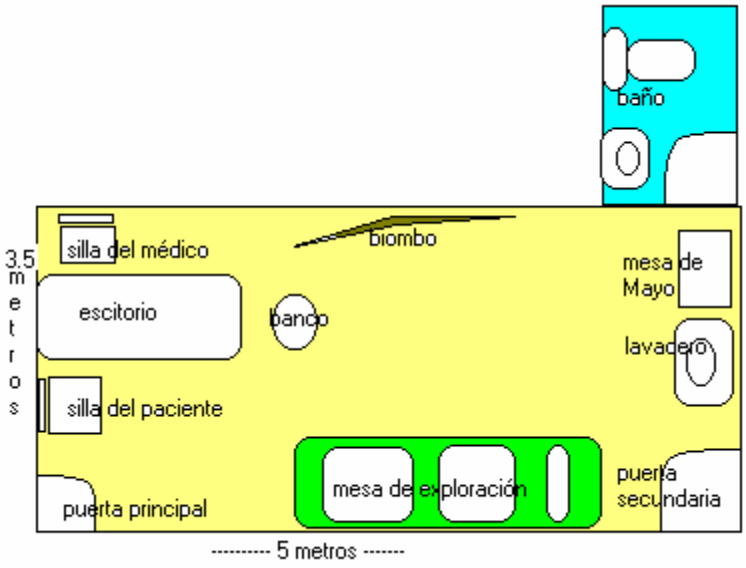


Figura 9. Consultorio de la Unidad de Salud gubernamental

Las paredes y techo del consultorio están pintadas de color crema. Los muebles son metálicos con huellas de óxido. La puerta principal que comunica con la sala de espera suele permanecer abierta todo el tiempo durante la consulta, aunque cuando se realiza la exploración física a alguna mujer adulta el médico cierra la puerta; cuando la exploración es a un hombre o a niños, la puerta permanece abierta.

El consultorio contiguo (consultorio # 2) de momento se utiliza como cuarto de enfermería y archivo. Es un espacio de las mismas dimensiones que el consultorio del médico. Ahí se busca el expediente y se toman los signos vitales de los pacientes antes de que pasen a la consulta con el médico. Casi siempre hay una grabadora sintonizando alguna estación de radio ("La Voz de los sin Voz"[247]). En la pared del fondo se encuentran dos archiveros de cuatro cajones cada uno. En ellos se guardan los expedientes clínicos de los pacientes que están en la zona de influencia de la Clínica.

[247] "La Voz de los sin Voz", es el eslogan de la estación de radio clandestina de las bases de apoyo del EZLN de la región (municipio autónomo de San Pedro Polhó). Transmite todos los días de las 6 a las 22 horas. Su programación es principalmente musical.

Los pacientes que acuden de comunidades que no están en la zona de influencia no tienen expediente.

Cuando los pacientes llegan a la clínica solicitando la consulta médica, la enfermera busca su expediente, anota la fecha y (a veces) los signos vitales en una hoja, y pasa el expediente al escritorio del médico en el consultorio contiguo, pasando por la puerta secundaria que comunica ambos consultorios, sin pedir permiso o tocar antes la puerta. Esta puerta también suele permanecer abierta todo el tiempo. Así, en el consultorio médico hay mucho ruido que proviene tanto de la sala de espera, como del consultorio contiguo donde la enfermera tiene el radio encendido (y a veces canta con voz desagradable).

En el consultorio # 2 también se realizan las consultas de *Oportunidades*, la mayoría de las cuales se dirigen a personas que no presentan padecimiento alguno. Las consultas de *Oportunidades* consisten, *grosso modo*, en tomar los signos vitales, registrar el peso y talla[248], y entregar a la madre de familia cinco o seis sobres de la llamada "papilla" (un preparado multivitamínico, con minerales, proteínas y carbohidratos para preparar bebidas sabor plátano, fresa, vainilla o chocolate).

Los Actores

El doctor Benito Pilicastro[249]

Conocí al doctor Benito Pilicastro una clara mañana de julio del 2003, durante la reunión zonal de los médicos que dirigen las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria # 2. La reunión se realizaba en un restaurante cercano a las oficinas de La Jurisdicción.[250] Una funcionaria de la

[248] Al decir "registrar peso y talla", quiero hacer hincapié en que no se realiza una valoración nutricional, aunque ese debería ser el sentido de tomar peso y talla. En realidad el peso y la talla únicamente se registran y anotan en el expediente y el carné correspondientes. La valoración y orientación nutricional está fuera de las actividades cotidianas de esta consulta.

[249] Aunque la mayor parte de los datos relativos al doctor Benito Pilicastro corresponden al médico que laboraba en Llano Aguacatal al momento del trabajo de campo, debe aclararse que se trata de un personaje construido por el autor a partir de datos obtenidos de entrevistas y observación de las actividades cotidianas de varios médicos que laboran en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas. Los datos fueron registrados durante la realización de dos trabajos de campo: de julio a diciembre del 2003 en la unidad de salud de Llano Aguacatal y de julio a noviembre del 2004 en 11 municipios de la región Altos (en el marco del proyecto "Evaluación de la atención institucional de la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas", dirigido por la Dra. Freyermuth). Durante estos periodos el autor realizó entrevistas a más de 20 médicos que trabajan en comunidades alteñas.

[250] Las reuniones zonales son los espacios de encuentro mensual para información, planeación y coordinación, entre los directores de las unidades de salud y las autoridades de la jurisdicción sanitaria. Asistí en dos ocasiones a las reuniones zonales de los médicos que trabajan en unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria #2. En cada una de esas dos ocasiones las

institución (ISECH) me condujo al lugar. Íbamos charlando en el camino. Me comentaba sus recelos sobre los investigadores:

"Nada más vienen a sacar la información que necesitan para sus tesis, sus artículos, sus libros. Luego no los volvemos a ver. Nunca regresan. Y los problemas de salud siguen igual. Pero a ver, ¿qué hacen para solucionar los problemas? Eso de andar nada más criticando es muy fácil, ¿no crees?"[251].

Quise contestar que la investigación social en salud debe contribuir a la comprensión de las condiciones de salud y sus respuestas, que el conocimiento que genera debe favorecer la reflexión y el análisis en que se sustenta la acción, que el fin último es la realización de la razón a través del diálogo, no la producción de textos destinados a estantes de bibliotecas. Pero solo la escuche en silencio.

En una de las estancias del restaurante, los médicos trabajaban en equipos. Todos mestizos, la mayoría hombres de no más de cuarenta años. Dos o tres vestidos con bata blanca. Hartazgo en sus semblantes. Bostezos. Discutían la forma correcta de llenado del SISPA.[252].

La funcionaria entra al recinto. Saluda a la concurrencia., "buenos días doctores", "buenos días, doctora", responden. "Doctor Pilicastro venga un momentito". La doctora va al grano:

"Le presento al antropólogo Sergio,[253]. es estudiante de la maestría en el CIESAS; él está haciendo un estudio sobre la relación médico-paciente en comunidades indígenas de Los Altos. Es

---

reuniones se llevaron a cabo en dos recintos distintos: en un restaurante y en el salón de eventos de un hotel cercanos a las oficinas de la jurisdicción. Llamó mi atención que las reuniones de trabajo se llevaran a cabo en estos espacios particulares (pagando alquiler por ellos). A decir de médicos y enfermeras que entrevisté al respecto, cada mes se realizan estas reuniones en recintos externos a las oficinas de la jurisdicción, "por falta de espacio". Desde un principio me inquietó pensar que estas reuniones en dichos recintos implicaba un fuerte gasto de los recursos financieros destinados a la salud, en la región con mayores necesidades del estado. Se incrementó mi interés en este punto al encontrarme durante el trabajo de campo con comentarios y evidencias empíricas referentes a la falta de recursos (o el mal manejo de los mismos): ambulancias con las llantas ponchadas, espectrofotómetros descompuestos, falta de personal, falta de médicamentos, etc. ¿Cuántos de estos "detalles" podrían solucionarse si en lugar de rentar restaurantes y salones de hoteles (con el presupuesto público para atender la salud de la población), las reuniones zonales se realizaran en los jardines de la jurisdicción o en los auditorios del municipio o en las escuelas públicas o en algún otro recinto público?

[251]. Esta conversación no fue grabada, así que el diálogo citado es una construcción de autor con apego a las ideas expresadas por la funcionaria. El autor considera que citar esta conversación es importante, pues pone de manifiesto la representación de una trabajadora de la salud sobre el quehacer de los investigadores.

[252]. Sistema de Información en Salud para la Población Abierta.

[253]. La funcionaria no mencionó mi preparación como médico, así lo habíamos dispuesto. Juzgamos que sería lo mejor, pues si me presentaba como médico, probablemente el personal de salud se sentiría vigilado en su ejercicio clínico y modificaría su actuación. Después, durante el trabajo de

para su tesis. Nos ha solicitado apoyo para poder hacer su trabajo de campo en La Unidad de Salud de Llano Aguacatal, que usted dirige. El jefe jurisdiccional está enterado y de acuerdo con el estudio, así que esperamos que usted esté en plena disposición para cooperar con el antropólogo."

Estrechamos las manos, "Mucho gusto", "El gusto es mío". La funcionaria se retira, "pues ahí los dejo *pa'que* platiquen". El Dr. Pilicastro y yo, sentados en torno a una de las mesas de herrería con sombrilla en el jardín del restaurante, nos disponemos a conversar. Sopla un viento suave.

El Dr. Pilicastro es un hombre joven (aparenta los 35 años que tiene), de baja estatura (1.60 metros, aproximadamente), tez blanca, mejillas redondas y sonrosadas, nariz grande colmada de comedones, mostacho negro y erizado, como su cabello dificultosamente peinado hacia atrás con abundante gel. Porta una camisa roja a cuadros de manga corta, pantalón negro de nylon y unos gastados zapatos de cuero café. Un portafolio *Samsonite* color caqui, bajo el brazo. Lasitud en su rostro. "Debe ser una reunión aburrida", pienso.

"Permítame explicarle, doctor…" Expongo el planteamiento general del estudio que he considerado realizar en La Unidad de Salud. Destaco que no quiero ser motivo de incomodidad para el personal, ni obstáculo para la realización de sus labores cotidianas; que deseo que el equipo de salud esté enterado del motivo de mi presencia y de acuerdo con la misma, que de lo contrario preferiría no ocuparme en dicho espacio, para no entorpecer su dinámica.

El Dr. Pilicastro no evita el esbozo de una sonrisa velada (la primera de la charla, pero no la única), "pues no es necesario que el personal esté de acuerdo con su presencia, licenciado", me dice, "si el jefe jurisdiccional ya dio el visto bueno, se debe acatar la orden. Así funcionan aquí las cosas", concluye.

La respuesta me desconcertó doblemente. Primero, ser destinatario del mote "licenciado" ha provocado una extraña perturbación en mi ánimo. No puedo evitar ubicar el título "licenciado" enfundado en un talante malencarado y ceniciento, detrás de un mostrador y una fila de tres horas de longitud (o más), empuñando un sello "oficial" en la mano y un "*nostán* completos sus papeles oiga, regrese mañana", en los labios. "¿Tendré tal aspecto?", me pregunto en un segundo, "¿el Dr. Pilicastro ve en mi la repulsiva representación de la burocracia arbitraria?"… 'No es necesario que el personal esté de acuerdo con su presencia, licenciado', dijo. La orden está dada y debe acatarse, 'así funcionan aquí las cosas'. Esa fue la segunda razón de mi inquietud a partir de su respuesta,

---

campo, está situación me hizo sentir incómodo cuando el personal de la unidad me brindaba amables y detalladas explicaciones sobre lo médico-clínico, asumiendo que yo no tenía conocimientos técnicos al respecto. Me consideré un poco embustero.

percibir que el doctor Pilicastro ve mi presencia como una imposición del jefe jurisdiccional. Un mal ineludible: "aquí está el 'licenciado' para hacer su tesis, ya ni modo. Nos lo manda el jefe, pues ni modo".

Necesito aprestar una réplica precisa. Percibo que se trata de un momento definitorio para el logro de mi estudio. "Nada de licenciado, por favor, doctor. Dígame Sergio", consigo responder. Dispongo una mueca relajada, manoteo lentamente, y continúo, "por otro lado, doctor, a mi me importa, principalmente, no incomodarlos a ustedes. Estoy sinceramente interesado en hacer este trabajo, pero sólo será posible si usted y su equipo de salud están de acuerdo…" El Dr. Pilicastro guarda silencio, inclina la cabeza, sonríe (dientes blanquísimos, los incisivos superiores grandes), "pues yo estoy de acuerdo… Verá usted que en la clínica hay muchos problemas, pero a lo mejor su estudio sirve para que se den cuenta los jefes… Quizá ayude a corregir algunas irregularidades. Ya veremos", responde el Dr. Pilicastro, mirándome por primera vez a los ojos por unos breves segundos.

A partir de ese día el Dr. Pilicastro y yo mantuvimos un trato afable y respetuoso. El galeno siempre mostró su buena disposición al diálogo y a facilitarme el acceso a todos los espacios de su quehacer profesional en La Unidad de Salud de Llano Aguacatal.

Benito Pilicastro es "jarocho" (originario del estado de Veracruz). El tercer hijo de una cuantiosa familia (tiene ocho hermanos y hermanas) clase-mediera, "con altas y bajas, ya ve, cómo todas las familias", dice.

Sus ancestros "vinieron del otro lado del océano" (se refiere al continente europeo), me confesó, con cierto alarde, una fresca mañana en Llano Aguacatal. Tocaba el tema sin poder reprimir una sonrisa en los labios, la mirada perdida en vislumbres de gratos ensueños:

- "quién sabe por qué se habrán venido de Europa mis parientes… a lo mejor venían escapando de algo… o no sé, nomás por aventureros", agrega sonriente, gozoso.

- "Oiga doctor Pilicastro, ¿y de dónde mero eran sus ancestros?"

- "Pues no sé exactamente. Pero se me hace que eran del norte de España…"

- "¿Y todavía tiene parentela por allá en España?"

- "No sé. Yo creo que si… ¿o no?... Como se ha perdido contacto, la verdad no sé", responde.

- "¿Y toda su familia viene de España?", insisto.

- "Pues creo que el abuelo de mi papá… o su bisabuelo… También de la familia de mi mamá, pero no sé bien como está la cosa…. Lo que pasa es que ya es una cosa lejana, pues", confiesa.

El Dr. Benito realizó sus estudios universitarios de medicina en la Universidad Veracruzana (UV), "que tiene un buen nivel académico", me dice, aunque reconoce que las aulas de la academia no le brindaron herramientas para trabajar en el contexto indígena y rural de México:

"Íbamos a puros hospitales, a centros de salud urbanos de cinco o diez consultorios…. Uno como estudiante no se imagina esto de cómo es trabajar en las comunidades indígenas. Ni siquiera se te ocurre acabar trabajando en un lugar así… Bueno, yo, la verdad, nunca me lo imaginé…"

Durante 1992 y 1993 realizó su servicio social "en una cabecera municipal de la Sierra de Veracruz. Un lugar muy pobre, pero (donde) casi no habían indígenas…tal vez unos cuantos, pero no sé que lengua hablaban". Ahí, el Dr. Pilicastro enfrentó un brote de cólera, "sin que se me muriera nadie", dice con orgullo". Y es que, señala, "en las localidades aledañas hubo una gran mortandad por cólera". Eran los días terribles de la Quinta Pandemia.

El Dr. Benito Pilicastro añora aquellos (no tan remotos) tiempos:

"Entonces los pasantes éramos otra cosa, no *como'ora*", dice, "ya los pasantes nomás quieren dar consulta solo por las mañanas y quieren todas las comodidades. Ya no es el mismo compromiso de antes…. Yo sólo tenía una enfermera en el centro de salud y, entre los dos, hacíamos todo. Desde barrer y limpiar la clínica, hasta salir a vacunar y hacer las visitas domiciliarias. Ora ya no es así… Los pasantes son muy flojos… o bueno, por lo menos los de acá, ¿no se puede generalizar, verdad?"

Después de su servicio social, el Dr. Pilicastro tuvo varios empleos como médico en actividades clínicas en su estado natal (trabajó en una planta de PEMEX[254] y en brigadas móviles de la SSA), sin embargo, ninguno de estos trabajos satisfacía sus expectativas profesionales ni sus necesidades económicas:

"…pagaban muy poco, mil quinientos, dos mil pesos a la quincena; y, además, no tenía base; trabajaba por contrato. Y luego se atrasaban los pagos tres, cuatro, hasta cinco meses. Y pues tenía que andar pidiendo prestado. Y ya cuando me llegaba el cheque, ya tenía yo muchas deudas, así que nomás cobraba y a repartir el cheque, a pagar a todo mundo. Siempre andaba sin centavos… ¡Está muy difícil vivir así! ¡Imagínese, tanto estudiar, para eso! "

[254] Petróleos Mexicanos.

El Dr. Pilicastro acababa de casarse con la mujer con quién mantuvo un noviazgo por más de diez años, Margarita. Aún no tenía hijos, pero los aprietos económicos lo agobiaban: "…no tenía ni casa, no me pagaban, tenía muchas deudas… ¡olvídese! ¡Muy difícil!"

Un día recibió un llamado que lo incitó a trasladarse a Chiapas. No se trató de una vena espiritual, ideológica o humanitaria, ningún compromiso particular. Fueron justamente las escasas oportunidades laborales en Veracruz y las crecientes presiones económicas que padecía las que lo trajeron al estado con mayores rezagos en salud.

"En esas andaba, cuando un amigo de la universidad me llamó por teléfono. 'Vénte para Chiapas, Benito', me dijo, 'aquí hay trabajo. Están dando plazas en el IMSS[255]'. Y a los dos días me fui para Tapachula"

En 1998 empezó a trabajar en una Unidad Médica Rural (UMR) del IMSS-Solidaridad en el municipio de Ocosingo, nuevamente por régimen de contrato. Al poco tiempo se enteró que en el ISECH estaba haciendo contrataciones. Acudió a la jurisdicción sanitaria a entregar su solicitud de empleo. Aplicó el examen. Espero. Recibió la llamada. ¡Le darían su base!

Su primer trabajo con el ISECH fue en una unidad de salud ubicada en una remota comunidad indígena (de hablantes de tseltal) en el municipio de Chilón, "bien lejos, a 75 kilómetros de la carretera, por un camino de terracería por el que se hace como tres horas para llegar", recuerda.

El galeno casi no sabía nada sobre el contexto en que trabajaría:

"Ni siquiera sabía que existía un dialecto que se llamara 'tseltal'. […] Había escuchado algo sobre los zapatistas, que los indígenas de Chiapas se habían revelado por tanta pobreza y esas cosas, pero nada más"

Esa primera experiencia fue relevante:

- "Me tocó una comunidad bien bonita, con mucha agua, árboles frutales, tierra fértil. Hasta monos había. Sí, sí, monos, en los árboles… Por eso me llamó mucho la atención ver que había tanta desnutrición. Desde que llegue traté de organizar a la gente para hacer proyectos de huertos, de animales de corral -gallinas, cerdos-, pues para mejorar la dieta, ¿no? Pero no. La gente no jaló. Al principio pensaba yo que no querían hacer caso por flojos. Pero no. O sea, lo que pasa es que cómo que no lo ven así como uno. No ven la necesidad. Ellos con tener su milpita ya están contentos. Como que no ven la desnutrición de los niños. Cómo que es normal para ellos."

[255]. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- "¿Y cómo lo trató la gente por allá, doctor?", le pregunte.

- "Pos bien, fíjese, hasta eso. Nunca tuvimos problema…. Uno que otro 'bolo'[256] que de repente se ponía medio pesado, ya ve como se ponen ellos cuando toman. Pero nada grave, pues. Siempre hubo respeto."

- "¿Y no había dificultades con esa situación del zapatismo?...", pregunté.

- "Pues yo cómo no me metía en esas cosas, pos… Yo hacía mi trabajo: las consultas, las pláticas, las vacunas, la papelería… Creo que sí había uno que otro zapatista, pero nunca supe quién, ni pregunté ni nada. Tampoco supe de problemas entre ellos mismos. O sea, todo bien. Lo único pues, es que la gente no es muy participativa, ¿verdad?, pero no hubo ningún problema.

Margarita, su esposa, vivía en San Cristóbal de Las Casas, en una casa de interés social que rentaban, a siete horas de distancia desde la localidad dónde trabajaba Benito. Margarita quedó encinta. De madrugada, antes del plazo, arribaron los dolores de parto. Un cálido líquido brotó con potencia de entre sus piernas. El día previo, Benito se había ido a trabajar, no regresaría hasta dentro de cuatro días.

"En la tarde me llegaron a avisar los de la jurisdicción", me relató, "'qué tu esposa está en trabajo de parto. Que se le rompió la fuente. Que salió con meconio'. Y eso quiere decir que había sufrimiento fetal, 'no la friegues', pensé, 'y mi mujer está solita. ¡Llévame a Ocosingo!', le dije al de la camioneta, '¡hazme ese favor!' Y en ese momento me fui a San Cristóbal".

Cuando Benito llegó a la ciudad encontró a Margarita convaleciente en el hospital. Le habían practicado una cesárea de emergencia. Sobre su pecho, la mujer arrullaba a un varón de tres kilos de peso. Su padre lo envolvió entre sus brazos y suspiró.

El Dr. Pilicastro solicitó su cambio de plaza después de trabajar por tres años en la misma unidad de salud. Lo mandaron a la jurisdicción sanitaria # 2, que corresponde a Los Altos. Estaría más cerca de casa.

En los tres años que tiene trabajando en la región de Los Altos, el Dr. Pilicastro ha cambiado su plaza a tres diferentes localidades, siempre procurando acercarse un poco más a la ciudad, San Cristóbal de Las Casas, donde viven su esposa y sus dos hijos (ya son dos, uno de tres años y otro de ocho meses). Pero ese no ha sido el argumento público para solicitar su cambio de plaza. El motivo "oficial" para solicitar un puesto de trabajo más cercano a la ciudad es, en palabras del Dr. Benito, porque:

[256] En Chiapas (y otras regiones de Centroamérica) se utiliza el vocablo 'bolo' para hacer referencia a las personas que están en estado de embriaguez.

"… no puedo caminar muy bien. Tuve un accidente de trabajo hace tres años. Me lastimé el tobillo. Así que ya no debo hacer largas caminatas por las veredas o caminos. El traumatólogo del ISSSTE[257] me lo prohibió. Dice que me debo operar, pero como esa operación no la cubre el seguro y sale muy cara, pues no me la he hecho"

Así, el galeno ha conseguido sus cambios de plaza. Pero sigue a la espera de estar en la ciudad, aunque no confía mucho en que eso suceda:

- "es que no tengo palancas", arguye, "y ya ve. Aquí *pa'*todo se requiere palancas…"

- "¿y mediante el sindicato no ha intentado encontrar solución a su caso?", le pregunto.

- "pues sí, pero nomás me traen a vuelta y vuelta… Tampoco tengo palancas en el sindicato… No se crea que el sindicato siempre nos apoya…", me dice lanzándome una mirada socarrona, "Es lo mismo. Los que tienen palanca, esos luego, luego consiguen lo que quieren. Los que no tenemos ni quién nos eche la mano, pues ora sí que a esperar y esperar… a ver cuándo", expresa casi en un suspiro.

El Dr. Pilicastro ha explorado otras posibilidades. Examina la opción de hacer una especialidad médica. Nuevamente, el motivo no es vocacional, son razones prácticas, utilitarias:

- "He pensado en hacer el examen de residencias médicas; agarrar oftalmología o foniatría", me dice.

- "¿Le gusta la oftalmología?", inquiero.

- "Pues es bonita *oftalmo*. Pero no es porque me guste. Me gusta más la pediatría o *gineco* o cirugía, pero ya hay muchos pediatras y *ginecos* y cirujanos. *Oftalmos* hay pocos, sólo dos en todo San Cristóbal. Y ninguno de base en el hospital. Así que si hago *oftalmo* tengo varias ventajas. Una, que me tendrán que dar mi plaza en el hospital, pues no les conviene seguirme manteniendo en comunidad. Además tendría un mejor sueldo; y también podría tener un buen número de pacientes particulares, lo que me permitiría un mejor ingreso económico (sic)", argumenta el Dr. Benito, con cierto fulgor en los ojos.

Frecuentemente, en las charlas que solíamos entablar el Dr. Pilicastro y yo, sus inquietudes económicas ocupaban un lugar primordial: que le subieron la renta de la casa, que tiene fuertes gastos familiares, que debe pagar algunas deudas, que está con incertidumbre por la vivienda de interés social que está a punto de recibir, que ya la recibió pero que la construcción tiene serios desperfectos, que se la van a cambiar, que ya no hay otras casas, que la que le dieron originalmente ya la entregaron a otra familia, que la colonia se inunda, que las paredes se desbaratan, etc.

[257] Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En cierta ocasión una paciente (mestiza, de Pantlehó) comentó durante la consulta, "el café está muy bajo (de precio). Mi esposo se quiere ir para el norte (Estados Unidos). Es que no tenemos dinero"[258]. El Dr. Pilicastro solo acertó a decir, "Así estamos todos, *mi'ija*", y apretó los dientes. Yo también.

Después de cuatro meses de trato frecuente, me quedé con la impresión de que el Dr. Benito Pilicastro es un hombre modesto, un tanto retraído, de trato amable y respetuoso, ocupado en cumplir con su trabajo, "su chamba", sin meterse en complicaciones o asumir mayores compromisos (por ejemplo, en ninguna ocasión, durante mi estancia, se involucró personalmente en el caso de paciente alguno). Percibo en él cierto desentendimiento del entorno exterior; se recoge en los asuntos de su familia, en sus propias dificultades, porque, como él mismo dice, "está bien dura la cosa".

La enfermera Angelina Valdivieso[259]

A la enfermera Angelina Valdivieso la conocí durante la primer visita que realicé a la Unidad de Salud de Llano Aguacatal, dónde ella trabaja.

Angelina tiene 28 años de edad y marcadas líneas de expresión en el rostro claro. Los párpados ligeramente tumefactos. Mirada melancólica. Su semblante proyecta un talante adusto y amargo. De estatura mediana (1.65 metros aproximadamente) y complexión rolliza. Viste de blanco (zapatos, pantalón y filipina) y un chaleco azul marino: el uniforme de las enfermeras. Casi siempre camina a pasos cortos, despacio, casi arrastrando los pies, lánguidamente.

"Mucho gusto", le dije, procurando sonreír, cuando el Dr. Pilicastro me presentó con el personal de La Unidad. "También yo", respondió devolviendo la sonrisa y extendiendo la mano. Desde ese momento, la enfermera Angelina y yo conservamos una afectuosa relación hincada en la sonrisa franca y espontánea.

Angelina es oriunda de Tuxtla Gutiérrez, en donde vive en casa de sus padres. Es madre soltera de una niña de seis años. Del padre de la pequeña nada sabe, la abandonó cando se enteró

[258] La migración al Norte, a Estados Unidos, está aumentando rápidamente en la región.
[259] La mayor parte de los datos relativos a la enfermera Angelina Valdivieso corresponden a una de las enfermeras que laboraba en Llano Aguacatal al momento del trabajo de campo, pero debe aclararse que se trata de un personaje construido por el autor a partir de datos obtenidos de entrevistas y observación de las actividades cotidianas de otras enfermeras que laboran en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas.

que ella estaba preñada, "¡Ahí lo *mirás*, que vas a hacer!" fueron las palabras del "¡desdichado infeliz!"

Gely –como le dicen a Angelina sus compañeros de trabajo- estudió la carrera técnica en enfermería junto con su bachillerato. Concluyó sus estudios hace diez años. Desde hace cuatro es trabajadora de base en el ISECH, en la Unidad de Salud de Llano Aguacatal donde cubre el turno matutino de lunes a viernes. Es la encargada del núcleo básico tres (instalado provisionalmente –por tiempo indefinido- en el consultorio de urgencias de La Clínica). Todos los días se traslada de San Cristóbal de Las Casas a Llano Aguacatal y de regreso. De lunes a viernes reside en San Cristóbal, en una pequeña casa rentada que comparte con la enfermera Lila Berlanga, su amiga y compañera de trabajo. Ahí, cada tarde observan absortas "la telenovela de las siete en el dos y la de las nueve en el trece" (al día siguiente, en La Clínica, habrá tiempo de comentar los embrollos e inconvenientes de la infortunada heroína y su novio pusilánime, y los embates furiosos de la suegra perversa que al final enloquecerá y morirá calcinada en su suntuosa mansión).

Los fines de semana, Gely regresa a Tuxtla Gutiérrez, "para visitar a mi'ja, que vive con mis papás", dice con amargura. "¿Y cómo han sido estos cuatro años trabajando lejos de tu hijita?", le pregunté. "Pues difíciles, pero ella (su hija) ya se adaptó. Quiere mucho a sus abuelitos… más que a su mamá, ja, ja, ja", responde rompiendo en una doliente carcajada.

Angelina y Lila vivieron en Llano Aguacatal por dos años (en el 2000 y 2001). Entre varias compañeras de trabajo (de las cuales sólo quedan Lila y Angelina) rentaban una casa en la localidad, propiedad de una familia mestiza. "Es que sale más barato que andar pagando taxi todos los días y rentar en San Cristóbal", argumenta (el costo del pasaje sencillo en trasporte público de San Cristóbal a Llano Aguacatal varía de 15 a 25 pesos).

- "¿Y, entonces, por qué dejaron de rentar la casa y ahora viajan todos los días a San Cristóbal?", le pregunto.

- "¡Ay! Pues es que fíjate que nos empezó a dar un poco de miedo que nos fueran a hacer algo…. Cómo aquí la gente no está acostumbrada a ver mujeres solas. Qué tal que un día se nos metía un borracho a la casa", responde.

- "¿Les llegó a pasar algo así?", inquiero.

- "Pues a nosotras no. Pero sí nos enteramos de una maestra de San Cristóbal que trabajaba en la primaria y también rentaba en la comunidad. Un fulano trató de meterse a su casa en la noche; nomás que la maestra se puso a gritar y pues llegaron varias personas a ayudarla, y pues ya no pasó nada. Pero de todos modos pues el susto,

¿verdad? Ya la maestra pidió su cambio de plaza y se fue…. Y fíjate que nosotras, luego en las noches, escuchábamos ruidos afuera de la casa, y pues sí nos daba miedo… pero nunca nos pasó nada, gracias a Dios".

La primera actividad que realiza Angelina cada mañana al instalarse en el consultorio de urgencias (su núcleo básico), es abrir su estuche de cosméticos, empuñar su espejito de mano y aplicarse generosas cantidades de bilé y polvos de color pastel sobre los labios, párpados y mejillas. Después llega la hora del desayuno en la sala de hospitalización; ahí comparte los alimentos y la plática –con la que tanto se deleita- con sus compañeros de trabajo. Después regresa al consultorio de urgencias y ordena las fichas de registro de las y los pacientes de *Oportunidades* que atenderá durante el día. Prácticamente su labor se reduce a llevar las consultas "de control" de los beneficiarios de dicho programa; de manera notable, al registro del peso y edad de niños y niñas menores de cinco años,[260] la dotación de métodos de planificación familiar a las mujeres[261] y la vacunación de infantes y embarazadas. Además, dos o tres veces al mes congrega a un grupo de mujeres titulares del programa y, previo pase de lista, les propina de dos a cuatro horas de plática "educativa" sobre algún tema de salud (el que marque el programa).

Después de cuatro años de trabajo en Llano Aguacatal, Angelina entiende algunas (varias) palabras de tsotsil y sabe pronunciar algunas frases, lo que, evidentemente, es una valiosísima habilidad para el mejor desempeño de sus actividades. Sin embargo, a pesar de esto, es notorio un trato diferencial cuando la enfermera Angelina se dirige a usuarios indígenas en relación a los mestizos:[262]

[260]. Tengo la impresión de que en esta actividad es el registro de los datos (el peso y la edad) lo que adquiere prominencia, y no la valoración y vigilancia del estado nutricional de los infantes. Las enfermeras (no sólo Angelina) se preocupan sobremanera por registrar a los niños, independientemente de su condición. Durante el trabajo de campo presté oídos a comentarios como: "faltaron dos niños de pesar… hay que irlos a buscar para registrarlos" (no para valorar su estado nutricional), o "ahora sí pesamos a todos" (sin hacer mención de la prevalencia de desnutrición por grados) o decirles a las madres de los niños, "traigan a sus hijos, porque si no les vamos a poner falta, ¿eh?, y ya saben que con tres faltas pierden su apoyo" (sin poner énfasis en la importancia de la vigilancia nutricional para la detección temprana de la desnutrición). De la misma manera, me parece que las madres de estos niños también están más preocupadas por el registro de sus críos, que por la valoración de su estado nutricional; llegan a pasar lista, no a meditar sobre la condición nutricional de los menores.

[261]. Puesto que a las mujeres se les responsabiliza del cumplimiento de las reglas del programa *Oportunidades* –lo que no necesariamente repercute en modificar las relaciones de género o a su "empoderamiento"-, son ellas las que reciben los mensajes (persuasivos) sobre planificación familiar y quienes los utilizan.

[262]. Al percatarme de ello, me inquietó advertir esta diferenciación, pues consideraba que podría estar incurriendo en un acto de "profecía autocumplida" (Bourdieau , 1975), dejándome llevar por

Cuando un usuario indígena se aproxima al consultorio dónde Angelina escribe en las hojas de registro, si el paciente no dice nada, ella tampoco pronuncia palabra alguna y continúa afanada registrando datos; así pueden pasar varios minutos –diez, quince, treinta minutos-. Por fin, el o la paciente dice algo con voz baja, "eeeh, no sé si hay consulta…", Angelina levanta la cabeza (mirada endurecida, entrecejo fruncido), "¡¿Qué? ¿Quieres consulta?!", exclama con sequedad, "¡Es allá a la vuelta!, ¡con el doctor!, ¡por la otra entrada!... ¡por allá!... ¡allá!... ¡ahí pregunte! " Y el usuario se va a la sala de espera de consulta externa (porque se equivocó y estuvo esperando en la sala de espera de urgencias). Angelina menea la cabeza en ademán reprobatorio y, chistando, retorna la interrumpida operación de registrar datos.

Cuando un usuario o, más frecuentemente, usuaria mestiza de la localidad se aproxima a donde Angelina, casi siempre saluda, "¡Hola, señorita Gely!"; Angelina se incorpora, "¡Ay, Hola doña Fulanita de Tal por Cual! ¿Cómo está?" Entablan un diálogo cordial:

> "Pué mire'sté, señorita Gely, que ora sí vengo con una molestia, pué. Es que vengo a ver si me va'sté hacer el gran favor de poner una mi asistencia de la junta de antier. Es que no pude llegar, pué. ¿Caso me pude levantar? Es que me agarró un gran dolor de cabeza que ¡ah, cállese'sté!, taba yo bola de una vez, ¡a'iba a morir ya de una vez yaaa!...."

La enfermera Angelina escucha con atención el diálogo de doña Fulanita, interviniendo con expresiones que descubren cierto interés en la plática: "no me diga", "¡qué barbaridad!", "¿ya fue pues a ver al doctor?", "¿Qué le dijo, pues?" (Al final del diálogo, Angelina asentó una palomita frente al nombre de doña Fulanita de Tal en la lista de asistencia de la plática de *Oportunidades*).

En general, me parece que el trato de Angelina con los usuarios indígenas suele ser áspero, brusco, antipático; mientras que con los mestizos suele ser más amable. Quizá esto puede explicarse (parcialmente) por el hecho de que Angelina conoce y mantiene una relación amigable con varias de las mujeres mestizas de la localidad, y no así con las mujeres indígenas.

Gely espera conseguir su cambio de plaza, desde hace tres años lo ha solicitado. Quiere trabajar en el Hospital General de San Cristóbal de Las Casas, pero lo ve muy difícil, "a lo mejor

---

mis propias prenociones. Sin embargo, después de repetidos intentos por "mirar con otros ojos" este caso particular, no pude renunciar a mirar este trato claramente discriminatorio.

dentro de otros cuatro años", me dice con resignación, "voy a tener que aguantar aquí otro rato… ni modo".

La enfermera Mercedes González

Mercedes González es originaria y residente de San Cristóbal de Las Casas, "cien por ciento coleta", me dice orgullosa y recurre a su genealogía: sus padres, sus abuelos, los padres de sus abuelos, todos fueron naturales de San Cristóbal.

"Cuando yo era niña San Cristóbal era otra cosa. Cambió mucho ya. Por el rumbo de San Ramón, pasando el puente blanco, no había casas… sí había, pero casi no, pues… Puro campo, huertas, milpas, potreros. Mi abuelo tenía por ahí una su milpita. Ahí andábamos toda la plebe, todo el santo día. Era puro jugar…"

"(…) ya no es igual como antes. Ha cambiado mucho San Cristóbal. Ahora ha llegado mucha gente, muchos extranjeros y muchos chamulas. ¡Pucha! ¡Y siguen llegando! Ya coletos, coletos casi no quedamos, ora resulta que ya somos pocos."

-"¿En verdad notas que la población *sancristobalense*, los coletos, pues, es cada vez menor?", inquiero.

- "¡*Idiaí entons*! Coletos, coletos, de a tiro somos cada vez menos. Ya hay mucho chamula en San Cristóbal. Nomás dese'sté una su vuelta por el periférico y verá como'sta lleno de chamulitas por todos lados. Esta creciendo mucho San Cristóbal en las orillas, pero feo de una vez. Miré nomás esas colonias tan fachosas que están haciendo, La Hormiga, Los Tres Cuartos, La Palestina… ¡Que tristeza da! […]"

"[…] Y también hay muchos extranjeros ya. Pero de esos medio mugrosos, mariguaneros, haraganes, que andan ahí nomás con los chamulas; no sé que cosa harán con ellos o qué, pero yo veo como que andan ahí nomás con ellos, alborotándolos me imagino, pienso yo, no sé."

A pesar del discurso hostil frente a los forasteros[263], la enfermera Mercedes no tuvo muestras de antipatía para conmigo. Mi relación con ella fue seria y respetuosa en todo momento; siempre encontré buena disposición de su parte para responder a mis interrogantes.

Mercedes, de por sí, suele ser seria con sus compañeros de trabajo, aunque se permite un poco más de confianza con el Dr. Pilicastro y el enfermero Claudio; con las enfermeras Lila y

[263] La población oriunda de San Cristóbal de Las Casas y demás municipios alteños utilizan el apelativo "extranjero", para referirse a cualquier forastero no chiapaneco, sea de otro país o de otro estado de la república mexicana.

Angelina procura evitar el trato, “prefiero hablarles así, poquito, para que no nos metamos en problemas”, aduce.

La enfermera Mercedes González –Meche, como le llaman sus compañeros-, tiene 31 años de edad, aunque parece menor. De tez morena, delgada, de baja estatura (1.50 metros aproximadamente). Viste un uniforme blanco límpido y meticulosamente planchado. Luce un peinado preciso de raya en medio con pasadores que le sostienen el cabello negro.

La señorita Meche ha trabajado en Llano Aguacatal durante tres años (desde el año 2000). Cuenta con la base. “Pero no es nada fácil, no se crea. Para una mujer casada, con dos hijos, con esposo, no es fácil”, dice. Sin embargo, “afortunadamente, me tocó un buen hombre”, explica, “que me apoya, me ayuda, no se opone a que yo trabaje”.

Para ilustrar las dificultades que implica trabajar, ser esposa y madre de dos hijos, Mercedes me explica su rutina diaria. Todos los días ella se levanta temprano y, antes de acicalarse para ir a trabajar, prepara el desayuno para su esposo y sus dos hijos. Después parte rumbo al mercado para abordar el taxi o la camioneta de transporte público que la llevará a Llano Aguacatal. Más tarde, su esposo sirve el desayuno a los niños, los viste y los lleva a la escuela; luego él se va a trabajar como chofer en una ruta de “combis”. Por la tarde, la suegra de Mercedes recoge a los niños de la escuela y los lleva a su casa para darles de comer. Como a las cinco o seis de la tarde la enfermera Meche está en casa de su suegra, de regreso del trabajo. Ahí, después de comer, ayuda a sus hijos con sus tareas escolares. Como a las ocho o nueve de la noche pasa el esposo, cansado de la faena, a recoger a su familia. Juntos se van a casa, cenan café y pan coleto, encienden el televisor, ven la telenovela. Al final del día, el merecido descanso.

Así es de lunes a jueves, porque los viernes la enfermera Mercedes no trabaja. Las autoridades jurisdiccionales han concedido un permiso especial para que Meche dedique los viernes a terminar la licenciatura en enfermería en un colegio de Tuxtla Gutiérrez. Mercedes, al igual que sus compañeras, solamente cuenta con los estudios técnicos con que egresó del bachillerato. Pero son otras sus aspiraciones. No sólo quiere hacer la licenciatura, quiere hacer una especialidad. “Me gustaría trabajar en quirófano”, dice, “siempre me ha gustado estar en cirugía… Además en el hospital regional no hay enfermeras especializadas para ayudar en el quirófano, así que si yo hago la especialidad pues tengo más posibilidades de que me den mi cambio de plaza”, confiesa. No

oculta la emoción que le ocasiona el regreso a las aulas. Siempre anda con sus apuntes abiertos, estudiando, repasando la lección en sus ratos libres.

La señorita Meche es la más activa de las enfermeras (y quizá de todos los trabajadores de La Unidad), “a mi me gusta andar siempre de arriba para abajo. No me gusta andar en la chorcha, nomás perdiendo el tiempo”, dice. Y, efectivamente, la enfermera Meche es quien se ve más movida, más ocupada: pasa por la sala de espera caminando a toda velocidad con un tambache de expedientes bajo el brazo, entra y sale del consultorio del médico, corre rumbo al laboratorio a recoger resultados (si es que ya están listos), pesa a (algunos) pacientes en la báscula, les toma los signos vitales, registra los datos a toda prisa en las hojas correspondientes, cambia la sintonía del radio casi destartalado, acomoda la antena (improvisada con un gancho de ropa) para captar mejor la señal de la emisora en el aparato radial. Todo a prisa, con cierta premura.

La enfermera Meche no siempre acude a la sala de hospitalización a compartir el desayuno. De hecho, durante mi estancia en Llano Aguacatal, en pocas ocasiones participó del acostumbrado refrigerio. Prefiere instalarse en el consultorio número dos y repasar los apuntes de sus clases de enfermería.

Al resto de sus compañeras enfermeras les parece que Meche es un tanto antipática, “es medio alzadita”, dicen. No llegué a entender cabalmente el porqué de esta actitud; aparentemente nunca han tenido alguna discrepancia o una disputa abierta. Me parece que la animadversión del resto de las enfermeras hacia Mercedes, descansa en la irritación que genera en los demás el que alguien se esfuerce más en sus tareas, lo que, ineludiblemente, perjudica a quien es fiel seguidor de la máxima “ley del mínimo esfuerzo” y del “disimulo campechano”. Meche genera en sus compañeras esa desazón que provocan los rendimientos ajenos y que algunos llaman envidia.

A pesar de que Meche tiene tres años trabajando en Llano Aguacatal, entiende y pronuncia muy pocas palabras en tsotsil. Es una diferencia notable en contraste con sus compañeras y compañeros, quienes conocen varias frases y palabras en la lengua local. También llamó mi atención que es Mercedes quien aparentemente tiene un menor trato con pobladores (indígenas o no indígenas) de la localidad, más allá del contacto al que la obligan las actividades técnicas que le implica su labor.

En alguna ocasión pregunté a Mercedes si ella tenía algún amigo o amiga en la localidad, “No, a qué horas”, me respondió entonces, “ni tiempo me da de andar pensando en eso. Tengo

muchísimo trabajo durante el turno, y ya a la hora de salida salgo pero si corriendo por mis hijos… ¿a qué hora voy a andar pensando en amistades? ¡No, que va a ser!"

A pesar de la seriedad característica de Mercedes, se complace en escuchar la radio a toda hora durante sus actividades laborales y de tararear canciones o de plano entonarlas a todo pulmón (desastrosamente, para mi gusto). Nunca pareció reparar en el bienestar de los demás con motivo de su regodeo musical. Las cumbias, especialmente, parecen abstraerla de este mundo y transportarla allende los ensueños.

Don Tiburcio Ventura, el *Jloktor ja'jchi'iltik*

¡Cuantas ansias tenía por conocer a don Tiburcio Ventura! Había escuchado hablar tanto de él, desde hacía mucho tiempo y en repetidas ocasiones. Fue hace más de tres años (en el año 2001), cuando trabajaba en un programa de Atención Primaria en Salud con la delegación francesa de Médicos de Mundo en colaboración con redes locales de promotores de salud de varias comunidades de Chenalhó.

Precisamente de los promotores de salud tuve las primeras referencias sobre Tiburcio Ventura. Los comentarios, me parecía, llevaban contenidos ambivalentes: respeto y desprecio, admiración y mofa, envidia y desdén.

Por un lado, los promotores de salud reconocían la buena reputación del *jloktor ja'jchi'iltik* (doctor compañero, en su traducción al castellano); reputación que rebasaba los límites del municipio. Sabían que su trabajo era valorado por numerosas personas, por "el pueblo". En el fondo, Ventura aparecía como un redentor. Su atrevimiento irreverente frente al médico ladino liberaba también a los promotores de salud del cautiverio en el último eslabón del modelo médico y la autoridad del doctor mestizo. Don Tiburcio Ventura estaba por encima de eso. Era un *jloktor* (doctor), un *chiltak* (compañero) y, además, un hombre próspero. Tiburcio Ventura era su ejemplo, un icono casi heróico, deseo inconfesable.

Por otro lado, lo despreciaban. No tenían buenos ojos para el individualismo tangible en la riqueza material de Ventura. No era un promotor de salud, era un *jloktor*, "un particular". Tenía su farmacia, no un botiquín comunitario. Cobraba por sus servicios, no los ofrecía desinteresadamente. Los promotores eran nombrados en asamblea por la comunidad, se les imponía el cargo sin percibir

un centavo, sólo el orgullo del servicio[264]. Ventura lucraba, se servía a sí mismo con anchas ganancias.

Lo envidiaban. Tiburcio Ventura emergía en los discursos de promotores de salud como la eterna disputa entre el *Ello* y el *Súper Yo*, entre la conciencia moral del deber ser *pedrano* y los impulsos múltiples dirigidos al placer de desplegar el poder zahiriendo, afrontando al mandamás de siempre, al mestizo -ya sea médico, licenciado, funcionario de gobierno, rico, patrón-, sobre quien se ciernen rencores añejos.

Esa era mi interpretación entonces.

"¡Él no está con el pueblo!", escuché decir turbado, con irritación, a un promotor de salud, refiriéndose al *jloktor*. Pero el pueblo esperaba sentado en el corredor de un consultorio la sanación de sus males, la cura de manos de don Tiburcio Ventura.

Tal personaje, el *jloktor ja'jchi'iltik*, me intrigaba.

Sólo lo había visto una vez, una fría mañana de agosto del 2002 en el patio de la escuela secundaria de *Takiukum*, un paraje del municipio de Chenalhó. Respiraba la fragancia matinal, suave, deliciosa, de pino y ocotales. Recuerdo sus lentes oscuros de enorme armazón dorado, el sombrero tejano con un listón rojo circundándolo, una pluma grisácea liada en él, la chamarra, el cinturón y las botas de piel. Los directivos de la escuela habían pedido a don Tiburcio Ventura ser padrino de la generación de egresados de la secundaria del lugar. Aceptó. Era el día de graduación.

Mi amigo, el doctor Adrián C, que trabajaba en la localidad, también era padrino de uno de los egresados, el hijo de un promotor de educación. Adrián me invitó al festejo.

Tiburcio Ventura pagó las cajas de refresco para la fiesta, el *pox* (bebida alcohólica a base de la panela de la caña de azúcar), la carne de la res, la tortilla y la música del Filiberto Remigio –afamado tecladista y cantor de la comarca-, quién acompañaba su algarabía con el baile ramplón de dos mujeres centroamericanas (salvadoreñas, me enteraría después) de senos voluptuosos y carnosas caderas, de donde se enrollaban brazos, manos y ojos de don Tiburcio, que bailaba al ritmo de la música y alcohol que le invadían el alma. "¡Ay ay ay aaaaaaaaay!", gritaba con estruendo, de vez en vez sacaba un manojo de billetes de la bolsa de su pantalón y los empuñaba alzando la mano, "¡Aaaaaaaaay, aaaaaaaay!", aullaba y zapateaba con las botas de la piel que alguna vez reptó en su naturaleza de víbora, el rostro rubicundo, sus manos aferradas a las caderas de las bailarinas, sus ojos entornados aplicaban una mirada voraz en los senos de las vehementes

[264] Para una explicación de la importancia que conceden los *pedranos* al *Cargo*, véase Arias, Jacinto, 1990.

danzarinas. El público alrededor. Los hombres divertidos, silbando, vociferando, a gritos, “yaaaa ja ja jaaaaíí”. Las mujeres detrás, cubriendo sus espaldas y medio rostro por sus rebozos bordados, mirando de reojo, algunas sobrecogidas, otras sonriendo discretamente, cuchicheando por lo bajo.

“Ahí está Tiburcio Ventura, el *jloktor*. Es ese. ¡Míralo!”, me dijo un promotor de salud y lo señaló con el dedo. ¡Qué sonrisa descomunal, enorme! Como el Pedro Navajas, un diente de oro, brillando. Lo contemplé, perplejo.

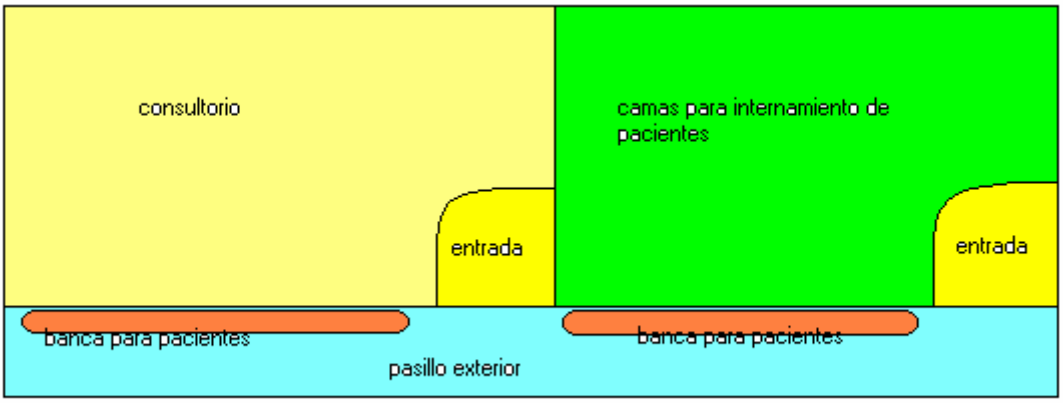
Fue en el marco del trabajo de campo del presente estudio, cuando tuve ocasión de acercarme a don Tiburcio Ventura, platicar con él, observarle en su faena clínica.

Durante mi estancia en Llano Aguacatal, después de algunos recorridos por la localidad, conseguí ubicar el consultorio del *jloktor*. Una construcción contigua a su casa levantada con materiales fuertes (paredes de block, columnas de varilla y cemento, techo con colado de concreto) y de dos plantas. El consultorio ocupa la pieza delantera de la edificación, el resto es la casa. La fachada exterior luce pintada de colores azul, amarillo y rosa. La de Ventura es una construcción grande que contrasta con el resto de las viviendas alrededor, la mayoría de paredes de tabla, techos de lámina, pisos de tierra.

La casa y consultorio de don Tiburcio se localiza próxima al centro de la localidad, pasando el cuartel policial y el templo católico. En su hogar vive acompañado de sus cuatro mujeres y algunos de sus muchos hijos e hijas.

El costado de la construcción dedicado al consultorio consta de dos habitaciones independientes y un pasillo exterior. La primera habitación es el espacio del consultorio propiamente dicho. En la segunda habitación hay tres camas para mantener pacientes en observación. El pasillo exterior, con dos largos banquillos de madera donde los pacientes aguardan la consulta, hace las veces de sala de espera (figura 10).

Figura 10. El consultorio del *jloktor ja'jchi'iltik*



Al pasar frente al consultorio en mis caminatas por el poblado siempre observaba un gentío que se amontonaba en el corredor exterior aguardando la consulta del *jloktor*. "Tiene más pacientes que en la clínica", me dijo Melvin Pérez, el odontólogo, quien a veces me acompañaba en mis marchas; "afortunadamente", agregó, "si no imagínate nomás cuanta gente le caería en la clínica".

Una mañana de septiembre (del 2003) me dirigí al consultorio de Tiburcio Ventura. Eran las 10:30 horas del "horario de Dios"[265] y aun no abría las puertas del recinto, pero en el corredor ya aguardaban doce pacientes sentados en las bancas. Todos eran indígenas, la mayoría mujeres que vestían las ropas tradicionales de las *pedranas*, una anciana vestía el traje de las *tenejapantecas*[266]. Platicaban en lengua tsotsil. Distanciados del resto del grupo dos hombres fornidos de aproximadamente 40 años, con apariencia de rancheros (botas vaqueras, pantalón de mezclilla, camisa arremangada desbotonada mostrando el pecho lampiño, sombrero, bigote tupido) platicaban en español. También esperaban a Ventura.

Salude con un "buenos días" y tomé lugar para esperar con los demás pacientes. La concurrencia me miró con extrañeza, se hizo un murmullo generalizado. Nadie contestó mi saludo (yo vestía una camisa blanca -una pequeña libreta y un lápiz sobresalían de la bolsa frontal a la altura del pecho-, pantalones de mezclilla *Levis*, navaja suiza al cincho, tenis "de montaña" *Nike*, una

[265] En las comunidades indígenas de Los Altos de Chiapas el llamado "horario de verano", que consiste en adelantar una hora el reloj durante los meses de abril a octubre, no se aplica de facto. De este modo, la hora que rige es la llamada "hora de Dios", "hora campesina" u "horario normal" (una hora menos que el horario de verano). Al horario de verano también se le conoce como "la hora de Fox" (en alusión a que supuestamente es el presidente Vicente Fox quien decide y ordena dicho cambio de horario. Hace cuatro años al mismo uso horario se le llamaba "la hora del Zedillo", por razones similares) o "la hora del diablo" (ojo: esto es en antagonismo con "el horario de Dios" y no necesariamente como equivalencia entre el presidente Fox y el Satanás, aunque se necesita indagar más este asunto).

[266] Oriundas del municipio de Tenejapa.

gorra nueva con el logotipo de CIESAS –regalo por el trigésimo aniversario de la institución-, mochila al hombro).

"¿De dónde vienes tú, pué?", preguntó el hombre indígena a mi lado, eso dio pie a la plática. Me presenté como un antropólogo que quiere platicar con don Tiburcio, no revelo nada más. El motivo de consulta de mi compañero de espera es "la gripa y la tos" que hace dos días le molestan mañana y noche; acude a don Tiburcio porque "es muy bueno curando" y "da buena medicina". Entre otras cosas, me enteré que el aquejado piensa migrar al Distrito Federal la próxima semana, "es que aquí no muy hay chamba", dice. Tiene un primo trabajando por allá; pero, recientemente "lo asaltaron unos pandilleros (al primo). Llevaban cadenas y puñal (los pandilleros); le quitaron todos sus centavitos, su camisa, sus zapatos, su pantalón (al primo)… lo dejaron desnudo, así nomás…. Es peligroso pué". Dice que de cualquier modo vale la pena, "pagan mil pesos semanales, y el trabajo está fácil, de peón pué".

"Ahí ya viene el Tuburcio", advierte mi agripado interlocutor y se incorpora de un salto.

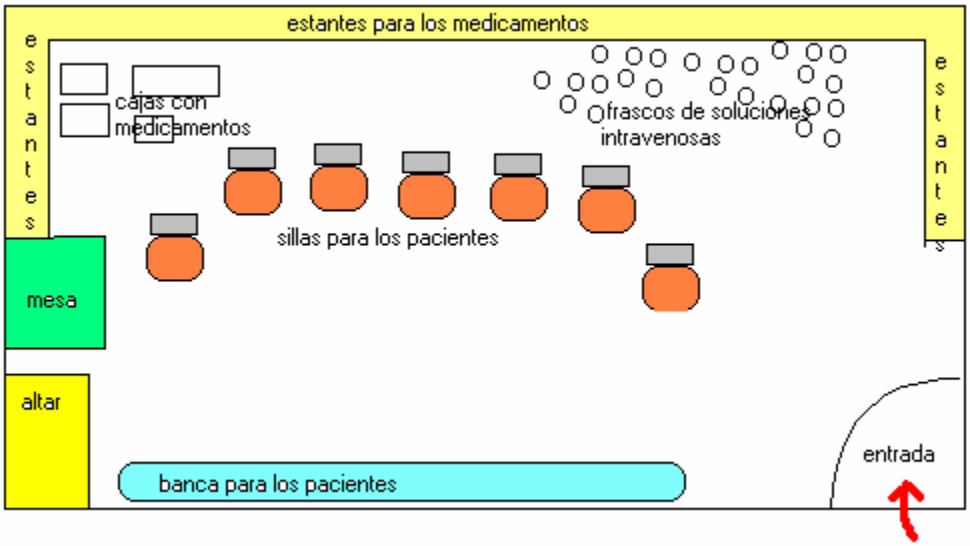
Dando pasos cortos, pero rápidos, aparece un hombre de baja estatura, 1.55 metros aproximadamente. Es Tiburcio Ventura. Ahora son las once de la mañana.

De tez morena clara con mejillas ruborosas, ojos pequeños, nariz respingada, también pequeña, a Ventura se le insinúan algunas arrugas en la frente y los párpados –las "patas de gallo"-, sin embargo aparenta menor edad que los 59 años que tiene cumplidos. El pelo negrísimo, ligeramente largo y peinado de raya lateral, brillante como lustrado con cera, recuerda al Benemérito, Benito Juárez. Los brazos delgados, las carnes flácidas, una rugosidad de piel cuelga en sus codos como una coliflor.

Tiburcio está sonriente. Ha tomado un baño matinal. Viste una camisa negra de manga corta, un pantalón de nylon acampanado en sus extremos, bruñidos zapatos negros. Saluda al público, que lo recibe con un jubiloso rumor como zumbido de avispas. Todos se levantan de sus asientos y los siguen desordenadamente, unos sonríen. Tiburcio quita el candado de la puerta y abre el consultorio. Él entra primero. La gente se precipita al interior, detrás de él, para ocupar un lugar en la habitación. El hombre que había estado a mi lado, es de los primero en ingresar. Yo me acerco a la puerta, me detengo en el umbral, detrás de varias personas –entre ellos los dos rancheros-. Como soy más alto que los demás puedo mirar el interior del recinto. El *jloktor* no se ha percatado de mi presencia. Inclino la visera de mi gorra sobre el rostro -metáfora de ocasión de la tienda *malinowskiana*-, con intención de pasar inadvertido por unos instantes. Observo.

El consultorio del *jloktor ja'jchi'iltik* es un espacio rectangular de aproximadamente cinco metros de longitud por tres de ancho y dos de altura (figura # 11). Tiene una sola puerta de entrada (de gruesa madera), que comunica con el pasillo exterior, dónde los pacientes suelen esperar desde muy temprano a que don Tiburcio abra el consultorio. No hay ventanas, es una habitación oscura y escasamente ventilada. Huele a humedad y encierro. Del centro del techo cuelgan los cables del único foco de la pieza. Su luz es débil. Ventura enciende la mecha de algunas veladoras sobre una repisa, a un extremo del cuarto. Se agrega una luz exigua y bailarina. El recinto a media luz.

Figura 11. Interior del consultorio del *Jloktor ja'jchi'iltik*



En tres de las paredes del cuarto se recargan amplios estantes de hasta cuatro repisas repletas de medicinas de patente. Algunas arañas han tejido sus redes en los recovecos. Se percibe cierto orden dentro del caos a que obliga la abundancia médicamentosa. Cajas, frascos, envases, tubos, sobres. Sobran nombres de fonetismo sanador: Doloneurobión, Caltusine, Escazole, XLdol, Dolac, Cápsulas de riñonína, Neopulmonier Fournier, Herklin, Avapena, Zer Hebrón, Melox, Antiflu, Desenfriol D, Desenfriolito, Gelar, Aspirina, Dimacol, Pepto bismol, Caopectate, Noax, Omnipen, Jabón del Tío Nacho, Flagyl, Alka seltzer, Alín, Bedoyecta, Pembritín, Cloro-Trimeton, Ranisen, Pentrexil, XLtres, ampolletas de sangre de mono, Tesalon, Diprosone, Garamicina, Dramamine, Tempra, Diprospan, Ciproflox, Uña de Gato, Vick vaporub, Extracto de bilis de buey, Sedalmerck, Denvar, Flagenase 400, Extracto de raíz de Ginseng, muchos, muchos etcéteras. Reconozco pomadas que contienen Beclometasona, Dexametasona en ampolletas, antitusígenos y antigripales de todo tipo, metamizol con butilhiosina en diferentes nombres y presentaciones, una amplia gama

de antibióticos –penicilina, ampicilina, fosfomicina, lincomicina, ciprofloxacina, etc.-, multivitamínicos inyectables y orales, antieméticos, antidiarréicos, sucedáneos de leche materna (Nan uno y dos, también hay chupones y biberones), extractos de hígado de res, pócimas de dudosa procedencia y hechura, innumerables etcéteras. En el piso, debajo de cada uno de los estantes, multitud de sueros glucosados para aplicación intravenosa, algunos cuantos para beber.

En uno de los extremos del consultorio, recargado a la pared, hay una mesa de madera con un sólo cajón, dentro del cual Ventura guarda monedas y algunos billetes, "son para dar cambio", me dijo después.

Sobre la mesa hay un viejo baúl de madera, una pequeña ollita de peltre con tapa desportillada, un torundero, varios pedazos de tiras de plástico que empaquetan tabletas, cápsulas y grageas, y un inmenso Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, conocido en el argot médico como "el PLM".

Don Tiburcio abre el baúl de madera que está sobre la mesa. Las bisagras rechinan. El *jloktor* guarda silencio. Del interior del cofre extrae un pequeño frasco ámbar que contiene un líquido aceitoso color miel. Vierte un poco de la sustancia en sus manos y las frota. Unta el aceite en su cara, su pecho, sus manos.[267] Exhala por la boca prorrumpiendo en un "¡Aaaaaahhh!". Un olor dulzón y mielufluo impregna el ambiente. Las personas que aguardan en la habitación miran la escena, mudos.

Don Tiburcio Ventura saca también del baúl un grueso fajo de billetes de cien, doscientos y quinientos pesos. Lo contempla un momento, breves segundos. Asiente, hace la mueca de una liviana sonrisa. Todas las miradas sobre el *jloktor* con el dinero en sus manos. Finalmente, Ventura arroja los billetes al interior del baúl y lo cierra con estrépito.

En el interior de la pequeña ollita de peltre hay jeringas de vidrio y sus agujas metálicas (no desechables) sumergidas en agua. Más adelante, durante el desarrollo de la consulta, me doy cuenta que el *jloktor* toma las piezas –jeringas y agujas- con unas pinzas de disección sin dientes que pone sobre un papel de estraza que hay en la mesa. Con esas agujas y jeringas aplica inyecciones de algunos médicamentos (dexametasona, ampicilina, butilhiosina), en la vena cefálica de la cara palmar del brazo derecho de sus pacientes (primero a un hombre joven, repitió el procedimiento con una anciana tomando otra jeringa y aguja de la misma ollita de peltre. Siguió

[267] Cuando comenté los detalles de este acto solemne del *jloktor ja'jchi'iltik*, el Dr. Jaime Page –versado investigador de las diversas prácticas médicas locales- me indicó que dicho ritual probablemente es practicado por el terapeuta, al igual que otros médicos tradicionales, para protegerse de los daños sobrenaturales a que lo exponen su práctica médica.

haciendo el procedimiento con otros pacientes). Después de cada inyección, el *jloktor* pone las jeringas y agujas en otro recipiente de peltre con agua, toma una torunda con alcohol y la exprime en sus manos, frotándolas en aséptico ademán.

En el interior del consultorio hay una larga banca de madera recargada en una de las paredes. Todo en derredor del consultorio hay sillas. Los pacientes toman asiento en donde pueden -algunos no pueden y quedan de pie-. Hay más de quince personas dentro de la pieza formando un círculo (en rigor no es círculo, es una aglomeración circular). Tiburcio Ventura permanece de pie en medio de los pacientes. Una filipina[268] blanca cuelga de un clavo que sobresale en uno de los estantes. El terapeuta la toma y se la pone.

En una de las esquinas del consultorio hay una mesa con imágenes y veladoras. Es un altar.[269] Su arreglo sorbe mi curiosidad. La imagen más grande, en medio del resto de las figuras, pertenece al patrón de la justicia social, San Martín de Porres (de piel negra, peruano, dominico, cirujano, conocido por el cuidado que dispensó a los pobres y los enfermos); a los lados, estampas de Vírgenes lánguidas penando amarguras; entre ellas se encuentra la etérea morena transfigurada en el cerro del Tepeyac frente a los ojos del indio náhuatl *Cuahtlatoa* -después llamado Juan Diego y recientemente beatificado-, la Virgen de Guadalupe. También hay impresiones de pinturas que aluden al Hijo de Dios, el Cristo, Jesús de Nazaret. En una de las imágenes Jesucristo aparece en el Gólgota (el monte del Calvario) doloridamente clavado de manos y pies a una cruz de madera, gruesos goterones de sangre surcando su frente y mejillas, la corona de espinas incrustada al cráneo lacerando la piel, los ojos hundidos en las cuencas óseas, hombros dislocados, tirantes músculos braquiales, el tórax abierto brutalmente en un costado por el filo de una lanza, la mirada extenuada perdida en el cielo. Da la impresión que de su boca brotan palabras de lamento: *¡Elí, Elí!, ¿lemá sabactaní?*

Hay más imágenes en el altar. Observo el dibujo de una mano de hombre, la figura de una pirámide se esboza en medio de la palma, las yemas de los dedos tienen ojos y pestañas, hay fuego sobre ellos, tres hombres de apariencia apostólica conversan animosamente de pie sobre una nube,

[268] En México se le llama "filipina" a un chaquetón de dril sin mangas (generalmente de color blanco, aunque puede ser azul, café, amarillo o rosa), frecuentemente usado por trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.).

[269] El altar o mesa espiritual es elemento de primer orden en la práctica terapéutica de numerosos médicos tradicionales, como los llamados *pulseadores* o *j'iloletik.* Cada terapeuta tradicional tiene (o debe tener) su mesa espiritual con sus propias imágenes de santos –quienes le sean más propicios para determinada curación- y sus respectivas ofrendas (véase Holland, 1963; Freyermuth, 1993; Page 2003; Ayora, 2002).

hay ángeles de infantes al vuelo mostrando los glúteos, tocando arpas. La imagen me confunde, no la entiendo. Enfrente, cinco figurillas de budas dorados, de oro quizá. Uno tapa sus ojos con ambas manos, otro la boca, otro los oídos, los otros dos budas acarician sus panzas, sentados. Al fondo, una herradura forrada de hilo rojo montada en una tablita revestida de terciopelo azul y circundada por cabezas de ajo. A un costado del fierro hay un frasco de un aerosol con etiqueta amarilla que dice, *Para ahuyentar espíritus y maleficios* (frunzo el ceño, siento náuseas). Las llamas de tres veladoras encendidas bailan frente al altar al compás de un extraño danzón inaudible.

Don Tiburcio Ventura ha comenzado la consulta (en el capítulo cuatro se describen las prácticas durante la consulta médica del *jloktor ja'jchi'iltik*). Lo observo por más de una hora -cuando ha despachado ya a varios pacientes-, hasta que él se percata de mi presencia y me dice, "Sí dígame, ¿en qué le puedo servir?"

En un primer momento don Tiburcio dudó: "Pero, ¿a usted quién lo manda? ¿Es usted de salubridad?" Explico que soy antropólogo,[270] que hago mi tesis. Expongo con amplitud mis propósitos. Muestro mis credenciales. El *jloktor* se convence. "Pues está bien, mi jefe", dice, "podemos echar una platicadita". A partir de entonces y durante algunas semanas, mi presencia en el consultorio del *jloktor ja'jchi'iltik* fue constante, el diálogo amplio y ameno. Don Tiburcio siguió diciéndome "mi jefe" y yo seguí llamándolo "don Tiburcio".

Cierta ocasión el *jloktor* me preguntó que cómo escribiría yo la tesis a partir de observarlo en la consulta y de platicar con él. Le dije que releería mis notas y las transcripciones de nuestros diálogos, que seleccionaría fragmentos de observaciones y charlas, los examinaría, tanteando las piezas del texto, que dispondría un orden para presentarlas –aquí vienen bien, se ajustan de este lado, se requieren por acá-, que en algunos fragmentos del escrito se hallaría mi voz, mi opinión, mis palabras, que en otros segmentos de la obra aparecería su voz, sus propias palabras. "Por ejemplo", le dije, "lo que usted me platicó de su vida, de cuando era muchacho, de cuando se fue a San Cristóbal, de cuando usted aprendió a curar pacientes, ahí pondré sus propias palabras, como usted me lo dijo". Don Tiburcio se alegró, "así sí'stá bueno, mi jefe, ese es lo que yo quiero", dijo. Así quedamos.

[270] No me presento como médico, pues considero que dicha referencia puede provocar recelo (o el rechazo) del terapeuta a mi persona, al percibir que mi indagación se centra en juzgar su práctica médica desde la posición de (un agente de) la medicina alopática, y no que mi interés responde a la comprensión de las prácticas y representaciones en las relaciones interétnicas entre diferentes terapeutas y pacientes.

"Bueno, pues yo aprendí a curar desde el año de 1975. Me enseñaron en San Cristóbal, en un lugar que le decían 'La Cabaña'. ¿Lo conoce'sté? ¿No? Ya no existe ya, creo. Tengo algunos mis certificados de la secretaría y del IMSS que dicen que yo estoy capacitado para dar la consulta. Mire'sté. Déjeme ver por acá…. Mire, aquí están, mire'sté, mi jefe".

Un cartón viejo, amarillento. Dos, son dos cartones. Quebradizos, han pasado los años. Uno es de 1976. "El Centro Coordinador Tseltal-Tsotsil del Instituto Nacional Indigenista y la Secretaría de Salubridad y Asistencia[271] acreditan al Sr. Tiburcio Ventura como promotor auxiliar de salud", leo en uno de los papelones ("yo no había nacido", pienso); firma Nancy Modiano, Ph. D. La otra lámina es un certificado del IMSS del año 1978. El mismo tenor; acredita a don Tiburcio como auxiliar de salud.

"Estudié la primaria en un albergue que había allá San Cristóbal. Era yo muy chamaco. Un chamaco, pué. Terminé mi primaria en el año de 1965. Entonces, ¿acaso había escuelas aquí en el paraje? No, no había escuelas aquí, pué. Por eso me tuve que ir a San Cristóbal. ¡Sufrí mucho!"

"A mí me gustaba estudiar, yo quería ser maestro porque veía que los maestros eran buenos pué, que sabían mucho, que enseñaban bien, que ayudaban al pobre, al campesino. Así quería yo, pué. 'Voy a estudiar', dije yo, 'me voy a ir a San Cristóbal, cómo no'. Me fui a ese lugar, 'La Cabaña' que le decían, para tomar el curso de maestro, ahí lo daban el curso. ¿Conoce usted ese lugar? ¡Ah!, ya me dijo que no. Le digo pué que ya no existe".

"Daban muchos cursos ahí, de una vez, bastantes cosas enseñaban. Allí el que quería estudiar podía aprender alguna cosa. Allí enseñaban de todo a quien quisiera: de carpintero, de herrería, de plomero, de albañil, saber que tanto. De todo."

No fue la vocación, la elección del oficio de terapeuta fue accidental:

"Pero cuando yo llegué me dijeron que ya se había llenada la lista para estudiar para maestro, sólo quedaban lugares para el curso enfermería. '¿Qué voy a hacer, pué? Ya no hay más curso para maestro. Ni modo', dije yo, 'Ya ni modo, pué. Así es, ahora ya. ¿Y qué? Ni modos que ya me voy a regresar a mi casa. Ya no. Mejor si voy a estudiar el curso de enfermero. Pues ni modo'. Así lo pensé. Me metí pué a estudiar enfermería. Así fue como empecé con este trabajo. Sí, así es, mi jefe. Así fue pué".

"Conocí a muchos médicos allí en 'La Cabaña'. Esos sí, buenos médicos. Puro de México. Venían de México, pué. Especialistas. Puro especial. De pediatría, de los niños, pué; cirujanos, de la piel, del ojo, de todo. Con ellos aprendí un poco a dar consulta, a hacer diagnóstico, dar un poco de medicina. Trabajé con ellos como ocho años, pué. Por todos lados anduve yo; en Zinacantán anduve, en Chamula, Huixtán, Mitontic, aquí mero en Chenalhó anduve también.

[271] Ahora Secretaría de Salud, con las mismas siglas (SSA).

Bastante trabaje yo… ¿No quiere'ste un refresco?, ¿toma'sted su refresco?, ¿de cual quiere?" […] "No, no, no es ninguna molestia mi jefe" […] "No, no. Pena por qué, mi jefe. No hay que sentir pena. Yo así, por ejemplo, no siento pena. ¿Por qué pena? ¡Noooo!, no sirve la pena. Así como dice nuestro señor Jesucristo, 'no sientan pena, porque yo estoy con ustedes', así dijo nuestro señor Jesucristo, '¿Por qué van a tener pena? No, no tenga. Por eso yo no siento pena. No hay pena, mi jefe. ¿Quiere una coca? A ver hijito, 'gordo, gordo, gordo', tráete dos cocas, ¿fría mi jefe?" […] "dos cocas frías, gordito. Sí, es mi hijo el Gordo. Yo le digo pué Gordo, Gordito. Es que está muy gordo, pué. Es de los más chicos. Todo el día anda aquí conmigo, nomás pegado. Es que quiere su paguita, pué, je, je, je. A lo mejor va a ser doctor como su papá, je, je, je."

Da gusto ver a don Tiburcio con sus hijos. Siempre están rondando por el consultorio. Se detienen en el pórtico, a veces entran. Son varios, seis o siete pequeños menores de diez años. Todos varones. Al Gordo es al que más veo rondando, pero no sé como es su nombre, su padre siempre lo llama "Gordo". Don Tiburcio también tiene hijas, pero ellas suelen estar en la casa con sus respectivas mamás (recordemos que el *jloktor* tiene cuatro esposas).

Los hijos de don Tiburcio parecen estar mejor nutridos que la generalidad de los niños de la localidad, visten ropa de mejor calidad, calzan zapatos, hablan español. Casi siempre, después de algunos minutos de rondar el consultorio, los niños reciben una moneda de cinco o diez pesos de manos de su padre y se van a comprar refrescos y golosinas.

- "¿Cuántos hijos tiene usted, don Tiburcio?", le pregunto.
- "¿Grandes?… como ocho. Algunos viven en San Cristóbal, otros andan en otras comunidades. Uno de mis hijos trabaja como policía de seguridad privada. Aquí tengo su foto, mire'sté.

En la imagen, un joven de aproximadamente 25 años, delgado, vestido con uniforme gris de policía, de pie en la entrada del Video-Centro de San Cristóbal. En la mano izquierda sostiene la correa atada al cuello un perro pastor alemán con bozal, "su compañía del trabajo", dice su padre.

"Ya no le gustó el estudio ni quiso trabajar de otra cosa, ya nomás quiso meterse ahí de policía privado. Otro de mis hijos es de la Seguridad Pública, vive en San Cristóbal también. Mire aquí está su foto".

Es más joven que su hermano. Está en un campo de entrenamiento. Al fondo el bosque. Viste el uniforme azul marino y botas militares características de los policías de seguridad pública del estado. Una pierna arrodillada al suelo, la otra flexionada, el codo recargado en el muslo, empuña un

arma, un rifle R-15, apunta al horizonte, guiña un ojo, el otro fijo, observando a través de la mira del arma.

"Tengo otro hijo más joven, tiene dieciséis años". También me muestra la foto. Un muchacho delgado, de piel clara y rasgos finos en el rostro. Pelo lacio minuciosamente peinado de raya lateral. Viste una camisa azul cielo con corbata color vino, pantalón de vestir de casimir negro y zapatos lustrados. Sostiene un diploma entre sus manos, los dedos delgados. Lo flanquean su padre, don Tiburcio, y su madre, una mujer de rostro envejecido y amargo con la vestimenta típica de *chenalhera*.

"Es la foto del día de su graduación", me dice el *jloktor.* "Ahora estudia en Tuxtla, quiere ser maestro. Ya hasta tiene unas horitas en una escuela, ya da clases, trabaja el muchacho".

"Otro de mis hijos estudió enfermería en CECYT,[272] pero no terminó, le faltó un año (de él no me muestra fotos). De repente ya se pone a dar consultas, el muchacho, nomás que no lo hace enfrente de mí, le da pena, pero allá en la comunidad dónde vive bien que lo van a consultar. Ya me enteré".

Una robusta muchacha asoma la cabeza por la puerta del consultorio. La miro de reojo. Volteo. La joven se sobresalta y sale corriendo. Don Tiburcio menea la cabeza haciendo una mueca de desaprobación.

"Esa es otra mi hija, pero enloqueció. (...) La envié a estudiar la secundaria en Chenalhó, de repente me llegaron a decir 'que ya tú hija ya anda con el novio' '¿cómo va a ser?, si yo la mandé para estudiar la secundaria, no para que busque su novio'. De ahí la fui a traer, pué. La saqué de Chenalhó y la inscribí en la secundaria de Takiukum. Pero se puso muy rebelde, ya no quiso estudiar. Se la pasaba acostada todo el día. Y un día se escapó, se fue a Chenalhó a buscar a su novio. Pero que va a ser, ya estaba el muchacho con otra mujer, ya tenía otra mujer. Y de ahí, pué, enloqueció mi hija. Ya casi no habla, no trabaja, se la pasa dormida. Ya le apliqué muchos tratamientos. Ahora tengo estas ampolletas que me trajeron de Guatemala, la inyecto una vez a la semana, dicen que son muy buenas, cada una de las ampolletas me cuesta más de ciento cincuenta pesos, pero ni así se cura. Ya la llevé a ver un espiritista, pero no se cura. Sigue loca."

Don Tiburcio tiene más hijas, pero de ellas no me habla, no me da detalles, solo que algunas se han casado y viven con sus maridos. A la hija "loca" la volví a ver en algunas ocasiones atisbando por la puerta del consultorio o desde la cocina cuando llegaba a visitar a su padre.

[272] Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos.

"Mis hijos no toman en cuenta el sufrimiento que yo tuve. No aprecian que yo les quiero dar estudio. Yo sufrí bastante. Yo no tuve papá..."

Con esta frase a don Tiburcio se le quiebra la voz, no puede reprimir la emoción, rompe en un llanto incontrolable. Se cubre el rostro con ambas manos, se agita, lloriquea, suspira, gimotea, arrecia el llanto nuevamente, la respiración cortada, espasmódica. El rostro oculto entre sus manos y brazos, el tronco flexionado sobre sí. Toma una franela para secarse las lágrimas y limpiar el moco de su nariz. Más de dos minutos sin que don Tiburcio pueda incorporarse. Estamos en el consultorio. Hay una señora sentada en una de las sillas recibiendo la infusión de un suero intravenoso. Ella y yo permanecemos en silencio desviando la mirada. El *jloktor* llora amargamente con la cabeza gacha entre sus manos y el cuerpo convulso. Entre sollozos, don Tiburcio continúa:

"Mi vida fue muy dura, mi jefe. Yo no tuve papá. Pero quería estudiar. Quería estudiar y tuve que ir a San Cristóbal. Así fue. Me fui a San Cristóbal a estudiar. Así es. Me fui…. Pero ahí están mis hijos. Ellos no saben cómo son los sacrificios que yo hice, mis sufrimientos. A ellos los he apoyado mucho para que estudien, pero no todos quieren pué. Que le vamos a hacer, mi jefe. Yo ya los apoyé."

Don Tiburcio Ventura considera que es buen padre y buen esposo. A sus hijos les ha dado la oportunidad de estudiar al darles el sustento económico necesario. A sus cuatro esposas "nunca les ha faltado nada, gracias a dios. A cada una le puse su cuartito, le doy su paguita para su refresco, para su verdurita, todo". Me continúa platicando su historia laboral:

"Pues así es, mi jefe, estuve trabajando con esos médicos en parajes de varios municipios. Como ocho años estuve trabajando con ellos, desde 1976 a 1984. En cada comunidad que visitábamos había un consultorio o una casa de salud. Entonces el Centro (el Centro Coordinador del INI, nota del autor) nos daba médicamentos para tener en los consultorios. Teníamos surtido de médicamentos. Cuando estaba el médico yo le ayudaba en todo: a inyectar, a poner sueros, a hacer curaciones, a costurar, a dar las medicinas, a explicar a los pacientes en la lengua, en tsotsil, a traducir en la consulta, yo hacía de todo. Luego me quedaba solo en el consultorio de la comunidad, el médico se iba a visitar otras comunidades. Entonces yo tenía que hacer todo. Dar consulta, inyectar, dar pláticas, todo. Cuando había algún problema que no podía atender, entonces me comunicaba por radio al Centro para pedir que mandaran una camioneta por el camino más cercano, para trasladar al paciente al hospital de San Cristóbal, pué. Y se organizaba la comunidad para que lleváramos al paciente hasta el camino. Ahí van todos los hombres cargando el enfermo. Con una camilla de tablas, de puras varas, pué. Así trabajé yo. Ahí fue donde aprendí bastante".

"Después se terminó ese trabajo. No sé bien por qué, pero ya no continuó ese trabajo que estaba bueno. Lo miré yo también que estaba muy bueno el trabajo ese. '¿Qué voy a hacer?', dije, 'ni modos que no voy a seguir trabajando'. Me vine y puse mi consultorio aquí en la comunidad y ya ve, ya tengo como treinta años trabajando dando consulta, ya es mucha experiencia, y sí, gracias a Dios me ha ido bien".

Todos los días, aproximadamente a las diez u once de la mañana, el *jloktor ja'jchi'iltik* abre las puertas de su consultorio. Trabaja dos o tres horas, tiempo en el cual atiende de diez a veinte pacientes. Además vende médicamento a quien lo solicite, sin que necesariamente le de consulta. Por las tardes va a limpiar su milpa o su cafetal. A veces sale a pasear a la cabecera municipal de Chenalhó. Ahora esa es la rutina, pero no siempre fue así:

"Cuando recién estaba empezando este negocio de la farmacia, yo sufrí bastante. Tenía que ir hasta San Cristóbal a comprar los médicamentos. Ahí iba yo con mis cajas para comprar en las farmacias, buscando dónde hay mejores precios. Y luego me regresaba hasta la comunidad cargando mis cajas. Pagaba yo doble pasaje en la combi para poder traer mis cajas. Así fue al principio. Sufrí algo. Pero luego, ya cuando empecé a tener más venta, ya la farmacia me empezó a traer hasta acá los médicamentos que me hacían falta (la farmacia Bios de San Cristóbal de Las Casas, nota del autor). Yo sólo hacía mi pedido y ya me lo surtían. Ahora ya vienen cada semana. Vienen y ven cómo está la farmacia, que hace falta y ya ellos me lo surten a la próxima semana. Hasta me dan crédito cuando no tengo para pagar luego, luego. Pago hasta la siguiente semana. Así esta mejor, pué, porque ya saben que a mi me va bien. Ya saben que yo sí trabajo y les pago todo. Cómo no".

Mis cálculos arguyen que el ingreso diario de don Tiburcio, producto de su actividad como *jloktor*, no debe ser menor a los mil o mil quinientos pesos. Aparte sus ingresos de la venta de café y sus negocios como prestamista (los dos rancheros mestizos que lo esperaban afuera de su consultorio el primer día que visité al *jloktor*, fueron a pedir un préstamo de $3,500). Tiburcio Ventura reflexiona:

"Aquí también hay lanita[273], mi jefe. Nada más es cosa de ponerse a trabajar y aquí mero se hace lanita. En el cafetal hay lana, en el campo hay lana, en el comercio hay lana. Y aquí en la farmacia y las consultas, pues también hay lana, como no, mi jefe. Aquí, el hombre que trabaja, tiene su buen dinerito. El que de por sí es haragán, así se queda muy pobre. Miré'ste nomás en Chamula cuánto rico hay de por sí. No hay de otra, mi jefe. El trabajo, pué"

[273] "Lana" o "lanita" se refiere a dinero, nota del autor.

Me despido de don Tiburcio Ventura, el *jloktor ja'jchi'iltik*, estrechando su pequeña mano. Lo veo alejarse conduciendo su camioneta pick up, alzando una polvareda, por un camino de tarrecería, internándose en los parajes lejanos de la región.

Se ha presentado a los actores, el lector ahora los conoce un poco. ¿Pero cómo son sus prácticas en el marco de la atención que ofrecen? ¿Cómo proceden en los encuentros médicos interétnicos? ¿Cuáles son sus representaciones respecto a los Otros? En los capítulos Cuatro y Cinco continúa ésta etnografía para dar respuesta a éstas preguntas.

CAPÍTULO CUATRO: Prácticas de los actores involucrados en el encuentro médico interétnico

Introducción al capítulo

En este capítulo se ofrece una exposición comparativa de las prácticas observadas de los diferentes actores involucrados en los encuentros médicos interétnicos. La intención es reconocer y discutir la presencia o ausencia de prácticas diferenciales en las relaciones médicas -cuando el terapeuta es un médico alópata mestizo y el usuario es indígena, o cuando el mismo terapeuta se relaciona con un paciente mestizo, o cuando se trata de un agente de salud indígena frente a usuarios indígenas o frente a usuarios mestizos- y si en estas relaciones diferenciales se registran contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y/o racismo, como ya se ha declarado en el primer presupuesto y el primer eje de análisis en el Capítulo Dos de esta misma obra.

La exposición del capítulo se divide en tres partes. La primera corresponde a los encuentros médicos registrados en La Unidad de Salud situada en Llano Aguacatal; la segunda parte se dedica a los encuentros médicos ocurridos en el consultorio de don Tiburcio Ventura, el *jloktor ja'jchi'iltik*; la última sección del capítulo ofrece una aproximación etnográfica a un tipo de relaciones médicas interétnicas que no persiguen finalidades terapéuticas, sino manifiestamente preventivas, aunque indirectamente también cumple funciones de control, normalización y legitimación (véase el subtítulo "Los modelos Médicos de Eduardo Menéndez", en el Capítulo Dos), nos referimos a las actividades de educación para la salud en el marco del programa *Oportunidades*. Al final de cada presentación etnográfica se elaboran discusiones sobre los hallazgos principales siguiendo los ejes de análisis propuestos.

I. Encuentro médico en La Unidad de Salud de Llano Aguacatal

A continuación se presentan y discuten dos casos típicos de encuentros médico-clínicos en el consultorio de la unidad de salud del ISECH en Llano Aguacatal. El primero de estos casos se refiere a la consulta que brinda el médico de la clínica a la hija menor de una familia indígena. En el segundo caso se muestra la atención ofrecida por el mismo médico al hijo menor de una mujer mestiza de la localidad. Estos casos han sido construidos por el autor a partir de los patrones de

prácticas observadas[274] para los diferentes actores involucrados. Dichas narraciones se componen de elementos tomados en préstamo de varios casos observados y no se trata de la descripción fiel de un caso en particular, aunque, ciertamente se ha tomado como eje algún caso real, observado por el etnógrafo durante el trabajo de campo. La intención es describir las prácticas que, en el marco de la consulta médica, tienen los actores involucrados unos para con otros, comparando los hallazgos plasmados en la exposición y discutiéndolos críticamente a la luz de los dos primeros ejes de análisis (véase "Los ejes de análisis", en el Capítulo Dos), a saber, la búsqueda de contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo -o la ausencia de los mismos- en los encuentros médicos interétnicos, en cualquiera de los sentidos posibles, y advertir si estas valoraciones y actitudes se constituyen en barrera para la accesibilidad a los servicios.

La consulta médica a un paciente indígena en la Unidad de Salud de Llano Aguacatal

La puerta del consultorio se encuentra abierta. El doctor Benito Pilicastro detrás del escritorio, la cabeza agachada, la pluma negra en la mano derecha arrastrándose con rapidez sobre las hojas del expediente clínico del paciente que hace dos minutos salió de la consulta. (El etnógrafo, sentado en un banquillo al lado del escritorio, observa). El Dr. Pilicastro escribe la nota clínica.

Por el breve pasillo, un hombre y una mujer se aproximan sin cruzar el umbral del consultorio. Afuera, la sala de espera repleta de gente. El hombre asoma la cabeza con timidez. Una mirada fugaz sobre el doctor que escribe, absorto, en los papeles sobre el escritorio. Mira al etnógrafo también por un momento, sonríe, retrocede con rapidez. La mujer permanece detrás dando pequeños rebotitos elevando los talones y desplazando el pie derecho hacia delante y atrás con un movimiento suave y acompasado. De su cuello y espalda cuelga un rebozo sucio y desgastado que cubre el cuerpo doblado, en posición fetal, de una niña que tose débilmente "¡coff!, ¡coff!". El doctor escribe.

[274] Por "patrones de prácticas" se hace referencia a las prácticas que se repiten constantemente y que han sido valoradas por el autor como rutinas esenciales. Estos "patrones de prácticas" fueron apreciados por el autor durante la observación de varios encuentros médicos. Con fines esquemáticos y analíticos se han dividido siete momentos estructurales y un eje transversal de la consulta médica (compárese con Salas, 1998): 1) el saludo, 2) el interrogatorio sobre el padecimiento actual, 3) la exploración física, 4) la integración diagnóstica, 5) la prescripción terapéutica y pronóstico, 6) el despido y fin de la consulta, y el eje transversal, 7) la dinámica de la comunicación. Esta división de los momentos estructurales de la consulta médica es artificial y responde meramente a fines esquemáticos y analíticos, aunque de alguna manera repite el patrón del desarrollo de la consulta médico alopática.

El hombre en el umbral, aprieta los dedos. Un viejo sombrero magullado entre sus manos. Manchas negras de tierra en la camisa blanca desbotonada. El sudor espeso brilla en el relieve de la unión costo-esternal, cincelada en su pecho por la desnutrición que lo ha acompañado siempre. Gotas mugrientas escurren con lentitud en la frente y los pómulos morenos. El pelo adherido al sudor del rostro y el cuello. Un envase de *Coca cola* en el morral tejido. El pantalón remendado. Los zapatos rotos. Murmura algo en tsotsil al oído de la mujer. El doctor, absorto –parece no reparar en la presencia de nadie-, continúa escribiendo.

Ella viste la blusa bordada de colores y la nahua característica de las indígenas del municipio, notoriamente desgastada y sucia. La piel morena no atenúa la palidez del rostro inexpresivo, ausente, dolorosamente apático. Los párpados caen débilmente, casi hasta las pupilas, cubriendo la mitad de los ojos enrojecidos. La mirada opaca, temblorosa, se arrastra por el piso. Una capa espesa de saliva amarillenta asoma en las comisuras de los labios cerrados. El cuello delgado enseña la anatomía hipotrófica de los músculos, de las yugulares externas regurgitantes al compás del flujo retrógrado que admite un corazón malsano. Los brazos desnudos sin carnes debajo; piel ceniza untada al húmero, los huesos del antebrazo se dibujan precisos. Una capa de fango reseco en la desnudez de los pies callosos. El doctor, escribe aún.

Un chillido afilado emerge del bulto que cuelga en el rebozo de la mujer. Y tos: “¡coff!, ¡coff!”. “Mu’xa ok” (“no llores”), musita la mujer que apresta un quedo arrullo de madre, “shhh, shhh, shhh”.

El doctor Pilicastro recuesta la pluma sobre el escritorio. Se incorpora. Estira la espalda, los hombros, los brazos y el cuello hacia atrás del asiento. Inhala profundo. “¡Aaaaaay caaaaoooommm!”, profiere al exhalar. “Parece que ya lo están esperando, doc”, le indica el etnógrafo desviando la mirada hacia la puerta, “¡Oh!, hay mucha gente”, se queja y sentencia lo evidente al echar un vistazo a la atiborrada sala de espera. Da un trago al refresco. “¡Pásale hijita!”, pronuncia con melindrosa cortesía finalmente.

El hombre pasa primero, la mujer detrás con la niña en el rebozo. Él, “Buenos días, loctoooor”, y extiende la mano. El doctor Pilicastro, desde su asiento, corresponde, “buenos días”. Estrechan las manos. Sonríen. Ella, en voz baja y de tono agudo, saluda en tsotsil, “*Li ooooy*” (“aquí estoy”). Su saludo es contestado con las palabras, “Siéntese hijita”, que ofrece el doctor Pilicastro señalando la silla frente al escritorio. La señora toma asiento, su mirada sobre el piso. El hombre de pie al lado de la señora.

No hay auxiliar de salud que ayude en la traducción de la consulta, no llegó a trabajar.[275]

"A ver dígame, ¿en qué le puedo ayudar?, ¿quién viene a la consulta?", pregunta el doctor. "Esta niña, loctooor", indica el hombre, "es que tiene un poco su enfermedad", dice. Él es su padre, tiene 26 años. Ella es la mamá, tiene 25 años, "no sabe castilla", dice él. Los otros cuatro hijos mayores esperan afuera. Son una familia indígena, hablantes de tsotsil, originarios y residentes de *Xo'yep*,[276] un paraje a cinco kilómetros de distancia de Llano Aguacatal.

"¿Sollep? ¿Dónde queda eso?", pregunta el doctor Pilicastro, no conoce el paraje, "no lo había escuchado nombrar", dice.

- "Es que los de mi comunidad no muy llegan aquí en la clínica", explica el hombre.
- "¿Por qué?", inquiere el doctor.
- "Sabeeeeer… tienen miedo, creo", agrega el hombre con una sonrisa, su frente perlada de sudor.
- "¿Miedo de qué?"
- "Sabeeeeeeeeer…. Saber de qué".

El doctor Pilicastro frunce el entrecejo, sonríe con extrañeza, mira a su interlocutor que sonríe también y agacha la mirada. El doctor rasca y menea la cabeza como quien no comprende, "¡ay caray!" Voltea, mira al etnógrafo, sonríe (qué dientes más grandes). "¿Cómo ve?", pregunta al etnógrafo meneando la cabeza a los lados y sonriendo.

En *Xo'yep* no tienen presencia los servicios de salud gubernamentales. Ahí no hay programas como el *Oportunidades*. El hombre explica que la consulta médica en su comunidad era ofrecida anteriormente por paramédicos de la Cruz Roja, pero desde hace varios meses ya no ofrecen este servicio.[277]

---

[275] Un dato que llamó poderosamente la atención del etnógrafo durante sus observaciones de las consultas médicas, es que en la mayoría de los casos no se cuenta con un auxiliar de salud que medie en la traducción de tsotsil a español y viceversa. Se supone que cada día deben llegar dos auxiliares de salud de la propia comunidad para, entre otras cosas, cumplir con las funciones de traducción durante los encuentros médicos. Durante la estancia del trabajo de campo –que tuvo una duración de cinco meses-, en una sola ocasión llegó un auxiliar de salud para ayudar en la traducción durante la consulta médica.

[276] El paraje de *Xo'yep,* en el municipio de Chenalhó, cobró notoriedad en la opinión pública en los años de 1997 a 2001, cuando albergó a cientos de familias indígenas de la organización civil "Las Abejas", desplazadas de sus hogares por la escalada de violencia entre grupos paramilitares y bases de apoyo del EZLN, que encontraría su punto más álgido en diciembre de 1997 con la masacre de Acteal (véase el subtítulo "Pluralismo político y religioso. Divisionismo y violencia", en el Capítulo Uno de este mismo trabajo).

[277] En 1998 el paraje de *Xo'yep* recibió el apoyo de varias delegaciones de la Cruz Roja para atender las necesidades médico-sanitarias de los cientos de familias desplazadas en sus terrenos.

- "¿Y sí vacunan?", pregunta el doctor.
- "Mmmh, yo creo que sí….", responde el hombre, dudoso.
- "¿Y su hija tiene todas las vacunas?"

El hombre se dirige a la madre hablando en tsotsil, ella responde muy quedo, "muk na" ("no sé"), el hombre insiste, ella responde con frases cortas y murmuraciones ("mmmhu").

- "Pues yo creo que sí tiene su vacuna", dice el hombre dirigiéndose al doctor.
- "¿Todas?"
- "Creo que sí"
- "¿Trajo su cartilla?"

El hombre se vuelve a la mujer, pregunta por la cartilla, "que no la trajo", dice. El doctor Pilicastro sonríe, menea la cabeza, voltea, mira al etnógrafo nuevamente, "¿cómo ve?, le pregunta, "si ya le había dicho que está bien canijo. Eh, *íre* nomás", indica. El etnógrafo no se inmuta.

La niña enferma tiene un año cuatro meses de edad. Presenta un retraso evidente en el desarrollo motor. Aún no camina, tampoco tiene bipedestación con apoyo, gatea "un poco", "ya come un poco de tortilla", dice el padre. La niña no llora, no balbucea. Permanece quieta dentro del rebozo de su madre. De vez en vez hace un débil y breve movimiento con los ojos, la cabeza o los brazos. Se muestra indiferente, apática, aunque por momentos prorrumpe un chillido lastimero, que penetra por los oídos hasta profundidades inusuales. De su cabeza cuelgan unos cuantos mechones de cabellos opacos, cenizos. Se aprecian extensas zonas alopécicas. Signos de desnutrición.

- "Mira la cabecita, casi no tiene pelo", comenta el doctor Pilicastro dirigiéndose al etnógrafo.
- "Sí pué, je, je", responde el padre, "es que se le cae pué, así es de por sí, se le cae su pelito".
- "Bueno, aunque el señor diga que así es de por sí", explica el doctor Pilicastro dirigiéndose nuevamente al etnógrafo (es claro que no dialoga con el padre ni la madre de la niña), "pues no es normal que se le caiga el cabello a la niña, ¿verdad? Lo que pasa es que tiene una desnutrición grave esta nenita. Pero como

---

Otras organizaciones médicas también brindaron sus servicios (fue el caso de Médicos del Mundo [Francia], de 1998 al año 2000). La comunidad cuenta con dos promotores de salud con más de diez años de entrenamiento, que aunque son miembros de la Sociedad Civil "Las Abejas", no son reconocidos como parte de la red de promotores de salud de dicha organización, entre otras razones, porque ahora se dedican, como segunda actividad económica, a la atención médica privada en sus hogares, donde cuentan con pequeñas farmacias. (Véase el subtítulo "Otros recursos para la salud: *Jloktoretik* y promotores de salud", en el Capítulo Uno de este mismo trabajo).

seguramente el señor tiene otros hijos desnutridos, pues por eso lo ve muy normal –así están acostumbrados-, pero la verdad es que no es así, no es normal, o bueno, no debería ser normal."

Los ojos de la niña se hunden en las cuencas óseas de la órbita. La mirada triste se posa en el pecho de su madre, a veces en el doctor, a veces en el etnógrafo, en sus ojos. Jala aire por la boca entreabierta que muestra la resequedad de la mucosa en su cavidad. Viste una sucia blusa bordada que, a pesar de ser pequeña, le queda grande, holgada, por lo que es fácil ver en su pecho los rápidos movimientos respiratorios y el tiraje en los espacios supraclaviculares, datos de dificultad para la respiración.

Esta niña no tiene expediente; tampoco su madre ni su padre. Es la primera vez que acuden a La Clínica. "No le vamos a abrir expediente", explica el doctor Pilicastro al etnógrafo, "no vale la pena, porque de por sí estas personas pues difícilmente van a volver. Ya ve que hasta el señor reconoce que no vienen de por sí". El doctor Pilicastro justifica la no existencia administrativa de la menor: sólo será un nombre mal escrito, una edad dudosa, un sospechoso diagnóstico y un tratamiento farmacológico en "la hoja de registro de la consulta diaria" de un bochornoso día de septiembre del año 2003.

Cómo la niña no tiene expediente, tampoco pasó previamente al consultorio # 2, con la enfermera, para que le tomaran los signos vitales, el peso y la talla. La menor entra a consulta sin que esos datos estén signados en registro alguno y así saldrá de la habitación.

- "¿Cómo se llama tu hijita?", pregunta el doctor Pilicastro.
- "¿Cusi's bi'i?" (¿Cómo se llama?), pregunta en tsotsil el padre de la niña a la mamá.
- "Maruch", responde la madre.
- "Ah, se llama María", dice el padre.
- "Ay, ¿a poco no se sabe usted el nombre de su hija?", interroga con sorpresa el doctor Pilicastro.
- "Sí lo sé", responde el hombre con una enorme sonrisa, "pero es que se me olvida", agrega.

El doctor Pilicastro sonríe también. Voltea hacia el etnógrafo, "¿Cómo ve?", pregunta, "esta canijo ¿no?, ¿o cómo ve?". El etnógrafo permanece en silencio, como ausente. El galeno anota el nombre y edad de la niña en una hoja.

- "A ver, pues, ¿qué pasó con María? ¿Qué es lo que tiene?", pregunta.
- "Pues así nomás doctor, que no quiere comer", responde el hombre.
- "Ah, no quiere comer… mmmh", repite el doctor, "¿por qué no quiere comer?"

- “Simal, oval” (escurrimiento nasal y tos), pronuncia la madre, muy quedo.
- “Es que tiene tos y tiene gripa”, dice el hombre.
- “¡Ah! ¡Simal, oval!”, repite el doctor Benito, que comprende algunas palabras de la lengua tsotsil, “¿y desde cuando?”

El hombre pregunta a la madre que desde cuando está enferma su hija. La señora responde, habla por unos dos minutos, dice muchas cosas, muchas palabras; en sus ojos se revela cierta ansiedad, la voz se le quiebra, frunce el entrecejo. Termina el alegato de la señora, ahora el esposo traduce, “que dice que está enferma desde hace como dos días, pero que no ha tenido calentura”, explica el hombre.

- “¡¿Sólo eso te dijo tú esposa?!”, pregunta el doctor, entre incrédulo e irónico.
- “Sí… y que no quiere comer”, responde el hombre.
- “¿Qué más?”
- “Sólo”
- “Pero si hablaron un montón, ¿que más te dijo la señora?”, exclama el médico.

El hombre sonríe con nerviosismo, se vuelve sobre su esposa, le hace preguntas nuevamente. Ella responde por algunos segundos, un minuto, quizá.

- “Es todo”, dice el hombre, “sólo tos”.
- “¿Cómo ve?, ¿Usted cree que esta niña tiene sólo dos días enferma?”, pregunta el galeno al silencioso etnógrafo, “No’mbre, ha de tener por lo menos una semana enferma”, responde el propio médico, “nomás que dicen que apenas hace dos días que está enferma para que no los vayamos a regañar, si son remañosos. Segurito que ya la llevaron con algún curandero, pero no la pudo curar… ¿A dónde has llevado a tú hija para curarla?, ¿Qué cosa le has hecho?, ¿Ya le diste alguna medicina o ya la llevaste con el curandero?”, pregunta el doctor Pilicastro al señor.

Qué no, qué no ha recibido atención alguna. El padre explica agitando las manos y moviendo los brazos, inclinando el tronco, recargándose en el escritorio, a un costado, ente el médico y la madre de la niña. Está inquieto, perturbado, nervioso. Suda a chorros. Él hombre intenta hacer la traducción, pero resulta evidente que no entiende por completo las preguntas del médico y habla con dificultad.

"A ver, acuérdate qué le has dado a tú hija. Ni modo que no le hayan dado algo. A ver, a ver, pregúntale a tú señora, acuérdense bien", exclama el doctor con un tono de voz que evoca el preludio de una reprimenda ante la fechoría que ha sido descubierta.

El hombre habla con su esposa, pero sigue negando que le hayan dado tratamiento alguno.

- "¿Y por qué me la traes hasta ahorita, eh?", pregunta, provocador, el médico.
- El padre de la niña sonríe, se pasa el dorso de la mano por la frente sudorosa, "No sé", responde.
- "¡¿Cómo que no sabes?! ¿Entonces quién va a saber, eh? ¿A quién le pregunto entonces?", inquiere el doctor con un tono de voz que denota su molestia.
- "Je, je, no sé", responde nuevamente el hombre, que menea las piernas, de pie en su propio lugar, como quien contiene las ganas de orinar.
- "Ya lo ve", indica el galeno dirigiéndose al etnógrafo, "por eso luego se mueren los niños. Esta nenita parece que tiene una insuficiencia respiratoria -vamos a ver-, pero eso es grave, no es cualquier cosa; si no se traen a los niños rápido, a tiempo, se pueden morir".

La madre, que aparentemente si entendió la palabra "morir", levanta la mirada con un gesto de preocupación. De los cantos internos de sus ojos emergen diminutas partículas acuosas, el signo profundo de la angustia. Agacha la cabeza rápidamente, pero el etnógrafo la ha visto, en secreto, con el rostro pétreo. El galeno no se percata de ello, tiene la mirada en las notas que hace sobre el interrogatorio en una hoja de papel que habrá de perderse entre tanta basura.

El galeno hace una escueta anamnesia,[278] parece conformarse con lo narrado por el padre con la pobre explicación que hizo del padecimiento de la menor.

A pesar de los datos evidentes de desnutrición, no se pesa ni mide a la niña para valorar su estado nutricional. Tampoco se toman los signos vitales, pese a que contar con las medidas de la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y la temperatura, es información cardinal para valorar las condiciones de la menor.

El doctor Pilicastro se levanta, da unos pasos cortos y lentos, se aproxima a la niña. La observa de pie. La niña tose. "Mmh, ¡sí tiene una tosesota!", confirma el facultativo. La enfermera Meche entra al consultorio por la puerta accesoria, el doctor aprovecha la ocasión para pedirle el estetoscopio. Lo toma y, levantandole ligeramente la blusa, lo coloca sobre el pecho de la niña. Ella, solloza. El médico ausculta por doce o quince segundos, cambiando de lugar la campana del

[278] Omite hacer preguntas fundamentales para el padecimiento, como la presencia o ausencia de flemas, de fiebre, de cianosis, de vómitos, alteraciones en el estado de alerta, etc.

estetoscopio cada dos o tres segundos. “Pues se escucha bien”, indica el galeno dirigiéndose al etnógrafo, “ni estertores, ni sibilancias. Es sólo una tosecita, pero hay que cuidarla de todos modos”. El doctor Pilicastro examina con la yema de los dedos la parte inferior de la mandíbula, “sí, hay unos gangliecillos. Es una infeccioncita”, refrenda. Ha sido toda la exploración.

El médico vuelve a su lugar en el asiento detrás del escritorio, toma la pluma y anota en la hoja con letra casi ininteligible:

“Dx: Bronconeumonía
Tx: - penicilina procaínica, 400 mil U. I., x 3 d. I.M.
- Dextrometrofano jarabe, 5 ml c/8hrs.”

“Pues su hija tiene una tosecita, pero no se preocupe, le vamos a mandar unas inyecciones de penicilina”, expresa el doctor Pilicastro. Esa es toda la explicación que brinda a los padres. El médico anota las indicaciones terapéuticas en una hoja del recetario.

- “Ahí le van a dar la medicina. Allí afuera, en la farmacia”, dice mientras entrega la hoja al padre de la niña.
- “Bueno, pues doctor. ¿Es todo?”, pregunta el hombre.
- “Sí, sí es todo, señor. Me cuidas mucho a esa niña, ¿eh? Cualquier cosa, que siga con tos o que no pueda respirar, pues ahí me la traes otra vez”, finiquita el doctor Pilicastro, que estrecha la mano del hombre para despedirse.

La señora sale de prisa y en silencio, el hombre agradece nuevamente, “gracias loctooor, gracias, gracias”, y se retira con la receta en la mano.

La duración de la consulta es de 15 minutos aproximadamente. La mayor parte del tiempo se dedicó a los apuntes que hizo el médico en la nota clínica. El doctor Benito Pilicastro no volverá a ver a la niña, ni a su padre, ni a su madre.[279]

“¿Cómo ve?, ¿eh?, ¿cómo la ve?”, pregunta el galeno dirigiéndose al etnógrafo, mientras acomoda los dos pliegos de papel carbón que se colocan entre tres copias de las hojas de registro de consulta diaria, “está medio canijo, ¿no?, pobre niñita, mire nada más como la tienen, bien descuidada”. El doctor termina de escribir, se incorpora en el asiento estirando el cuello y la espalda,

[279] Los personajes reales que participaron en el caso que sirvió de base para este relato, efectivamente, no volvieron a regresar a la consulta médica a la clínica de Llano Aguacatal, durante los cuatro meses siguientes en que el etnógrafo tuvo presencia constante en el lugar. Se incluye este dato porque el “no retorno” de los pacientes indígenas que acuden por primera vez (fuera del marco de los programas como *Oportunidades*), parece ser el patrón de conducta.

sopla sobre la yema de sus dedos que tienen las huellas negras que le han dejado el papel carbón, un largo trago al tibio refresco de cola. “Por eso luego se les mueren los niños, chingá… ¿Le pido un favor?, me pasa al que sigue”

El etnógrafo se levanta, camina tres pasos hacia la puerta, mira al gentío, “¿quién sigue?”, y rompe su silencio.

La consulta médica a un paciente mestizo en la Unidad de Salud de Llano Aguacatal

A la una y media de la tarde se acerca el momento de la ansiada salida. El doctor Pilicastro está agotado, ha tenido que atender más de quince consultas. Ahora descansa sentado en la silla detrás del escritorio; comenta con el etnógrafo sus inquietudes económicas.

Por el pasillo se advierte la presencia de una mujer que se aproxima. Tendrá unos 40 años de edad, a juzgar por el aspecto de su rostro que revela ligeras arrugas. Sus características físicas y su vestimenta son diferentes a las de la generalidad de las mujeres de la localidad: su piel es de una tonalidad blanca y su complexión moderadamente obesa, a diferencia del color moreno y los cuerpos delgados de la mayoría de las mujeres indígenas de la región; tampoco viste como las *chenalheras,* esta mujer lleva un delgado vestido negro con pequeños círculos rojos y sandalias de plástico, prendas convenientes para el calor que ha rondado la mañana. La mujer tomó un baño antes de venir a consulta, la delatan el aroma a jabón que transmite y la humedad que se advierte en su cabello. Entre sus brazos, la mujer sostiene a un niño de once meses de edad, Víctor, el menor de sus tres hijos. El doctor Pilicastro en alguna ocasión ha mencionado a esta mujer y su familia en las conversaciones con el etnógrafo, pero es la primera vez que ambos coinciden en el consultorio.

- “Ah, doña Elena, buenos días, ¿cómo está? ¡Pase! Mire, le presento al antropólogo, Sergio,” saluda y explica, efusivo, el doctor Pilicastro, “Ella es doña Elena, la señora de Durango de la que ya le había platicado. Ya nos conocemos muy bien”, el doctor sonríe, “dígame doña Elena, ¿en qué le podemos ayudar?”

El doctor Pilicastro se comporta amable y respetuoso. Sonríe delicadamente, ofrece el asiento con propiedad. Breve charla casual, “¿cómo están los niños?”, “¿qué dice la escuela?”, “mi esposa está bien, gracias”, etcétera.

La señora Elena es originaria del estado de Durango, al norte de la república mexicana. Desde hace más de cinco años reside en Llano Aguacatal; se casó con un hombre indígena

originario de la comunidad. Conoció a Jacinto, esposo y padre de sus hijos, hace varios años allá en su pueblo natal, en Durango, cuando Jacinto era soldado en el ejército y fue emplazado al pueblo donde habitaba Elena.

- "Ay, doctor Benito, pues vengo con la molestia, fíjese usted. Es que mi'jo Víctor desde ayer por la tarde ya no quiso comer bien, y ya luego empezó a *deponer con flemas*. Toda la noche estuvo bien inquieto y con calentura. Le di un gotero del Tempra que tengo en mi casa y con eso medio se tranquilizó un poco."

El doctor Pilicastro pide a la enfermera Mercedes que le traiga el expediente del menor. La familia de la señora Elena es beneficiaria del programa *Oportunidades*, así que todos los miembros tienen expediente clínico en la unidad.

Víctor viste una pequeña sudadera roja con el estampado de un tren al frente y un pantalón de mezclilla azul, calza zapatos tenis, aunque, a sus once meses de edad, aún no camina. A la inspección general, aparenta un buen estado nutricional: piel turgente, abundante tejido graso subcutáneo, cabello brillante y de implantación normal; aparenta también un adecuado desarrollo psicomotor: balbucea y lalea, se sienta solo, gatea, se pone de pie sosteniéndose en los muebles, toma los objetos con la palma de la mano, los arroja con fuerza.

El doctor Pilicastro parece conformarse por completo con la narración del padecimiento que ha relatado la madre de Víctor; no hace más preguntas, tan sólo escribe los datos en el expediente.

"Qué bonito que todos los pacientes fueran como usted, que explican las cosas claramente, no que a veces es bien difícil saber que es lo que realmente está pasando con la gente, luego hay cada paciente, que bueno... para entenderle".

Obviamente, en esta consulta no se hace necesaria la mediación de nadie que ayude con la traducción. Doña Elena y el doctor comparten el mismo idioma, el español.

Después de hacer algunas notas, el doctor se pone de pie, se aproxima al menor, y, de manera casi automática coloca la campana del estetoscopio en una región indefinida entre el pecho y el abdomen del pequeño. Ausculta por diez o quince segundos, cambiando el estetoscopio de ubicación sobre el cuerpo del infante. Coloca el dorso de la mano sobre el pecho y abdomen del menor, "sí fíjese, se siente calientito", dictamina.

Antes de terminar la exploración física, toma un abatelenguas y lo introduce en la boca del pequeño Víctor para observar su faringe, pero el pequeño se resiste y rompe en llanto. Esa es toda la exploración. No se indaga el peso, ni la talla, ni los signos vitales, ni nada más.

El galeno escribe en el expediente sus impresiones a partir de la exploración y medita en el diagnóstico que integrará.

"¿Prefiere tratamiento en suspensión, tomado, o prefiere inyecciones?", pregunta el doctor a la madre. Ella elige inyecciones.

Finalmente el galeno asienta:

Dx: I.R.A.S.[280]

Tx: Penicilina procaínica, 400 mil UI I.M. x 3 d.

El doctor no explica a la madre sus impresiones diagnósticas, ni sobre el pronóstico de Víctor, tampoco hace mención de los datos de alarma o complicaciones, únicamente le recomienda a la madre que si el niño continúa enfermo o empeora, lo traiga a consulta nuevamente.

Doña Elena se levanta del asiento, se despide estrechando la mano del doctor Pilicastro y la del etnógrafo.

- "Gracias, doctor, le agradezco mucho, como siempre. Espero no venir a molestarlo tan pronto, nuevamente".
- "No, no es ninguna molestia, ya sabe que aquí estamos, ¿eh?, para lo que le ofrezca".
- "Ay, gracias doctor".
- "Ándele, hasta luego, doña Elena".

La señora sale del consultorio. El médico vuelve a tomar asiento. "Ah que doña Elena tan simpática, ¿verdad?", opina el doctor Pilicastro con una sonrisa en los labios y sigue conversando con el etnógrafo.

La consulta tiene una duración aproximada de 15 minutos.

[280] IRAS son las siglas para designar al conjunto de infecciones respiratorias agudas superiores.

Comentarios comparativos respecto a las prácticas del médico alópata mestizo cuando atiende a pacientes indígenas y a pacientes mestizos

A continuación se desarrollan algunas reflexiones a partir de la comparación de las prácticas diferenciales en la consulta médica alopática en el centro de salud de Llano Aguacatal cuando se ofrece a usuarios indígenas y cuando se ofrece a usuarios mestizos. Para ordenar y guiar la exposición, esta se ha dividido tomando en cuenta los siete momentos estructurales de la consulta médica -según la definición propuesta por el autor (compárese con Salas, 1998)-: 1) el saludo, 2) el interrogatorio sobre el padecimiento actual, 3) la exploración física, 4) la integración diagnóstica, 5) la prescripción terapéutica y pronóstico, 6) el despido y fin de la consulta, y 7) la dinámica de la comunicación. Los comentarios gravitan alrededor de los dos primeros ejes de análisis planteados. En primer término, se busca la evidencia empírica sobre la presencia o ausencia de prácticas y actitudes de prejuicio, estereotipo, discriminación y/o racismo en estos encuentros médicos (véase Capítulo Dos), y en segundo lugar, se examina la posibilidad de que estas prácticas y actitudes –en caso de existir- constituyan o no una barrera para la accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud. En el Capítulo Seis se profundiza y concluye respecto a estas observaciones.

1) El Saludo

En los casos presentados se detectan diferencias en los tipos de recibimiento y saludo que se realiza cuando el paciente es indígena o cuando es mestizo. En el primer caso, el doctor hace esperar a los usuarios indígenas de pie por algunos minutos en el umbral de la puerta –sin percatarse siquiera de su presencia-, hasta que él termina de hacer algunas notas en el expediente clínico del paciente que atendió con anterioridad -porque el doctor y todo el personal de salud de la unidad otorgan una importancia fundamental al registro de las actividades[281]-. El galeno, cuando dirige la mirada a los pacientes indígenas que esperan ser atendidos, les saluda con amabilidad, estrechándoles la mano, los invita a pasar, ofrece el asiento a la mujer. No se percibe muestra alguna de rechazo hacia los usuarios. El médico no conoce los nombres de los solicitantes -porque es la primera vez que los recibe en la consulta-, tampoco conoce la comunidad de dónde son originarios, ni siquiera por el nombre, a pesar de que es una localidad cercana -a menos de cinco

[281] Posiblemente esta importancia que se otorga al registro de las actividades no refleje el interés personal de los trabajadores de salud que prestan los servicios, sin embargo, el énfasis puesto en las labores de registro es reglamentado desde las instancias administrativas que organizan y regulan el funcionamiento del sistema de salud, del cual los prestadores forman parte (se volverá a este punto al final de este mismo capítulo).

kilómetros de Llano Aguacatal- y que se inscribe en la zona de influencia de las actividades de la clínica.

En el segundo caso presentado el doctor reconoce de inmediato a la mujer mestiza que acude a consulta con su hijo menor que se encuentra enfermo y la hace pasar al momento. El galeno la saluda cordialmente, mencionando el nombre de la mujer, antecedido por el tratamiento "doña" ("doña Elena"); estrechan las manos, sonríen, se hacen algunos comentarios accesorios como muestra de cortesía ("Mire, le presento al antropólogo", "Ella es doña Elena, la señora de Durango de la que ya le había platicado. Ya nos conocemos muy bien"), ofrece asiento.

Aunque, en general podemos decir que el doctor ha sido cordial y respetuoso tanto con los pacientes indígenas como con los pacientes mestizos, se aprecian diferencias evidentes en el trato que ofrece el doctor a los usuarios indígenas, en el primer caso, y a la usuaria mestiza y su hijo, en el segundo caso. A los primeros los hizo esperar algunos minutos, a los segundos los atendió de inmediato. Esta distinción puede tener una explicación simple: generalmente los usuarios mestizos acuden a la clínica un poco más tarde, cuando ha disminuido el volumen de pacientes en espera (o ya no hay pacientes), en estas condiciones, el doctor, aunque agotado, se encuentra holgado de actividades (en el primer caso el galeno hace apresuradas notas clínicas; en el segundo caso, platica desahogadamente con el etnógrafo). El lector puede preguntarse, ¿por qué los usuarios mestizos acuden más tarde a la clínica y no antes de las ocho de la mañana, cuando hay que hacer fila para recibir la ficha que asienta el turno de espera? Una respuesta posible es que la mayoría de los usuarios mestizos viven en las cercanías de la clínica, justo al centro del poblado, lo que les facilita el acceso geográfico en breves minutos, mientras que la generalidad de los usuarios indígenas viven en casas dispersas o en otras localidades de la región y deben llegar temprano para asegurarse de ser atendidos ese mismo día y no arriesgarse a quedarse sin la atención deseada. Otra explicación posible es que los usuarios mismos opten por no juntarse, no concurrir a los espacios juntos, es decir, que prefieran marcar la distancia física, apartarse. De hecho, esto sucede en otros momentos y espacios, por ejemplo, el etnógrafo tuvo ocasión de observar que durante la celebración religiosa de la misa en la iglesia católica, los indígenas ocupan asiento en una sección de la ermita, mientras los mestizos lo hacen en el extremo opuesto. La misma actitud de separación se observa durante las pláticas de educación para la salud en el marco del programa *Oportunidades* (véase al final de este mismo capítulo). Algunas personas comentaron al etnógrafo que este patrón segregacionista se observa también en las fiestas cívicas y religiosas locales, por un lado se lleva a

cabo “la fiesta de los mestizos” y por otro “la de los indígenas”. En dado caso, esta práctica de división –si la aceptamos como tal- no es debida a la intervención de los prestadores del servicio, si no adoptada por los propios usuarios.

Decíamos que el doctor conoce a la usuaria mestiza, se trata de doña Elena, originaria del estado de Durango, casada con el Sr. Jacinto, quien fuera soldado, emplazado alguna vez al poblado dónde viviera la otrora joven Elena, su ahora esposa y madre de tres hijos, el menor de nombre Víctor, etcétera. El doctor Benito asiente, “Ya nos conocemos muy bien”. Por otro lado, el médico no conoce a los usuarios indígenas ni la localidad de donde estos son originarios -a escasos kilómetros de Llano Aguacatal-, es más, ni siquiera puede pronunciar el nombre del paraje, *Xo’yep*. El galeno se involucra en un diálogo accesorio con doña Elena (“¿cómo está?, ¿cómo están sus hijos?, ¿qué tal la escuela?”), si bien no excesivo, sólo como muestra de familiaridad. Con los pacientes indígenas, el médico entra de lleno a los asuntos clínicos que los convoca (“A ver dígame, ¿en qué le puedo ayudar?, ¿quién viene a la consulta?”); el sello del encuentro se circunscribe a las cuestiones técnicas, sin concesiones para otros asuntos, como los de índole personal. Hasta aquí parece que esta relación es producto, no de las relaciones interétnicas, sino de afinidades personales, la simpatía ante los propios, los allegados, y la reserva frente a los desconocidos. Nada más simple y natural. Pero algo llama la atención del etnógrafo, que este patrón de reconocer y designar por el nombre propio a los pacientes mestizos y, por otro lado, no conocer a los pacientes indígenas, parece ser la regla durante la consulta del doctor Benito. Aunque debe mencionarse que, efectivamente, el galeno conoce a algunos pacientes indígenas que acuden con mucha frecuencia (por ejemplo, a una mujer indígena de nombre Guadalupe, con 45 años y la diabetes mellitus a cuestas desde hace cinco. A ella la cita semanalmente), sin embargo, con ellos no externa las muestras de relación amistosa que sí establece con los mestizos. ¿Y qué significa esto? Lo anterior puede tener algunas explicaciones simples. Por un lado, el número de pacientes indígenas es mucho mayor que el de pacientes mestizos, además de que los primeros suelen utilizar con menor frecuencia los servicios de salud, mientras que los segundos lo hacen con mayor insistencia, por lo tanto, reconocer a los usuarios mestizos y llamarlos por su nombre es matemáticamente más simple, pues el personal de salud los ve reiteradamente. Por otro lado y a fin de cuentas, el médico quizá encuentre personalmente más grato, afín, cómodo, ameno e incluso comprensible, el trato con los mestizos de la localidad con quienes coincide en códigos culturales similares, empezando por la lengua. ¿Podemos reprochar esta actitud reservada y circunspecta a los motivos técnicos que los

convoca (a médico y paciente), es decir, la consulta médica? De ninguna manera. Aunque se reconoce un tipo de saludo diferente, debe insistirse, no se detectan muestras de rechazo, desfachatez o grosería para con ninguno de los pacientes –sean indígenas o mestizos- durante este momento inicial del encuentro médico, el saludo. Con apego a las definiciones dadas en nuestro marco teórico-conceptual, durante el saludo no se manifiestan valoraciones prejuiciadas o estereotipadas, ni tratos discriminatorios o racistas.

2) El interrogatorio sobre el padecimiento actual

En el interrogatorio que realiza el doctor Benito Pilicastro también se revelan algunas diferencias, sin duda de mayor envergadura, cuando este se dirige a pacientes indígenas o cuando es a mestizos. En el primer caso -la consulta con usuarios indígenas-, se detecta con claridad una sucesión de *incomprensiones* y *desconfianzas mutuas* (es decir, tanto del médico como de los pacientes). Por ejemplo, el doctor pregunta a los padres de la paciente, "¿Tú hija está vacunada?", los padres responden que sí, el doctor duda y pregunta nuevamente, "¿tiene todas sus vacunas?", los padres afirman que así es, el galeno reitera, por tercera vez, su desconfianza en el dicho de los usuarios, "a ver, ¿trajo su cartilla de vacunación?" No traen la dicha cartilla, documento que garantiza la veracidad del decir. El doctor bosqueja una sonrisa y menea la cabeza en ademán reprobatorio, *no cree* en la palabra de los familiares de la menor. El galeno expresa la misma *desconfianza* para casi todo lo referido al interrogatorio sobre el padecimiento: duda de la fecha de inicio de la enfermedad, duda de la veracidad sobre que no se han aplicado otro tipo de remedios o consultado a terapeutas tradicionales, duda incluso de que los padres de la paciente digan la verdad en torno al padecimiento de su hija menor. Fruto de esta desconfianza son las tenues *reprimendas* que lanza el médico: "nomás que dicen que apenas hace dos días que está enferma para que no los vayamos a *regañar*, si son *re-mañosos*. Segurito que ya la llevaron con algún curandero, pero no la pudo curar…" y en seguida el asedio de interpelaciones, "¿A dónde has llevado a tú hija para curarla?, ¿Qué cosa le has hecho?, ¿Ya le diste alguna medicina o ya la llevaste con el curandero?"

Con estas actitudes –que, según las observaciones del etnógrafo, se repiten con asiduidad durante las consultas a pacientes indígenas- se expresa un prejuicio sobrentendido del médico: los indígenas que acuden a la consulta médica no dicen (toda) la verdad respecto a su padecimiento y su búsqueda terapéutica, entonces, su decir no merece plena confianza. Esta opinión previa alcanza a todo el grupo socio-racial -los indígenas- y se perpetúa en el estereotipo que los califica como "re-

mañosos", más que hábiles para los artificios maliciosos, para el engaño, versados en la mañuela soez.[282] La conducta que resulta de este prejuicio se manifiesta discriminatoria, un trato desfavorable que se evidencia con el *regaño*, la *perenne desconfianza*, el *desinterés,* la *apatía*, la *indolencia*, el *descuido* con el que se atenderá al paciente. Estas características se revelarán con mayor claridad a lo largo de la presente discusión y conviene al lector tenerlas en cuenta.

Por otro lado, los pacientes indígenas también se muestran *recelosos* del médico. Se observan incómodos, con *nerviosismo*. Ellos mismos lo confirman, "es que los de mi comunidad no muy llegan aquí en la clínica. Tienen *miedo*, creo. Sabeeeeeeeeer…. Saber de qué". ¿Por qué dice este hombre indígena que cree que los vecinos de su comunidad tienen miedo de acudir a la clínica? No peca de ignorancia, este señor afirma lo que conoce y podría resumirse en el siguiente enunciado -casi en las mismas palabras del hombre-, "los indígenas tienen miedo de acudir a al centro de salud".[283] Pero, ¿por qué, entonces, este mismo individuo dice no saber de qué tienen miedo sus vecinos, pero cree que efectivamente lo tienen? El hombre es ejemplo mismo del enunciado, lo ostenta sin expresar palabras al momento que está siendo interrogado por el doctor -si no encuentra acomodo para sus manos inquietas, mucho menos lo hará para el reducido repertorio de sus vocablos en castellano-, el hombre transpira profusamente, se encuentra nervioso, con timidez. El doctor rasca y menea la cabeza, la sonrisa obtusa, "¡ay, caray!", expresa y espeta al etnógrafo buscando esclarecimientos, "¿cómo ve?"

Esta imagen parece evidenciar que los usuarios indígenas poseen alguna representación que les hace poseer *recelo*, *sospecha*, *aprensión*, *desconfianza* y *miedo* de los médicos alópatas mestizos[284], y que la disposición refleja sería la *evitación*, "no muy llegar a la clínica". Así, aquí tenemos un primer esbozo de cómo ciertas representaciones de prejuicio y estereotipo en la población indígena sobre los médicos alópatas mestizos y las unidades de salud gubernamentales, pueden erigirse como barrera para la accesibilidad a los servicios públicos de salud.

Peor hay más sobre este momento del interrogatorio. Generalmente, cuando el doctor inquiere a los pacientes indígenas parece no comprender las explicaciones. Pero se trata de una *incomprensión* que va más allá de la lengua, el doctor no comprende las razones, los argumentos aunque le hablen en su mismo idioma. No descifra, por ejemplo, que un padre pregunte a su esposa

[282] Véase el subtítulo "Prejuicio y estereotipo sobre los indígenas" –especialmente el estereotipo 3-, en el Capítulo Cinco de esta obra.
[283] Véase las representaciones de la población indígena sobre los médicos alópatas mestizos y los centros de salud gubernamentales, en el Capítulo Cinco de esta obra
[284] Se ahondará al respecto en el Capítulo Cinco.

el nombre de la hija enferma, el galeno se siente aturdido por eso, completamente confundido, no entiende, frunce el ceño, rasca la cabeza, sonríe con acritud, repica sobre los papeles con la pluma entre sus dedos, “ah, caray”, exclama, “que raro”; o tampoco comprende que la respuesta a su pregunta “¿por qué me la traes hasta ahora (a la enferma)?” sea, “no sé”, el doctor no acierta, es una respuesta inaceptable que le confunde, “¡¿cómo que no sabes?!”, protesta y al final ultima con hastiada resignación y dejadez, en una frase de fatalidad elocuente, “¡por eso luego se mueren los niños!” Podemos resumir que -siguiendo la lógica argumental del galeno-, el saldo de la incomprensión es la muerte de los niños indígenas.

Hay una diferencia notable cuando el doctor interroga a un paciente mestizo. La confianza y comprensión recíproca parecen marcar el encuentro. El segundo caso presentado es elocuente. El doctor Pilicastro no vacila un santiamén del dicho de la madre de Víctor: acepta que el niño tiene un día enfermo, consiente que la madre sólo le ha dado un gotero de Tempra (¡y no la regaña por ello!, como suele suceder, al contrario, aparenta congratularse con la oportuna medida) y parece entender a cabalidad a qué se refiere doña Elena cuando dice “deponer con flemas”[285].

El hecho de que la madre del menor mestizo no oculte la práctica de automédicación, denota cierta *confianza* en el médico, quien, por otro lado, tampoco reprende a la señora por eso, pues parece estar de acuerdo con la prescripción. Esto es relevante si se compara con el primer caso, cuando el doctor Pilicastro inquirió a modo de regaño sobre los tratamientos (que él suponía) que ya se habían aplicado a la niña indígena enferma.

Cabe hacer notar que en los dos casos presentados el interrogatorio sobre el padecimiento actual es igualmente pobre, técnicamente deficiente.[286] En ambos casos, el doctor parece casi conformarse con lo dicho libremente por los familiares de los enfermos, sin dirigir el interrogatorio hacia la integración y descarte de los varios cuadros clínicos posibles. Por otro lado, las narraciones que hacen los familiares de los niños sobre los padecimientos de los menores tampoco fueron considerablemente reveladoras, aunque para el doctor Pilicastro la explicación del padecimiento que ha hecho doña Elena es ideal -“que bonito que todos los pacientes fueran como usted, que explican las cosas claramente”-, mientras que la narración del mal que aqueja a la niña indígena le ha

[285] El doctor Pilicastro explicaría más tarde al autor que por “deponer con flemas” entiende que el niño tiene tos con flemas. El etnógrafo piensa que “deponer con flemas” puede referirse al vómito con mucosidad o a las heces igualmente mucosas. No hubo oportunidad de preguntar a doña Elena qué es lo que ella considera como “deposición con flemas”.

[286] Desde el punto de vista de los lineamientos técnicos reglados en las Normas Oficiales Mexicanas para la atención de los padecimientos observados.

resultado pésima –"¡¿Sólo eso te dijo tu esposa?!", "¿Cómo ve? ¿Usted cree que esta niña tiene sólo dos días enferma?" "A ver, acuérdate qué le has dado a tu hija […] pregúntale a tú señora, acuérdense bien…" -. Se manifiesta entonces este prejuicio de naturaleza positiva, "los mestizos hacen una buena exposición del padecimiento que los convoca a la consulta y son dignos de credibilidad y confianza", y se reafirma el prejuicio (este sí, negativo) ya expuesto, "los indígenas que acuden a la consulta médica no dicen (toda) la verdad respecto a su padecimiento y su búsqueda terapéutica, entonces, su decir no merece plena confianza y credibilidad, ni para abrirle expediente".

3) La exploración física

Respecto a la exploración física no se distinguen actitudes o prácticas discriminatorias; el doctor Pilicastro ofrece el mismo tipo de exploración tanto a los pacientes indígenas como a los mestizos. En todos los casos se trata de exámenes físicos pobres e incompletos, técnicamente deficientes.[287] Por ejemplo, en ninguno de los casos comentados, a pesar de tratarse de consultas a niños menores de dos años, se realizó una valoración nutricional a partir de los datos de peso y talla (procedimiento dispuesto en la NOM-031-SSA2-1999), ni tampoco se tomaron los signos vitales (en el segundo caso la madre mencionó que su hijo había tenido "calentura" y el doctor se limitó a palpar el tronco del menor con el dorso de la mano para diagnosticar que positivamente y sin lugar a dudas "se siente calientito").

No es el objetivo del presente trabajo hacer discusiones particulares de la calidad técnica de la atención de un médico determinado en un encuentro clínico dado, pero sí corresponde al presente estudio escudriñar –aunque no en la profundidad que el asunto merece- la calidad (técnica e interpersonal) en la prestación de los servicios. Al respecto, en la generalidad de las consultas contestadas por el autor, se reconocen serias deficiencias en la calidad técnica de la atención. Por ejemplo, independientemente de que a todo paciente se le debe tomar y registrar los signos vitales, en cualquier niño menor de cinco años con tos y síndrome infeccioso se debe verificar la frecuencia respiratoria –buscando la presencia de taquipnea (aumento anormal de la frecuencia respiratoria)- y

[287] Esto es cierto para los casos que se comentan y puede decirse que la deficiencia en la calidad técnica de la atención –en este caso de la exploración física- es la pauta en la prestación de los servicios observada por el etnógrafo. Lo anterior no quiere decir que todos los prestadores y en todas las consultas que ofrezcan desplieguen una calidad técnica deficiente. El asunto deberá ser motivo de otros trabajos específicos. Para un análisis de la calidad técnica en la atención de urgencias obstétricas en Los Altos de Chiapas, véase Freyermuth; Meneses, 2004: 40-45

los datos de dificultad respiratoria[288] indicativos de insuficiencia respiratoria,[289] complicación de elevada mortalidad, que sin embargo es evitable con medidas terapéuticas relativamente simples. Las infecciones respiratorias son, por mucho, el principal motivo de consulta de niños y adultos en el primer nivel de atención, sin embargo, en ninguno de los casos observados por el etnógrafo en que se atendió a menores de cinco años con datos de infección respiratoria se realizó el registro de la frecuencia respiratoria, ni la búsqueda intencional y sistemática de datos de insuficiencia respiratoria. Algo similar puede decirse para los casos de diarreas y la evaluación sistemática de los grados de deshidratación (según los lineamientos técnicos basados en evidencia y que han sido normados por las autoridades sanitarias[290]) y para la evaluación del estado nutricional.[291]

Cabe destacar aquí una diferencia registrada por el etnógrafo, tiene que ver con las condiciones de crecimiento y desarrollo de los menores involucrados en los casos presentados. La niña indígena tiene un año y cuatro meses de edad y aunque no fue debidamente registrado su peso y talla para hacer una correcta evaluación nutricional ni se exploró su desarrollo motor, de lenguaje y de sociabilidad, es evidente que en todos estos campos –fundamental en la vida presente y, esperemos, futura de la menor- presenta serios atrasos: se aprecian datos de desnutrición grave (zonas alopécicas, manchas hipocrómicas en el rostro y antebrazos, hipotrofia muscular, escasez de tejido graso subcutáneo, apatía), retraso en el desarrollo motor (no tiene bipedestación con apoyo y obviamente no camina). Además, merece atención reparar en las condiciones de higiene y aliño en que esta niña es presentada: dentro de un rebozo sucio, vistiendo una blusa grande y remendada -

[288] Tiraje intercostal y supraclavicular, aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación tórax-abdomen, cianosis peri-oral, dificultad para beber, quejido respiratorio, estridor laríngeo en reposo y alteraciones del estado de alerta (véase Revista Médica del IMSS1998:36 (2):123-140 y NOM—031-SSA2-1999, “Para la atención a la salud del niño”).

[289] Algunos médicos prefieren reservar el término de “insuficiencia respiratoria” como diagnóstico gasométrico. En este trabajo por insuficiencia respiratoria nos referimos a una frecuencia respiratoria mayor de 60 por minuto en niños menores de 2 meses, de 50 respiraciones por minuto en niños de 2 a 11 meses y de 40 por minuto en niños de 2 a 5 años véase Revista Médica del IMSS1998:36 (2):123-140 y NOM—031-SSA2-1999, “Para la atención a la salud del niño”.

[290] Se presenta una síntesis para el manejo de la enfermedad diarréica según los lineamientos técnicos vigentes en Kroeger y Luna, 1992 (192-206). Véase también NOM-031-SSA2-1999.

[291] A menudo, ante la insistencia con médicos (con quienes el autor tiene cercanía) de procurar un proceder clínico con apego a los lineamientos técnicos basados en evidencia, el etnógrafo ha recibido como respuesta el famoso cliché facultativo “depende del criterio del médico”. Sin embargo, el autor considera que hay aspectos clínicos que de ninguna manera deben dejarse a la discrecionalidad del terapeuta, por ejemplo, registrar o no la frecuencia respiratoria de los menores de 5 años con datos de infección respiratoria o decidir evaluar o no el grado de hidratación de un menor con enfermedad diarréica o medir la temperatura corporal con el dorso de la mano. El etnógrafo considera que en todos estos casos el terapeuta debe actuar con apego a los criterios técnicos acreditados, dejando a criterio del galeno si, al fin de la consulta, el paciente es acreedor a una paletita o, definitivamente, no la merece.

probablemente usada por alguna hermana mayor-, la cara pringosa, el moco fluyendo de la nariz a los labios, las manos mugrientas. Por otro lado, Víctor, el niño mestizo de once meses de edad goza de un mejor estado nutricional (lo delata lo rechoncho y rollizo de sus mejillas, la turgencia de la piel) y un adecuado desarrollo motor (se sostiene de pie apoyado en muebles, gatea, toma objetos, los arroja con fuerza) y de lenguaje (lalea), a más de haber sido aseado por su madre, vestir ropas limpias y calzar zapatos.

Evidentemente los menores nada tienen de culpa sobre estas desiguales condiciones de crecimiento, desarrollo y cuidado con las que una es castigada y otro agraciado. En esto tampoco comparte un adeudo directo el médico mestizo que atiende tanto a una como al otro. Descargar la entera responsabilidad en los respectivos padres de estos niños resultaría grosero, ignominioso y falso. La explicación apremiante de estas y otras desigualdades deben buscarse en otos sitios y deberá ser motivo de futuros trabajos y acciones, que en este momento escapan de las modestas intenciones del presente texto. El autor sólo ha querido señalar la cuestión.

4) La integración diagnóstica

Durante el momento de la integración diagnóstica se detecta una sutil práctica discriminatoria del médico hacia los usuarios indígenas. Tiene que ver con la *actitud desinteresada*, *apática*, *descuidada* e *indolente* con que el médico procede en la consulta con los pacientes indígenas; me refiero al hecho concreto de que el doctor haya decidido “no abrir expediente” a la menor del primer caso, porque a su decir “no vale la pena, porque de por sí estas personas pues difícilmente van a volver”. ¿Qué quiere señalar este argumento al cual recurre el médico? ¿Qué no merece la pena asentar en un documento clínico los pormenores del caso que ha traído a consulta a esta menor, por el hecho de considerar la posibilidad de que no regrese a la clínica? Parece que es así. Por un lado el prejuicio: los indígenas que vienen por primera vez a consulta –fuera del marco del programa *Oportunidades*- no regresarán; y luego la práctica discriminatoria: no se les consagra un expediente clínico, porque no merece la pena. Pero además, el alegato del galeno deja la impresión de que es él mismo quién desea que esta niña no regrese a la unidad, si acaso lo hiciera, sería como si nunca hubiera estado en esta consulta, con este doctor Benito Pilicastro y en esta unidad de salud de Llano Aguacatal, no contaría con expediente, y así las cosas, se puede suponer que nunca contará con uno.

Por el contrario, Víctor, el hijo de doña Elena, tiene la gracia de contar con su expediente individual a un costado, pasta con pasta, del expediente de su madre y hermanos. En el documento se anota el historial clínico que a sus escasos meses empieza a construir. Se espera que en diez años, este episodio de "deposiciones flemosas" pueda ser desenterrado de algún archivo y acaso adelante explicaciones o ganancias para la salud del futuro adolescente.

El doctor Pilicastro acostumbra hacer las anotaciones clínicas correspondientes en silencio, sin explicación de ningún tipo a los pacientes o sus familiares, que suelen permanecer mudos del otro lado del escritorio.

5) La prescripción terapéutica y pronóstico

Al examinar las formas en que se decide y orienta le prescripción terapéutica se pone en evidencia otra diferencia; el doctor Pilicastro casi siempre pregunta los pacientes mestizos por la vía de administración que prefieren para el tratamiento prescrito -oral o inyectable-, mientras que con los pacientes indígenas no suele permitirse esta posibilidad de elección. De cualquier modo, en ambos casos el galeno omite cualquier explicación detallada sobre el tratamiento, los cuidados necesarios o el pronóstico esperado de acuerdo a la enfermedad. Tampoco se hacen explicaciones sobre los datos de alarma o de gravedad. En ambos casos se limita a decir que en caso de continuar la enfermedad o de agravarse deben acudir nuevamente a la consulta. Esta falta de brindar información, sin duda, representa un acto negligente de parte del médico (en tanto que los lineamientos técnicos norman que los prestadores deben brindar explicaciones amplias, claras y suficientes sobre el pronóstico, las prescripciones terapéuticas y los datos de alarma).

6) El despido y fin de la consulta

Al final de la consulta médica el doctor Pilicastro se despide amablemente de sus pacientes, sean indígenas o mestizos, estrechando la mano. Los pacientes suelen mostrarse agradecidos por la atención recibida. No se detectan diferencias significativas en el trato que reciben los usuarios indígenas o mestizos, a no ser por aquellas ya comentadas cuando se habló sobre el saludo, y que se refieren a la familiaridad con el galeno suele tarar a la mayoría de los pacientes mestizos. Sin embargo, después que los pacientes han abandonado el consultorio, invariablemente el galeno se da tiempo para expresar algún breve, pero hondamente revelador comentario. En el primer caso, cuando la niña indígena y sus padres han salido de la consulta, el galeno inquiere del etnógrafo, "¿Cómo ve?, ¿eh?, ¿cómo la ve?", ante el silencio como respuesta, el doctor determina, "está medio

canijo, ¿no?, pobre niñita, mire nomás como la tienen, bien descuidada", y concluye indignado, "¡por eso luego se les mueren los niños, chingá!" Pero, ¿cómo la ve (la consulta médica con pacientes indígenas) el doctor? La ve "medio canijo", difícil, tarea trabajosa, ardua. Repara en las lamentables condiciones en que se encuentra la "pobre niñita", circunstancias que el galeno -de manera prejuiciosa-, atribuye al descuido y negligencia de los padres. El prejuicio y su estereotipo dicen lo mismo aunque se exprese con las palabras grotescas: "si los músculos hipotróficos en las piernas de los niños indígenas no pueden sostenerlos en pie o si los cabellos que cuelgan de sus cabezas es frágil y quebradizo se debe a que sus padres no les prestan suficiente atención" y, retomando las dicciones del instruido doctor Pilicastro, esa sería la razón final de que los niños "se les" mueran.

El presto comentario que nace del mismo galeno mientras observa alejarse a doña Elena y el pequeño Víctor, toma rumbos más venturosos, "Ah, que doña Elena tan simpática, ¿verdad?". El etnógrafo se encoge de hombros.

7) La dinámica de la comunicación

En la dinámica de la comunicación se notan diferencias notables y hay que abordarlas con detalle.

En primer lugar, la mayoría de las usuarias indígenas son monolingües en tsotsil, por lo que se hace imperiosa la necesidad de contar con una persona que auxilie en la traducción. Los auxiliares de salud nombrados por la comunidad son quienes, entre otras cosas, deben cumplir con esta importante función. Sin embargo, durante la estancia del etnógrafo en la clínica de Llano Aguacatal, sólo en una ocasión se presentó a trabajar uno de los auxiliares de salud nombrados. De esta forma, la traducción en la consulta la tiene que realizar algún acompañante del o la paciente (generalmente un varón: el esposo, el hijo, el padre). Si la paciente acude a consulta sin un pariente que hable español, entonces el doctor habrá de solicitar la ayuda del polivalente, el Sr. Pedro, o la intendente, la Sra. Rosa, ambos originarios de la localidad y hablantes de tsotsil.

En el primer caso presentado, el doctor Pilicastro no juzgó necesaria la mediación de estos personajes en la traducción, pues el padre de la niña enferma entendía y hablaba español (aunque, según la opinión del etnógrafo, de manera deficiente).

La comunicación se llevó a cabo, principalmente, entre el padre de la menor y el galeno, manteniendo en un plano secundario a la madre de la niña. Esta situación se entiende no sólo como consecuencia del monolingüismo de la mujer (el etnógrafo se percató de que la señora, a pesar de

mostrarse indiferente, podía entender algunos de los comentarios del médico, como cuando éste expreso que la niña podía morir), sino como producto de las profundas desigualdades en las relaciones de poder entre los géneros. En otras consultas observadas por el etnógrafo se corrobora este sello de las desigualdades de género, pues incluso cuando la paciente es una mujer indígena que hable español, la comunicación directa durante el interrogatorio, la exploración física y las prescripciones se hacen entre el doctor y el esposo o acompañante varón de la paciente, conservando en segundo plano a la mujer. El doctor, quien fue el principal actor a lo largo de la consulta, no mostró interés alguno en involucrar a la madre de la niña en el diálogo, ni siquiera mantuvo contacto visual con ella. Del mismo modo, el esposo de la mujer tampoco pareció interesado en que su esposa tuviera una participación más activa en la consulta.

Al parecer, el galeno da por sentado que algunas cosas no las entienden o no las entenderían los padres de la niña, o que simplemente no vale la pena comentárselas. Así, el médico prefiere compartir con el etnógrafo sus explicaciones sobre las condiciones de malnutrición de la menor, y no comentarlas a los padres. En ocasiones, el doctor de hecho ignora los comentarios de los usuarios indígenas, por ejemplo, cuando el padre de la menor dijo en referencia a las zonas alopécicas de su hija, "sí pué, je, je. Es que se le cae pué, así es de por sí, se le cae su pelito", y el doctor, dirigiéndose al etnógrafo, contesto, "bueno, aunque el señor diga que así es de por sí, pues no es normal que se le caiga el cabello a la niña, ¿verdad? Lo que pasa es que tiene una desnutrición grave esta nenita. Pero como seguramente el señor tiene otros hijos desnutridos, pues por eso lo ve muy normal, pero la verdad es que no es así. Esto está mal." El doctor, en lugar de orientar a los padres de la niña sobre la precariedad de sus condiciones nutricionales y la necesidad de tomar medidas correctivas al respecto, se limitó a explicar al etnógrafo que la pérdida del pelo en la menor se debe a la desnutrición grave que padece, que seguramente en la familia del señor y la señora presentes debe haber otros niños en la misma condición y que por eso les parece algo normal. Leyendo entre líneas, pude parecer que el prejuicio implícito es que los indígenas son cortos de entendimiento, negados para las explicaciones doctas, o de plano torpes, obtusos.[292]

Como la madre de la niña es quien conoce más sobre la evolución del padecimiento de su hija (ya se ha mencionado que el padre, según su propio dicho, a veces hasta olvida el nombre de su hija) es ella quien debe explicar el padecimiento de la menor. Pero puesto que la señora no habla español, el doctor le pide al esposo que la interrogue. El esposo le demanda en lengua tsotsil que le

[292] En el Capítulo Cinco de este mismo trabajo se ahonda sobre el estereotipo del indígena como un ser tonto e ignorante.

explique qué es lo que tiene la niña. La señora, con la vista siempre fija al piso, prolonga su explicación por espacio de dos minutos, después de lo cual, el señor hace la siguiente traducción: "que dice que está enferma desde hace como dos días, pero que no ha tenido calentura", pronunciar esas líneas no le lleva más de cinco segundos. El médico sabe que la señora ha dicho muchas cosas más que dieciséis palabras, así que pregunta "¿Sólo eso te dijo tú esposa?", el hombre afirma que así es, agregando inmediatamente que también le comentó su esposa que la hija no quiere comer. El doctor sabe que debe haber más explicaciones que estas que ha dado el esposo, así que insiste, "¿qué más?", el hombre dice que no hay más. "Pero si hablaron un montón, ¿que más te dijo la señora?", indica el médico con cierta exasperación, como queriendo exprimir en español las palabras que en tsotsil han penetrado en espiral por la cóclea de este hombre. El esposo vuelve a preguntar a su esposa, como si hubiera olvidado el diálogo habido con ella hace breves instantes. Al final, el hombre confirma: "Es todo, dice que sólo tiene tos". Esta dinámica de la comunicación es muy problemática para los médicos mestizos que atienden a sus pacientes mediante la intermediación de un traductor, pues siempre, invariablemente, los doctores se quedan con la impresión de que la explicación del paciente (o la madre) ha sido sometida a un proceso de síntesis de quien traduce, que la versión que reciben no es la copia fiel de lo expresado por el paciente (o su madre).

Por otro lado, cuando el galeno atiende a un paciente mestizo, no tiene necesidad de la mediación de un auxiliar en la traducción. Esta es una diferencia fundamental, de forma y fondo. De forma, porque la consulta tendrá, obviamente, otro formato: no será mediada por un traductor. De fondo, porque, al parecer, el médico no hace ostensible la desconfianza hacia el paciente. En el segundo caso presentado anteriormente, es evidente que el doctor no manifiesta desconfianza en los dichos de la señora Elena, por el contrario, acepta que la mujer, efectivamente, ha comentado la información necesaria sobre el padecimiento de su hijo, incluso, el galeno parece entender a qué se refiere la señora cuando utiliza términos no médicos como "deponer con flemas".

En la consulta médica con pacientes mestizos, sin duda es el propio doctor quien ocupa el papel principal. Sin embargo, si se compara con los pacientes indígenas, los mestizos suelen ser más participativos. Al etnógrafo le parece evidente que en la consulta médica con pacientes mestizos se nota un mayor entendimiento, cordialidad y confianza, en relación con las consultas con pacientes indígenas.

Recuadro Cuatro

Listado comparativo de las principales prácticas y actitudes observadas durante la consulta médica en el centro de salud de Llano Aguacatal	
Cuando los usuarios son indígenas	Cuando los usuarios son mestizos
• Mayor tiempo de espera para los pacientes. • Generalmente el personal de salud no conoce los nombres de los usuarios y se dirige a ellos utilizando la segunda persona del singular (tú). • Desconoce los antecedentes personales de los usuarios. • La relación inicia directamente sobre los asuntos técnicos de la atención. • Incomprensión y desconfianza mutua. • El médico suele regañar a los pacientes. • El galeno da por sentado que los pacientes han recurrido a otras prácticas terapéuticas (con "curanderos" o prácticas de autoatención) y los reprende por ello. • Los usuarios manifiestan recelo, sospecha y temor por acudir a la consulta médica. • El personal de salud tiene el prejuicio y estereotipo de que los indígenas son "re-mañosos" y mentirosos, no dicen (toda) la verdad respecto a su padecimiento y su búsqueda terapéutica, entonces, su decir no merece plena confianza. • El médico manifiesta desinterés y descuido hacia el paciente indígena. • El galeno responsabiliza y culpabiliza a los propios indígenas por sus penosas condiciones de salud- enfermedad. • El médico invisibiliza, oculta, niega a algunos usuarios indígenas (no beneficiarios del programa *Oportunidades* o de otras localidades) al decidir no dedicarles (abrirles) un expediente clínico. • El galeno prevé (o anhela) que los pacientes indígenas que acuden por primera vez a consulta no regresarán a la clínica. • El galeno entiende algunas palabras en lengua tsotsil (i.e. "simal", "oval"). • La calidad de la atención suele ser deficiente: interrogatorio incompleto, exploración física rutinaria y trivial, inadecuada para el caso, no se hacen explicaciones sobre el padecimiento, el pronóstico o el tratamiento. No hay consentimiento informado. • Comunicación difícil y desatinada, se requiere de la mediación de un traductor, que las más de las veces tampoco domina el castellano. • A las desigualdades propias del MMH se suman las desigualdades de género durante la consulta médica, así la mujer indígena ocupará el último peldaño en el escalafón de	• Menor tiempo de espera para los pacientes. • Generalmente el personal de salud sabe el nombre de los usuarios y se dirige a ellos llamándolos con la formula "usted". • Conoce algunos antecedentes personales de los usuarios (lugar de origen, miembros de su familia, etc.). • La relación inicia conversando sobre asuntos accesorios, antes de pasar a los aspectos técnicos de la atención. • Se percibe un ambiente de confianza y comprensión recíproca. • El médico no regaña a los pacientes. • El médico no reprueba las prácticas de autoatención (incluyendo la automédicación) que realizan los pacientes, pues considera que es realizada de manera correcta. • El galeno entiende algunos términos locales empleados por los usuarios (i.e. "deponer con flemas"). • La calidad de la atención suele ser deficiente: interrogatorio incompleto, exploración física rutinaria y trivial, inadecuada para el caso, no se hacen explicaciones sobre el padecimiento, el pronóstico o el tratamiento. No hay consentimiento informado. • La comunicación es directa y fluida, sin mediación de intérpretes.

subordinación. • El doctor supone que los pacientes no entienden o no entenderán algunas cosas sobre el padecimiento, así que omite cualquier tentativa de explicación.	

II. La consulta médica del *Jloktor ja'jchi'iltik*

En seguida el recorrido etnográfico a través de la consulta de don Tiburcio Ventura, el conocido *jloktor ja'jchi'iltik* de Llano Aguacatal. Aquí se presenta una muestra, un modelo de las prácticas clínicas cotidianas del don Tiburcio cuando atiende a usuarios indígenas en su pequeño consultorio, y cuando se encarga de atender a usuarios mestizos. Siguiendo el sendero de la exposición previa, los casos que ahora se muestran han sido construidos por el autor a partir de los patrones de prácticas observados durante las diversas consultas médicas en el consultorio del *jloktor ja'jchi'iltik*. Nuevamente, el propósito es describir las prácticas operadas por cada uno de los actores involucrados en el encuentro, analizándolos a la luz de los dos primeros ejes de análisis que guían las reflexiones de esta obra.

La consulta del *jloktor ja'jchi'iltik* con pacientes indígenas y mestizos

Hay quince personas –hombre, mujeres, ancianos y niños-, dentro del consultorio de don Tiburcio Ventura. La mayoría se encuentran apretadamente sentados en las bancas que circundan el área. Algunas mujeres de pie (los hombres se sentaron). Son todos indígenas. Otras diez o doce personas aguardan en el pasillo exterior del consultorio del *jloktor*. Son casi las once de la mañana de un día de septiembre.

El *jloktor ja'jchi'iltik* se coloca de pie en medio de los pacientes. Sonríe, platica, bromea en tsotsil. La gente lo sigue con la mirada, sonríen también, platican, responden a las guasas del *jloktor*. Ambiente ameno y, al mismo tiempo, solemne. El contento de la gente no resta seriedad al evento.

La consulta del *jloktor ja'jchi'iltik*, cuando se dirige a pacientes indígenas es colectiva, es decir, no atiende a un paciente a la vez, sino a toda la concurrencia más o menos al mismo tiempo. En lugar de que cada paciente ingrese al consultorio acompañado únicamente por sus familiares, en el recinto entran en un mismo momento todos los pacientes que han aguardado a que el *jloktor* dé inicio a sus actividades clínicas. No hay privacidad, están todos en derredor.

Don Tiburcio conoce a algunos de los pacientes, pues son vecinos de la localidad, los saluda refiriéndose a ellos por su nombre.

Después de terminar su ritual de inicio (untarse el bálsamo aromático, ponerse la filipina, encender sus veladoras, etcétera. Véase Capítulo Tres de este mismo texto), y antes de proceder con el interrogatorio, el *jloktor ja'jchi'iltik* toma un manojo de termómetros y los coloca en las axilas de los seis pacientes más próximos (no necesariamente los que llegaron primero, sino quienes ocuparon los lugares más cercanos al terapeuta).

Ahora inicia el interrogatorio. El *jloktor* se dirige, siempre hablando en tsotsil, a uno de los hombres a quien ha colocado un termómetro. "*¿k'u si a pas?*" ("¿Qué te pasó?"), "*¿k'u xtivan?*" ("¿Qué te duele?"). El hombre responde con una alegato en tsotsil parcialmente comprensible para el etnógrafo, "*xtivan jol, piscil jol*" ("me duele la cabeza, toda la cabeza"). El *jloktor* queda satisfecho con la explicación, "*ah, lek oy. Maló kerem*" ("ah, está bien. Espérame un momento, joven"), y el *jloktor* interroga a la señora sentada al lado de hombre. Se trata de una mujer mayor, de unos 60 años quizá, se aprecia palidez en su rostro y un tinte amarillento en las escleróticas, semblante adusto, talante exhausto, débil. "*Eh, jun'me, ¿k'usi?, ¿k'usi chacán?, ¿K'usi a pas?*" ("eh, tía, ¿que pasó?, ¿qué es lo que quieres?, ¿qué te pasó?"). La señora responde, arrugando el ceño y apretándose el vientre con ambas manos, *"kux'chut, xtivan 'chut, puro panajel, kux me'vinik"* ("me duele la panza, me lastima la panza, tengo hinchazón –abdominal-, me duele 'la alteración'[293]"). El *jloktor ja'jchi'iltik* observa a la señora. Le pide que se levante la blusa y le muestre el abdomen. La señora, sentada en la banca, levanta su blusa hasta la altura de las clavículas, dejando ver el abdomen y los pechos laxos sin pudor alguno. El *jloktor* toca el abdomen. Mete la mano entre la faja de la nagua y la piel, encaja los dedos firmes debajo de las costillas del lado derecho, con brusquedad, como buscando algo debajo de ellas. El etnógrafo echa un vistazo; observa manchas puntillosas de color rojo escarlata en la piel, un esbozo reticulado azul-violáceo en la epidermis abdominal, huellas cenizas de rascado, el vientre hinchado, como si tuviera un líquido pesado y

[293] La palabra "me'vinik" es traducida al castellano como "alteración". Se refiere a un síndrome de filiación cultural, clínicamente definido por la percepción del pulso de la arteria aorta descendente a la palpación profunda del abdomen (a la altura del mesogástrio), como signo cardinal. El síndrome clínico puede acompañarse de otros signos y síntomas inespecíficos: pirosis, dolor tipo ardoroso en epigastrio, dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, distensión abdominal, diarrea, vómito, eructos, flatulencia, hasta alteraciones del estado de alerta. Este padecimiento es muy común entre la población indígena de Los Altos de Chiapas. Algunos médicos han relacionado el "me'vinik" con los diagnósticos clínicos de "enfermedad ácido-péptica", "colon irritable", "gastroenteritis infecciosa", "parasitósis intestinal" y "colecistitis", entre otros.

espeso atrapado en él.[294] El *jloktor* menea la cabeza indicando que algo anda mal. *"Mo'yuk, jun'me, mu st'ak, mo'yuk poxil. Mas lek, batan ta jun loctor caxlán, ta Jovel"* ("no tía, no puedo curarte, no tengo la medicina que necesitas. Mejor ve a ver a un doctor mestizo en San Cristóbal"), responde el *jloktor*. *"Mu s'kan x'bat ta Jovel xi, ja lek la jo'ot ta xa bac bun vomol*" ("no quiero ir a San Cristóbal, es mejor que tú me des una medicina"), *"ah, pero es que j'a p'us. Es más lek con un loctor en Jovel, xi"* ("ah, pero es que se trata del hígado. Es mejor que vayas a ver a un doctor en San Cristóbal"), replica don Tiburcio. La señora continúa su alegato a favor de ser atendida por el *jloktor* ahí mismo, en Llano Aguacatal. Al final don Tiburcio acepta, no sin antes advertir que la enfermedad de la señora es grave y que él no podrá curarla completamente. Este diálogo no dura más de cinco minutos, después el *jloktor* continúa interrogando al resto de los pacientes a quienes colocó los termómetros. Con nadie más muestra dudas o recelos el *jloktor ja'jchi'iltik*, a nadie siquiera le hace más preguntas sobre el padecimiento, se conforma con lo que cada paciente le ha contado libremente.

Tiburcio ha terminado de escuchar el motivo de consulta de los seis pacientes a los que ha puesto termómetros en las axilas. Esto no le ha llevado más de quince minutos. Ahora retira los termómetros, los observa colocándose los gruesos anteojos que cuelgan de un listón sobre su cuello, entorna los párpados, se coloca en actitud reflexiva, musitando, "*mmmmh, lek, mmmmh, lek oy*" ("mmmmh, bien, mmmmmh, muy bien"), como quien examina con profunda atención un asunto. Después toma el estetoscopio y lo coloca rápidamente sobre el pecho de los pacientes, ausculta por cinco segundos aproximadamente a cada uno. Toma el baumanómetro, lo sujeta al brazo de la señora mencionada, checa su presión. Termina. Sonríe. "Bueno", dice, "*cha cacve j'un ak'uxa"* ("te voy a dar una inyección"). Con las pinzas de disección sin dientes que hay sobre el papel de estraza en la mesa, toma una de las jeringas de vidrio que hay en la ollita de peltre, luego la aguja, ensambla las piezas manipulándolas con sus dedos, alcanza una ampolleta de dexametasona,[295] la abre,

[294] Estos datos clínicos –la ascitis (acumulación de líquido en el peritoneo), las petequias (pequeñas manchas puntillosas en la piel debidas a la efusión interna de sangre), la red venosa colateral- sugieren la posibilidad de un llamado "síndrome de hipertensión portal", que consiste en un aumento de la presión en la vena porta –que conduce sangre procedente del tracto gastrointestinal, el bazo, el páncreas y la vesícula biliar hacia el hígado, donde se cumplen imprescindibles funciones metabólicas y de eliminación de sustancias nocivas- causada por una hepatopatía intrínseca (la más frecuente es la cirrosis hepática alcohólica o posviral) o por una obstrucción extrahepática de la vena porta o del flujo venoso hepático eferente (Harrison's, 2004).

[295] Dexametasona es un médicamento del grupo de los corticoesteroides. Estos fármacos tienen múltiples actividades metabólicas y de regulación de líquidos y minerales del organismo (regulación hidroelectrolítica). Entre sus efectos más notables se encuentra su sorprendente capacidad antiinflamatoria y sus efectos directos sobre el sistema nervioso central, entre ellos, las

extrae la droga jalando el émbolo de la jeringa y la coloca sobre la mesa. Sostiene el brazo del primer paciente, un muchacho fornido y de baja estatura, le pone una apretada ligadura a la mitad del bíceps, golpea la cara anterior del antebrazo, las venas cefálica, cubital y basílica se hinchan de sangre, el *jloktor* toma una torunda alcoholada y la frota vigorosamente a la piel del brazo del muchacho, la torunda resulta ennegrecida de mugre, toma la jeringa, clava la aguja con rapidez en la vena cefálica, desata la ligadura, empuja el émbolo violentamente, el muchacho que recibe la infusión cierra los ojos con fuerza, extiende el cuello hacia atrás, se tensa, el rictus de los músculos faciales deja los dientes al descubierto, el aspecto de la sonrisa, todos en la sala se alegran, satisfechos, el muchacho emite una entrecortada risotada, *"k'ux, k'ux*" ("duele, duele"), dice, "*ah, kerem, mu'xa ok*", ("ay niño, no llores"), responde don Tiburcio. La sala se desgaja en una estrepitosa carcajada.

Tiburcio Ventura quita la aguja que ha usado al inyectar al muchacho y la coloca en otro recipiente de peltre. Con las pinzas de disección toma una nueva aguja metálica y la asegura a la misma jeringa de vidrio. Otra ampolleta de dexametasona, pero ahora la acompaña de otro médicamento: furosemida[296]. La mujer ya espera la infusión con el brazo extendido. Se repite el procedimiento. La señora recibe el pinchazo, impávida. Esta vez nadie ríe, apenas un suave murmullo de aprobación.

A cada uno de los pacientes se le aplican las inyecciones correspondientes (invariablemente inyecciones y siempre con la misma jeringa, sólo cambiando la aguja). Al final de la atención, cada persona pregunta al *jloktor* que cuánto dinero le deben. Los montos oscilan entre los 35 y los 120 pesos. Cada uno paga. Tiburcio recibe la retribución enfundando la mano en una bolsa, como lo hacen las dependientes de las tortillerías. Con un ademán de desenfado, arroja los billetes y monedas en el cajón de la mesa y lo cierra violentamente.

---

sensaciones de bienestar, euforia y manía (Goodman and Gillman, 1996:1563). El uso de esteroides conlleva efectos secundarios serios y potencialmente mortales: aumento de peso, hipertensión arterial, síndrome cushingoide, diabetes mellitus, osteoporosis, miopatías, incremento de la presión intraocular, necrosis isquémica de huesos, infecciones e hipercolesterolemia, entre otros efectos (Harrison's, 2004). Algunos otros autores y el que escribe, han reconocido la vasta utilización de corticoesteroides en sus diferentes presentaciones, entre la población indígena de Los Altos de Chiapas. Sobra decir que esta práctica iatrogénica pude derivar en consecuencias fatales.

[296] Furosemida es un médicamento de los llamados diuréticos de asa. Su acción consiste en fomentar la pérdida de líquidos al incrementar la excreción renal de sodio. El médicamento está indicado, entre otros motivos, para tratar casos de ascitis secundaria a hipertensión porta-hepática (que puede ser el caso de la paciente del *jloktor*, como ya se ha dicho), pero su uso es delicado por los riesgos de descompensaciones hídricas y electrolíticas (Goodman and Gillman, 1996:748-752).

Los pacientes se levantan, algunos sobándose el antebrazo, otros frotándose el glúteo, dependiendo de la región en que fueron inyectados. Se despiden del *jloktor* agradeciendo su merced, *"kolawal, kolawal"* ("gracias, gracias"), *"moyuk wokol"*, ("no hay de qué"), responde don Tiburcio. Los pacientes salen y otros ocupan sus lugares.

Los pacientes mestizos suelen llegar más tarde al consultorio del *jloktor*, una vez que han sido despachados los usuarios indígenas. Cuando entran al consultorio ya no hay más pacientes, sólo el *jloktor* (y en este caso el etnógrafo). Saludan,

- "Hola Tiburcio, ¿cómo estás?"
- "Bien doña Anselma, muy bien, ¿y usted?", responde don Tiburcio, hablando en castellano.
- "Pues aquí… es que quiero que me pongas un suero vitaminado, es que me siento muy débil de una vez".
- "Cómo no. Ahorita mismo se lo ponemos. Siéntese'ste ahí un rato", responde el *jloktor*.

A los pocos minutos, la señora Anselma estará dormitando, sentada en una de las sillas de madera y mijo, la cabeza recargada en las repisas del estante, con el brazo extendido en posición supina, una manguerita conectada a la vena por donde un litro de líquido amarillo con su magia se infundirá en menos de cuarenta y cinco minutos, para regocijo de la interesada.

Comentarios comparativos respecto a las prácticas del *jloktor ja'jchi'iltik* cuando atiende a pacientes indígenas y a pacientes mestizos

En seguida se tienden algunas consideraciones sobre las prácticas durante la consulta del *jloktor ja'jchi'iltik*, especialmente aquellas derivadas de la comparación de la atención a pacientes indígenas y a pacientes mestizos. Para ordenar la exposición, se ha dividido tomando en cuenta los siete momentos estructurales de la consulta médica que ya se han comentado. Siguiendo los ejes de análisis propuestos, se busca la prueba empírica (o la ausencia de la misma) de contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y/o racismo en estos encuentros médicos.

1) El saludo

Don Tiburcio Ventura es un hombre carismático, lleno de comentarios guasones y modos que resultan atrayentes para quienes lo observan. Cuando el *jloktor ja'jchi'iltik* aparece en escena, ya hay un tropel de gente que lo aguarda en el pasillo exterior de su consultorio. El saludo de don Tiburcio recuerda al de los magnánimos políticos (mexicanos): balanceando gozosamente brazos y

manos en lo alto, la prudente sonrisa puesta en los labios, asintiendo, mirada a todos lados sin fijarse en nadie y sin dejar de caminar. Una vez dentro del consultorio, don Tiburcio Ventura se percata de quiénes han venido a consultarlo esta mañana de sol; saluda a cada cual pronunciando su nombre. Don Tiburcio Ventura es cordial y amable con todos sus pacientes, sean indígenas o sean mestizos.

El tiempo de espera generalmente es prolongado –de una a tres horas-, especialmente para los usuarios indígenas, que son los que suelen llegar temprano, a las ocho o nueve de la mañana, ya que vienen de parajes distantes -se ha dicho ya que el *jloktor* inicia la consulta después de las diez y media de la mañana-. Los pacientes mestizos, casi todos de la localidad, acuden cuando empieza a despuntar la tarde, una vez que los indígenas se han retirado y cuando don Tiburcio puede atenderles con presteza. Aquí se refrenda el patrón segregativo documentado también para la consulta observada en la clínica y en otros espacios y momentos, pero no podemos siquiera insinuar que esta disposición es regulada por el *jloktor*, más bien, parece producto de los acomodos elegidos por los propios usuarios.

El orden de atención a los pacientes no se regula en modo alguno, no existe un sistema de turnos ni nada por el estilo. Se atiende primero a quienes ocupan los lugares más próximos al curador, sin importar el orden en el que llegaron al recinto.

En derredor del señor Ventura hay cierto encanto: la admiración que le concede la concurrencia, las bromas, las risas, el cuchicheo de la fascinación. Sin embargo, el terapeuta no rebasa los límites de los asuntos privados, a pesar de la chacota y el ambiente laxo, su quehacer se circunscribe al ejercicio clínico. Nada de ¿cómo está la familia, doña Fulana?, ¿qué tal su hijo que fue al norte, ya le envió dinero, estimada Zutana?, ¿su esposo ha seguido tomando?, ¡qué barbaridad, Perenganita! Dicho intercambio está fuera de lugar en el consultorio del *jloktor*.

En este primer momento, apegándonos a las definiciones dadas en el marco conceptual, no se distingue nada semejante a tratos discriminatorios de parte del *jloktor*; si acaso la confirmación de un patrón segregativo de los propios usuarios indígenas y mestizos, y la preeminencia de la práctica del "agandalle"[297] de quien alcanza un lugar más próximo al *jloktor* para ser atendido primero (generalmente los hombres jóvenes), independientemente del lugar en que llegó al pasillo de espera.

[297] Utilizo aquí la acepción popular del término "agandalle", que indica una práctica egoísta, abusiva y arbitraria de quien impone por la fuerza sus propios intereses y beneficios ante los de los demás, sin reparar en argumentos o razones de ninguna índole.

2) El interrogatorio sobre el padecimiento actual

El interrogatorio que realiza don Tiburcio Ventura es escueto, casi inexistente, se limita a hacer preguntas muy generales, "¿Qué te pasa?" o "¿Qué te duele?", pero no elabora una anamnesia detallada, sistemática y profunda. Técnicamente, el interrogatorio es, por decirlo blandamente, descuidado. Por otro lado, las narraciones elaboradas por los usuarios sobre sus padecimientos tampoco abundan en pormenores, apenas permiten algunas pistas, presunciones generales a seguir para develar el trasfondo del caso, sin embargo, al terapeuta parecen bastarle esas pobres explicaciones y las breves referencias dadas. Las características de esta etapa del encuentro médico es igual para con los usuarios indígenas o con los mestizos, no hay contrastes.

A diferencia de la consulta ejecutada en la clínica del ISECH, con el *jloktor ja'jchi'iltik* no se registran pruebas de incomprensión o desconfianza en ningún sentido. Por el contrario, al parecer todos los usuarios que acuden con don Tiburcio tienen seguridad en sus dones curativos. Se encomiendan armoniosamente, de común acuerdo, a él. El caso de la señora ictérica y ascítica es ilustrativo. En un primer momento don Tiburcio, con toda honestidad, rehuye atenderla al reconocer sus propios límites, "no tía, no puedo curarte, no tengo la medicina que necesitas", y más aún, le sugiere que acuda a atenderse con los médicos alópatas mestizos de la ciudad de San Cristóbal, "mejor ve a ver a un doctor mestizo en San Cristóbal"[298], la propia señora objeta la sugerencia, "no quiero ir a San Cristóbal", e insiste, "es mejor que tú me des una medicina", don Tiburcio persiste, "pero es que se trata del hígado. Es mejor que vayas a ver a un doctor en San Cristóbal", con todo, la señora convence al *jloktor* de que él y nadie más debe proveerle el ansiado alivio, finalmente el terapeuta accede, aunque advierte que la enfermedad que aqueja a la mujer es grave y que él no podrá exprimir de sus manos y saberes la cura definitiva y total para el mal que la aflige. Aquí se revela una diferencia notable respecto a la práctica ejercida por el doctor Pilicastro, quien cuando se enfrenta a situaciones que rebasan su competencia –por ejemplo, la desnutrición de la niña indígena comentada líneas arriba-, tiende a delegar la responsabilidad en los propios usuarios –"como seguramente el señor tiene otros hijos desnutridos, por eso lo ve muy normal", "por eso luego se les mueren los niños"-. Sin embargo, el *jloktor* no expone este tipo de actitudes. Para el caso de la señora ictérica y ascítica que nos ocupa, don Tiburcio Ventura señala los límites de sus facultades –

[298] Es interesante y revelador que el *jloktor* no sugiriera a la mujer acudir a los servicios médicos que se ofrecen en la clínica del ISECH situada en la misma localidad. Esto puede explicarse por las representaciones negativas que don Tiburcio Ventura tiene sobre los médicos mestizos que laboran en este tipo de establecimientos (las clínicas de primer nivel en las comunidades indígenas de la región). En el Capítulo Cinco se ahonda en estas representaciones.

"no tía, no puedo curarte"-, pero no endosa la responsabilidad del mal a la propia mujer que padece, como podemos imaginar que lo haría el doctor Benito, "bueno, yo ya se lo advertí, si se muere la culpa será toda suya y de nadie más". Y esto es lo que diría el doctor Pilicastro porque sabría que en breve, en un puñado de días tal vez, se embotaría la razón de esta mujer, tornándose completamente extraña para los suyos, con explosiones violentas, fuera de juicio, enloquecería. O posiblemente antes, quizá hoy mismo de regreso a su comunidad, la fatalidad que siempre acecha resolviera aparecer en signo rojo purpúreo de sangre brotando con ímpetu desde el esófago, la mujer desmayaría sobre las piedras del camino y ahí mismo, junto al charco de su propia sangre empolvada, se ahogaría su existencia.[299] Si este mismo pensamiento tomó forma en la mente del *jloktor ja'jchi'iltik*, eso nosotros no lo sabremos.

El *jloktor* no amonesta, no sermonea, no increpa a nadie. Lejos de eso, se muestra flexible y permisivo, complaciente. Por ejemplo, esta señora mestiza oriunda del poblado, doña Anselma, que entra al recinto donde don Tiburcio y después de los debidos saludos que manda la mínima urbanidad, solicita con seguridad, "quiero que me pongas un suero vitaminado", pero no nada más por qué sí, desde luego que doña Anselma tiene sus buenos motivos, "es que me siento muy débil de una vez", ante tal lucidez de argumentos, el terapeuta no tiene reparo alguno en rasgar con los dientes el envoltorio de un equipo de venoclisis y alistar lo que sea necesario para la maniobra que satisfaga la decisión de la mujer, "cómo no, ahorita mismo se lo ponemos, siéntese'ste ahí un rato". En breve y sin contratiempos de ninguna clase, doña Anselma estará disfrutando de la relajación y la modorra que le induce pensar que esa infusión amarillenta que penetra vertiginosamente a su torrente sanguíneo habrá de aprovecharle en lozanía, robustez y vivacidad, cual cuota de espinacas enlatadas que derivan en fortaleza hercúlea cuando Popeye El Marino, siempre en apuros, aspira el malquisto vegetal a través de su infalible pipa.

[299] Admitiendo, como todo parece indicar, que esta señora padezca un síndrome de hipertensión portal, sin recibir un tratamiento adecuado y oportuno, el pronóstico se revela sombrío. Cabe esperar, entre otras, dos complicaciones habituales en estos casos: a) la encefalopatía portosistémica (también llamada "encefalopatía hepática" o "coma hepático"), un síndrome neuropsiquiátrico causado por una hepatopatía asociada a la derivación portosistémica de sangre venosa, y b) una hemorragia del tubo digestivo, principalmente en su porción alta, concretamente por la ruptura de las derivaciones venosas del esófago -las llamadas "várices esofágicas"-, con resultados fatales (Harrison's, 2004; Merk,1992: 981-989).

3) La exploración física

Lo comentado en el párrafo anterior respecto a la precariedad del interrogatorio se aplica también para la exploración física, es prácticamente inexistente, y lo poco que se explora habitualmente carece de sentido desde la racionalidad médica. Por ejemplo, el auscultar por cinco segundos y sobre las vestimentas los ruidos que genera el corazón no aporta ningún dato más allá de un vago "tuum, tum… tuum, tum". Bien es cierto que con la mujer ictérica y ascítica, el *jloktor* Ventura, demostrando la sagacidad de su innegable "ojo clínico", pide que se presente ante la exigua luz del foco la apariencia del abdomen, ahí sin duda observa esas petequias y la anastomosis colateral de la red venosa –la "cabeza de Medusa", así nombrado por los viejos clínicos que conocen de mitología Griega-, la percepción del terapeuta apunta al hígado y hacia allá se dirigen las yemas de sus dedos que se incrustan firmemente debajo del reborde costal derecho, sin duda en busca de los márgenes duros e irregulares de un hígado defectuoso, posiblemente taponado entre una desquiciada distribución de fibras de colágeno. Sin embargo, a pesar de que al parecer don Tiburcio tiene una sospecha diagnóstica posiblemente acertada y que parece conocer las obligaciones que le demanda la semiología clínica, una exploración física que se precie de serlo no puede (no debe) realizarse en esas condiciones, con la paciente sentada y encorvada, ante la luz precaria de un foco lánguido, rodeada de entrometidos, y no sólo por la incomodidad que implica estas condiciones, sino porque difícilmente puede apreciarse el dato fiel, escrupuloso, que requiere el celo clínico. En todo caso, para aquellos escépticos que consideran que el autor peca de un purismo médico descarriado, la condición clínica de la mujer comentada merecería la atención cuidadosa que no puede brindarse en breves segundos de rudos manoseos.

El *performance* del *jloktor ja'jchi'iltik* que consiste en poner termómetros y después examinarlos reflexivamente, de colocar la campana del estetoscopio por cinco segundos sobre el pecho de los pacientes o tomar la presión a algunos de ellos, parece más una simulación, una representación artificial del ritual de lo médico, que una exploración física seria, en busca de medidas específicas sobre el funcionamiento del organismo del sujeto enfermo. Sin embargo, la incipiente exploración que realiza el *jloktor* de la señora ictérica y ascítica, aunque gruesa y apresurada, es indicativa de que el terapeuta realiza una integración diagnóstica mental a partir de los pocos datos que obtiene de escuchar la narración del padecimiento y de la inspección general. Indudablemente, en el caso referido don Tiburcio Ventura reparó en el tono ictérico de las escleróticas, en las petequias, en la red venosa colateral, en el vientre ascítico, y pensó en la

posibilidad de una hepatopatía. No se perciben diferencias entre la exploración física que hace el *jloktor* frente a pacientes indígenas y mestizos.

4) La integración diagnóstica

Es difícil saber cuál es el diagnóstico que hace el *jloktor* de cada paciente que atiende. El terapeuta no dice nada, no registra nada. El diagnóstico, si acaso lo integra realmente para cada paciente, no escapa más allá de su cabeza. Qué decir, por ejemplo, sobre el diagnóstico que hace del joven que ha acudido a consulta y todo lo que sabemos de él es que le duele la cabeza, "toda la cabeza", y que quizá no tuvo fiebre y a lo mejor el *jloktor* no auscultó nada anormal en los ruidos cardiacos. ¿Cuál será el diagnóstico? ¿Dolor de cabeza? ¿Así de simple? No lo sabremos a ciencia cierta. ¿O, cuál es la diagnosis para el caso de doña Anselma, quien exige la infusión venosa de suero vitaminado porque se siente muy débil? ¿Debilidad? ¿Extenuación subsidiaria a la exigüidad de los niveles mínimos necesarios de suero vitaminado amarillento en el organismo? Tampoco lo sabremos. Es posible que no exista siquiera diagnóstico para estos casos; mejor dicho, un diagnóstico nosológico terminante, porque alguna clasificación diagnóstica debe hacerse al fin de cuentas, aunque esta sea, "dolor de toda la cabeza" o "debilidad, de una vez".

Mención aparte merece el caso de la señora que ya conocemos como la mujer ictérica y ascítica. Frente a ella el *jloktor ja'jchi'iltik* reconoció una posibilidad orgánica, dijo "*j'a p'us*" ("es el hígado"). A lo mejor el señor Ventura está cavilando en la posibilidad del órgano hepático maltratado, quizá en la hipertensión portal secundaria y su traducción en los signos que se observan: las petequias, el dibujo reticular de las venas adyacentes, los vestigios del rascado; dudosamente el *jloktor* vislumbrará la depleción plaquetaria, la bilirrubinemia, las alteraciones en los niveles hemáticos de fosfatasa alcalina, transaminasas, alanina-aminotransferasas o láctico-deshidrogenasas; menos aún contemplará las alteraciones renales y electrolíticas: la pérdida de potasio en la orina, la sobrecarga hídrica, las fluctuaciones en la concentración de hidrogeniones con la consecuente alcalosis o acidosis, etcétera. Pero exactamente que transcurre en la mente del *jloktor* es algo que no sabemos, porque no dice nada.

Pero a los usuarios parece no importarles esta salvedad, este pequeño detalle en que repararía un médico y etnógrafo que hace y escribe antropología médica. Ellos no necesitan de explicaciones, les basta con ser atendidos y ya. Nadie reclama información, elucidaciones

pormenorizadas o precisiones técnicas respecto a su condición. Desean el tratamiento y nada más -la inyección, para ser precisos-.

Sea con usuarios indígenas o con usuarios mestizos, la integración diagnóstica que hace el *jloktor ja'jchi'iltik* es un territorio vedado para nosotros, a nadie explica nada, nada se registra. No se perciben diferencias en la atención dada en esta etapa a los unos o a los otros.

5) La prescripción terapéutica y pronóstico

Para la prescripción terapéutica y el pronóstico asistimos a la misma dificultad que en el apartado anterior, empezando por reconocer la existencia y definición precisa para este momento de la consulta. ¿A que nos referimos por prescripción terapéutica en el marco de la atención brindada por el *jloktor ja'jchi'iltik*? Será el momento en que el terapeuta determine y administre el tratamiento. Y aquí se señala una primera diferencia en relación a la consulta observada en el centro de salud; con el *jloktor ja'jchi'iltik* el momento de la prescripción y el de la administración es el mismo, simultáneo, y es el propio terapeuta el que administra el tratamiento, el que inyecta. No es práctica habitual que don Tiburcio Ventura encomiende la tarea de administración del remedio al propio enfermo, diciéndole, "se toma está pastilla por la mañana después de levantarse pero antes de desayunar, y esta otra por la tarde antes de comer el guiso, y esta inyección en la noche antes de dormir", tal como sucede en el consultorio médico del centro de salud del ISECH, donde el médico nunca fue visto tomando una jeringa e inyectando, ni administrando una pastilla, comprimido, cápsula, gragea, jarabe o suspensión a paciente alguno, si acaso los procedimientos que el etnógrafo tuvo la fortuna de contemplar en el centro de salud fueron la colocación del alguna férula de yeso, la sutura de una herida o la vacunación de niños y embarazadas. Cuando el doctor Benito Pilicastro hace la prescripción terapéutica, anota las indicaciones en una conveniente receta médica que arranca del talonario de recetas después de signar su firma claro está, con una copia (de color azul) para don Pedro, el polivalente dependiente de la farmacia, otra (color amarillo) que permanece en el bloque de notas, y una más (blanca) que quedará en manos del paciente, para que le conste el tratamiento recibido y sus pormenores, y pueda consultarlo cuantas veces considere necesario.

Casi siempre el *jloktor* decide que el tratamiento pertinente debe ser inyectado, en el mejor de los casos directamente al torrente sanguíneo, por la vía intravenosa. En otras ocasiones considera que la administración debe ser vía intramuscular, inyectando la nalga. Muy pocos son los casos en que, desde el punto de vista del *jloktor*, basta con tragar tabletas o beber una suspensión.

Este apego por los pinchazos de las inyecciones también hace una diferencia con la práctica del galeno, quien prescribe con frecuencia tabletas, cápsulas y suspensiones, si bien también parece tener en alta estima el uso de la inyección intramuscular, como se ha visto en los casos expuestos.

El *jloktor* no toma notas de las prescripciones terapéuticas, simplemente administra y ya. Tampoco solicita el parecer del paciente. Es el curador quien decide sin siquiera explicar la conveniencia del tratamiento dispuesto.

Los médicamentos predilectos por el *jloktor* son los corticoesteroides, principalmente dexametasona en ampolletas, los antibióticos como penicilina y ampilcilina, analgésicos como dipirona y antiespasmódicos como butilhiosina, auque eventualmente utiliza otros remedios de su amplio arsenal farmacológico.

La aplicación intravenosa conlleva varios riesgos, entre ellos los de favorecer el paso de bacterias al torrente sanguíneo (que ocasiona bacteriemia), lo que puede provocar infecciones sistémicas de manera secundaria (septicemia); dañar el tejido interno de las venas (flebitis); favorecer la formación de coágulos (trombos) que pueden atorarse en alguna pequeña arteria del corazón o el cerebro, con consecuencias graves y potencialmente mortales; entre otras posibles complicaciones. Así, el uso indiscriminado de la vía intravenosa es una práctica con amplias posibilidades de iatrogénia clínica.[300]

¿Y qué decir del pronóstico? El *jloktor* no comenta a ningún paciente el pronóstico de su enfermedad. La atención termina sin que se comente el curso y resultado que tendrá la enfermedad y el tratamiento recibido. Es de suponer que los pacientes consideran que con la atención recibida ha bastado y sobrado, que el asunto que los movió a solicitar el servicio de don Tiburcio ha quedado zanjado.

El etnógrafo no percibe diferencias entre las prescripciones terapéuticas que hace el *jloktor* frente a pacientes indígenas o pacientes mestizos.

6) El despido y fin de la consulta

Al igual que durante el saludo, el *jloktor* se despide amablemente de sus pacientes, quienes, después de pagar la consulta y agradecer la atención recibida, salen del recinto médico adoloridos del antebrazo o la nalga, pero visiblemente satisfechos, incluso sonriendo. No hay más que decir, la consulta ha sido todo un éxito.

[300] Por iatrogenia clínica se hace referencia al efecto negativo en las condiciones de salud del paciente debida directamente a una intervención médica.

Dos diferencias significativas se detectan en este momento de la consulta del *jloktor* en relación a la consulta en el centro de salud: a) que con el terapeuta indígena la consulta debe pagarla el usuario, mientras que en la clínica del ISECH la atención es gratuita, y b) los pacientes que salen del consultorio del *jloktor* terminan visiblemente satisfechos, y no se puede decir lo mismo respecto a la atención recibida en el centro de salud, pero eso se evidenciará más adelante, en el Capítulo Cinco.

7) La dinámica de la comunicación

La dinámica de la comunicación durante la consulta del *jloktor* es fluida y cordial. Los pacientes indígenas se expresan en su propia lengua y el terapeuta les escucha sin la necesidad de intérpretes. Con pacientes mestizos, la consulta se desarrolla en español, pues el *jloktor* también domina este idioma. Tal dinámica de la comunicación parece influir positivamente en el logro de confianza de parte de los pacientes hacia el terapeuta y en el buen entendimiento recíproco.

Por otro lado, la comunicación no se da en el marco de una relación individual y confidencial entre el terapeuta y su paciente, sino entre el *jloktor*, el paciente y el resto de la numerosa concurrencia. El etnógrafo no sabe exactamente como representa el individuo esta falta de privacidad en la relación, sin embargo, es posible que esta falta de intimidad en la relación inhiba el abordar ciertos temas en el marco de la consulta médica con el *jloktor* (por ejemplo, padecimientos relacionados a la sexualidad, como las infecciones de transmisión sexual).

La diferencia en la dinámica de comunicación del *jloktor* cuando atiende a pacientes indígenas o mestizos reside, básicamente, en la lengua, el uso de tsotsil con los primeros, el empleo del idioma español con los segundos.

Recuadro Cinco

Listado comparativo de las principales prácticas y actitudes observadas durante la consulta médica del *jloktor ja'jchi'iltik* y del médico alópata mestizo del centro de salud	
Del *jloktor ja'jchi'iltik*	Del médico alópata mestizo
• Hace esperar mucho tiempo a los pacientes, pues abre las puertas de su consultorio después de las diez y media de la mañana. No tiene horario fijo. • No existe un sistema para ordenar el turno de consultas. Se atienden primero a los pacientes que tomen asiento próximo al terapeuta. • En el consultorio médico no hay privacidad. Todos los pacientes y acompañantes ingresan sin restricción alguna al recinto.	• El tiempo de espera es variable. El horario de consulta da inicio a las ocho de la mañana, aunque es usual que el doctor retrase las actividades quince o treinta minutos, para atender otros asuntos administrativos del centro de salud. • El turno para recibir la atención se regula mediante el reparto de fichas. • Se restringe el acceso al consultorio. Sólo se permite un acompañante por paciente

• El ambiente es relajado. Los usuarios sonríen, platican, bromean, sin que esta situación derive en excesos y reste sensatez al evento. • El terapeuta es amable y respetuoso con todos sus pacientes, sean indígenas o mestizos. • Generalmente conoce el nombre de sus pacientes. • No tiene expedientes ni notas clínicas ni hojas de registro de ningún tipo. • En general, todos sus pacientes manifiestan su confianza en el terapeuta. • El *jloktor* tiene una actitud flexible, permisiva y complaciente. • No se especifica ni se hace explícita la integración diagnóstica del *jloktor*. • El momento de la prescripción y administración del tratamiento es simultáneo. El *jloktor* se encarga de administrarlo. • Existe una notable preferencia por la administración inyectable del tratamiento. • No se elabora ningún pronóstico respecto a la enfermedad de los pacientes. • Al final de la atención los pacientes terminan satisfechos. • Se utilizan medicinas de patente. • La consulta médica se cobra. • La competencia técnica de la calidad de la atención es extremadamente deficiente: interrogatorio y exploración física prácticamente inexistentes, diagnósticos dudosos, tratamientos e intervenciones iatrogénicas. • En ocasiones el terapeuta reconoce los límites de sus saberes y prácticas curativas, y sugiere a los pacientes acudir a la consulta médico-alopática en la ciudad de San Cristóbal. No refiere a la clínica del ISECH situada en la misma localidad. • No hace juicios de valor respecto a las prácticas de los usuarios, sean indígenas o mestizos. • La comunicación es fácil y fluida en la propia lengua de los usuarios (sea tsotsil o español). No se detectan dificultades comunicativas.	(en caso de que acudan madres con varios hijos menores y no haya quien se los cuide en la sala de espera, se le permite entrar a consulta con todos los pequeños). • El ambiente en la sala de espera suele ser reservado y formal. Al interior de la consulta, cuando se trata de pacientes indígenas se percibe su desazón, su inquietud, su ansiedad. Cuando se trata de pacientes mestizos el ambiente es laxo y apacible. • El doctor suele conocer el nombre y algunos antecedentes personales de los pacientes mestizos, e ignorar todo (o casi todo) respecto a los usuarios indígenas. • Se pone demasiado énfasis en las actividades de registro (en la hoja de consulta diaria, en el expediente clínico, en el control de farmacia, en la cartilla de *Oportunidades*, etc.). • El médico suele tener prácticas y actitudes desfavorables para los usuarios indígenas, por ejemplo, regañarlos o dedicarles comentarios punzantes (i.e. "como seguramente tiene otros niños desnutridos…", "por eso luego se les mueren") o responsabilizarlos por las difíciles condiciones de salud que les aquejan. • Los usuarios indígenas suelen manifestar desconfianza del médico. Los usuarios mestizos le conceden mayor confianza. • El diagnóstico es escuetamente mencionado a los pacientes, no se explica con detalle. • El doctor pregunta a los pacientes mestizos qué vía de administración prefieren para el tratamiento, la vía oral o la vía intramuscular. A los pacientes indígenas no se les permite esta posibilidad de elección. • El terapeuta no administra el tratamiento, sólo lo prescribe y es el propio paciente quien debe aplicárselo. • Se utilizan médicamentos genéricos. • No se elabora ni explica al usuario el curso o pronóstico de su enfermedad. • La consulta médica es gratuita. • La competencia técnica de la calidad de la atención suele ser deficiente: interrogatorios parciales, exploraciones físicas insuficientes, diagnósticos mal sustentados y dudosos. • Hace juicios de valor negativos respecto a los usuarios, principalmente sobre los indígenas.

	• La comunicación suele ser difícil y errática con los pacientes indígenas.

III. Escenarios del Programa *Oportunidades*

El segundo grupo de las funciones del MMH se refiere a las de control, normalización y legitimación del mismo. En este marco de operaciones es donde se inserta la estrategia dos del *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* que incluye las actividades del componente de salud. En seguida se explica y comenta uno de los encuentros interétnicos habidos entre prestadores de servicios de salud y los beneficiarios del programa durante las pláticas de educación para la salud que reciben las madres de las familias beneficiarias del mismo.

Las pláticas de educación para la salud en el aula de la escuela primaria de la comunidad

Las reuniones de educación para la salud que se consideran en el programa *Oportunidades* se llevan a cabo, de manera mensual, en una de las aulas de la escuela primaria de la comunidad. El espacio es un salón de concreto, amplio –de aproximadamente cinco metros de ancho por diez de fondo-, con bancas y pupitres ordenados longitudinalmente en filas frente al pizarrón. El salón se encuentra colmado de polvo por todas partes, algunas ventanas rotas, huellas de lodo en las paredes, las mesas de los pupitres pintarrajeadas. Enfrente del aula hay una pequeña plataforma donde se ubica la mesa y la silla que normalmente ocupa el maestro.

A "las pláticas" deben acudir las madres de familia beneficiarias del programa (en algunas ocasiones también se requiere la presencia del esposo, pero son las mujeres quienes deben acudir a dichas reuniones con mayor frecuencia). Las mujeres que acuden a "la plática" se aglomeran a la entrada del aula, esperan a que lleguen el enfermero Claudio y la enfermera Angelina, los encargados de dar "la plática". Al grupo de mujeres lo encabeza la *Promotora del Oportunidades*,[301] Ofelia, una mujer mestiza originaria de la comunidad, cuya lengua materna es el español, pero que aprendió a hablar tsotsil cuando estudió la escuela primaria durante la infancia.

[301] Para el correcto funcionamiento del Programa *Oportunidades*, se ha normado que cada comunidad debe nombrar a una "promotora del programa" que debe encargarse de administrar, a nivel local, algunos aspectos relacionados al mismo. "Ofelia" es el pseudónimo dado a la promotora de *Oportunidades*.

Aproximadamente la mitad de las mujeres beneficiarias del programa que acuden a "la plática" son indígenas, el resto son mestizas -la mayoría originarias de la comunidad, pero hay algunas mestizas fuereñas que han migrado a la comunidad al casarse con hombres originarios de la misma-. No todas las mujeres indígenas hablan español y tampoco todas las mujeres mestizas hablan tsotsil, por lo que la comunicación verbal entre ellas no es tarea sencilla y, al parecer, han optado por evitar plática alguna. "Ni se hablan con las indígenas", comentó Angelina al etnógrafo, refiriéndose a las mujeres mestizas de la localidad, "pero ni las indígenas le hablan a las otras", añadió.

Cuando Claudio y Angelina se aproximan al vestíbulo del recinto, las mujeres que aguardan el comienzo de la charla ceden el paso, tal como lo dictan las cánones no escritos del debido respeto a las jerarquías, para que sean el enfermero y la enfermera los primeros en pasar al salón y en ocupar su lugar sobre la plataforma, en la parte frontal del aula, en el lugar destinado al maestro del quinto año grupo be, que hoy ha cedido el espacio para esta actividad. Claudio carga bajo el brazo el rotafolios que corresponde al tema que se abordará en la plática educativa de hoy. Angelina lleva un fólder con la lista de las mujeres inscritas en el programa y un fichero con los respectivos tarjetones. Los acompaña la auxiliar de salud de la comunidad, Griselda, mujer mestiza, quien también es beneficiaria del *Oportunidades*. Casi siempre Griselda lleva a su hijo Tomás, de un año de edad, cargando en un rebozo sobre su espalda.

Las mujeres titulares de las familias beneficiarias del programa entran al aula lentamente, como quien vacila en el último momento, y ocupan sus lugares en las bancas. Las mujeres mestizas se sientan del lado derecho del salón, las indígenas toman sitio en el lado opuesto. La promotora de *Oportunidades* se sienta con las mestizas. La separación es evidente: de un lado mujeres con la vestimenta tradicional de las indígenas *chenalheras*, del lado opuesto mujeres que visten a la usanza de las mestizas.[302]

- "Gely, ¿tú sabes por qué se sientan así, en ese orden, las mujeres?", preguntó el etnógrafo a la enfermera.
- "Pues no sé. Nosotros no les dijimos que se sentaran así. Es porque no se hablan, creo", indicó.

[302] El hecho de que estos grupos se auto-diferencien y se separen durante las reuniones de *Oportunidades*, puede interpretarse como una muestra de segregacionismo.

Casi todas las señoras vienen acompañadas por uno o dos niños menores de cinco años, de tal modo que en la reunión hay más niños que madres de familia, lo que ocasionará algunos inconvenientes para el buen desarrollo de "la plática": el llanto superpuesto de varios niños, el escándalo de los juegos infantiles, los gritos, los regaños de las madres a los hijos, algún niño que corre y se cae y se golpea la frente y rompe en berridos y pataleos, etcétera.

Angelina y Claudio conversan en voz baja, esperando a que lleguen los miembros del *Comité de Oportunidades* (todos hombres).[303] Una vez que los miembros de dicho comité entran al recinto y toman asiento en el suelo polvoroso, dará comienzo la sesión.

"La plática" empieza con el saludo del enfermero Claudio a las beneficiarias, "Buenos días, señoras", e inmediatamente después se apresta el pase de la lista de asistencia. Si alguna mujer no contesta al llamado, Claudio pregunta a las demás señoras si acaso saben la razón por la que la ausente no ha acudido a "la plática". Si nadie sabe nada se le pone inasistencia y se pide a Ofelia, la promotora de *Oportunidades*, que se encargue de averiguar la razón por la que ha faltado la mujer. En ocasiones, cuando alguna de las titulares (es decir, la madre de familia) no puede asistir –casi siempre el argumentos es algún problema de salud-, manda a una hija o hijo mayor -o inclusive en casos necesarios, al esposo- quien la sustituirá durante "la plática".

El salón de clase se inunda por un rumor *in crescendo* de las voces de mujeres que platican con la compañera de pupitre. Por momentos el rumor llega al escándalo, lo que impide escuchar la voz de Claudio pasando lista. Después de gritar 56 nombres, el enfermero elige a cuatro mujeres que se encargarán de la limpieza del salón al finalizar la reunión.

Claudio comentó al etnógrafo que antes cuando faltaba alguna mujer titular del programa, normalmente él le ponía su asistencia a "la plática", "para que no pierdan su beca, ese dinerito les ayuda bastante, la verdad". Pero recientemente la supervisora del programa ha llamado fuertemente la atención del enfermero por esta situación "irregular", ya que a decir de sus superiores, "la gente tiene que poner algo de su parte, tienen que asumir su compromiso", así que ahora se verá obligado a ser más estricto con la lista de asistencia. Se acabaron las concesiones.

Después de pasar la lista Claudio suele dar alguna información general sobre el programa, por ejemplo, cuándo serán las fechas de vacunación o de toma de frotis para el estudio de *Papanicolaou* o "la plática" para los adolescentes, etcétera.

[303] Las funciones de dicho comité no me fueron explicadas con claridad, simplemente que "se dedican a ver que el programa se lleve a cabo", en palabras del enfermero Claudio. En los documentos normativos del programa no encontré alusión al *Comité de Oportunidades*.

En esta ocasión Claudio informará sobre los acuerdos que recientemente suscribieron el personal de la clínica y los supervisores zonales del programa *Oportunidades*. Claudio da inicio a la lectura de las minutas con el inconfundible estilo del lenguaje burocrático. Se abordan tres puntos: vacunación, nutrición y asuntos generales del programa *Oportunidades*. Sobre el primer punto, Claudio lee: "se debe limpiar el refrigerador por lo menos una vez a la semana, porque los frascos de biológico se pueden echar a perder, por lo tanto, el día lunes de cada semana se deben lavar con agua y jabón….", etcétera. El caso es que el documento al que da lectura en enfermero Claudio no dice nada relevante para las mujeres, no viene al caso, ¿qué les importa a las beneficiarias del *Oportunidades* que las enfermeras limpien el refrigerador y acomoden el biológico cada lunes o lo hagan el jueves?

Todos los comentarios que hacen Claudio y Angelina giran alrededor de los registros, los papeles, los reportes. Es una especie de *mística burocrático administrativa*. ¿Por qué pesar a los niños? "porque se tienen que registrar", ¿Por qué las mujeres deben decir que están embarazadas?, "porque eso va en el informe", ¿Por qué vacunar a sus niños?, "para ponernos al corriente con las metas". O sea, el objetivo es el llenado de formatos, el impacto esperado no pasa del escritorio de algún jefe que firma documentos con una sonrisa complacida. Lo importante es el registro.

Después de esta introducción burocrática que ha consumido 45 minutos, inicia "la plática" del día propiamente dicha. El tema de hoy es "el VIH/SIDA".

> "¿alguien sabe que es el *veihache* sida?, ¿eh?, ¿alguien sabe?... ¿no?.... ¿nadie?.... a ver, ¿quién sabe?... a ver, a ver… ¿acuérdense?... ¿quién lo sabe?", pregunta el enfermero. Todas las mujeres permanecen en silencio.

Claudio coloca el rotafolios que le servirá de guía para la plática sobre la mesa frente a la audiencia de mujeres y, apoyado por los dibujos sin color y las guías textuales de las láminas, empieza a exponer el tema. Los enfermeros no han preparado previamente el tema ni las dinámicas que emplearán durante "la plática". Simplemente consultan su programa, donde se especifican los temas que deben abordarse en cada fecha, y toman el rotafolios que corresponde.

Durante aproximadamente una hora, Claudio expone el tema en un aburridísimo monólogo en castellano, mantiene poco o nulo contacto visual con su auditorio, ya que la mayor parte del tiempo se encuentra observando y leyendo las láminas del rotafolios, porque es evidente que el enfermero no domina el tema que ahora expone. Cuando Claudio necesita un breve descanso para

aclarar o refrescar su garganta con un poco de refresco tibio, pide a Griselda, la auxiliar de salud, que haga una traducción de lo que él ha expuesto. Entonces, en dos o tres minutos, Griselda intenta traducir lo que Claudio ha dicho durante los últimos quince o veinte minutos. La enfermera Angelina se mantiene en todo momento sentada detrás de la mesa, en silencio, soporosa, dando vuelta a las láminas del rotafolios, con los párpados pesándole más y más y más a cada minuto.

En el salón se empieza a elevar la temperatura y las mujeres del auditorio, poco a poco empiezan a ser víctimas de un letargo difícil de sobrellevar. Los lactantes desesperan y lloriquean. Los niños y niñas más grandes se dedican a gastar sus energías en juegos chuscos y escandalosos en el fondo del salón. Algunas mujeres tratan de evitar el sueño platicando con la compañera de pupitre. Es común que las mujeres cedan al aburrimiento y al bochorno, dormitando en sus asientos.[304]

Durante la plática Claudio dijo varias imprecisiones o errores crasos, aunque, para fortuna del enfermero, sólo el etnógrafo pareció reparar en ellos. Por ejemplo, en una ocasión mencionó que "en ningún trabajo es requisito tener sida para que nos den el empleo" (probablemente quiso decir que en ningún empleo pude haber un requisito de que el solicitante del trabajo se haga una prueba de detección de VIH). Con esta breve e involuntariamente bufona acotación del enfermero, el etnógrafo logró regresar del letargo en que el calor y el aburrimiento lo querían sumergir.

Sin duda, el personaje principal durante "la plática" fue el enfermero Claudio. Ninguna de las mujeres beneficiarias, ni Angelina la enfermera, participan en "la plática", aunque en ocasiones Claudio hace alguna pregunta al auditorio, por ejemplo: "¿quién sabe cómo se transmite el VIH/SIDA?", cuestionamiento que invariablemente se topa con la indiferencia y el mutismo por la falta de atención de la concurrencia. Es Claudio quien habla la mayor parte del tiempo y quien se encuentra al frente y sobre la plataforma del salón. Las beneficiarias no suelen tener mayor participación que el hecho de estar presentes. Es raro que alguna mujer haga algún comentario o pregunta, pero si lo hace suele ser sobre alguno de los aspectos referentes a las reglas burocráticas del programa: cuándo va a ser la próxima reunión, que si pueden cambiar su cita por tal motivo, que si pueden faltar, etc. Sus inquietudes se centran en permanecer recibiendo el dinero que otorga el programa. El tema de "la salud", la "alimentación" o la "educación" no es parte de sus inquietudes.

[304] En todas las pláticas a las que asistió, el etnógrafo pudo comprobar que después de quince minutos de iniciada la exposición del enfermero más de la mitad de las mujeres se encontraban dormidas y otras tantas luchaban contra la pesadez de sus párpados. El etnógrafo mismo padeció dichos efectos.

La reunión resulta un acto estéril (desde el punto de vista de la promoción de la salud o de la educación para la salud) y sumamente aburrido. Sin embargo, desde el punto de vista de la mística burocrática la reunión ha sido un éxito en tanto se ha cumplido con la misma, recetando el rollo que se tenía programado, contando con la participación de casi todas las beneficiarias. Está registrado, aunque ninguna mujer haya puesto atención a los contenidos del monólogo.

La reunión tuvo una duración de hora y media. Claudio comentó al etnógrafo que en esta ocasión la reunión fue muy breve, ya que en otros momentos dura más de tres horas.

Los auxiliares tienen un papel completamente pasivo. Su participación se limita a la traducción, misma que no se hace de manera sistemática, sino sólo cuando el enfermero lo considera necesario. Normalmente éste habla por unos cinco o diez minutos y luego pide al auxiliar que haga una breve traducción, misma que suele ser de mucha menor duración (un minuto o dos quizá). No hay ninguna preparación previa de los temas entre los enfermeros y los auxiliares.

El ambiente está lleno de distracciones, principalmente el llanto y los juegos de los niños, las pláticas entre mujeres, el ruido de la carretera, los gritos de los niños que están en el patio de la escuela disfrutando del recreo.

"La plática" termina. Entonces, con una señal de Claudio, Angelina vuelve a pasar la lista y, una a una, las mujeres pasan a que les firmen su carné y a firmar o estampar su huella digital en la hoja de registro de asistencia. Antes de retirarse, cada una de las beneficiarias pregunta la fecha de la próxima reunión, a lo que Angelina contesta, "ahí está marcado en tu carné, madre".

En el presente capítulo se han discutido las prácticas de los actores involucrados en los encuentros médicos interétnicos, en el siguiente capítulo se exponen y discuten sus representaciones sobre el otro en el marco de los encuentros médicos.

CAPÍTULO CINCO: Las representaciones de los actores involucrados en el encuentro médico interétnico

Introducción al capítulo

En el Capítulo Dos de este texto se ha expresado la hipótesis de que en los encuentros médicos interétnicos que tienen lugar en los servicios públicos de salud en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas existen contenidos de estereotipo, prejuicio, discriminación y racismo, y que dichas valoraciones y las actitudes que le acompañan pueden emanar de cualquiera de los actores involucrados hacia el Otro: del prestador mestizo hacia el usuario indígena o del usuario indígena al prestador mestizo, etcétera, y que estas representaciones y prácticas sociales se erigirían como barrera para la accesibilidad a los servicios públicos de salud. En el presente capítulo se exponen y discuten las representaciones de los actores involucrados respecto al Otro y sus encuentros interétnicos. Las consideraciones derivadas de la revisión de estas representaciones sociales, al final de cuenta confirman y matizan las dos primeras hipótesis planteadas en el estudio.

En primer lugar, se presentan las representaciones de los trabajadores de salud mestizos. Se ha tratado de develar la trama de los distintos prejuicios y estereotipos que los trabajadores de salud mestizos han construido alrededor del indígena, y se diserta sobre los sentimientos de zozobra, de temor y de vulnerabilidad que experimentan los trabajadores de salud inmersos en el ámbito indígena.

En un segundo apartado se encuentran las representaciones del *jloktor ja'jchi'iltik*. Se exponen principalmente las opiniones que tiene el terapeuta sobre los médicos mestizos que laboran en el contexto regional, pero también se ilustra sus representaciones sobre "la medicina", los fármacos, los pacientes y los *j'iloletik*.

Al final se plasman las representaciones de la población indígena sobre los médicos mestizos y los *jloktoretik ja'jchi'iltak.* Se brindan explicaciones de las opiniones de los lugareños indígenas respecto a los servicios de salud institucionales y su personal, intentando contribuir a la comprensión del porqué la baja utilización de los servicios de salud públicos y a qué se debe el evidente éxito de los *jloktoretik ja'jchi'iltik*.

1. Las representaciones de los trabajadores de salud mestizos

Prejuicio y estereotipo sobre los indígenas

A través de los discursos de los trabajadores de salud mestizos se detectan representaciones heterogéneas respecto a la población indígena. Debe recalcarse el carácter múltiple de estas representaciones, pues llegan a ser incluso contradictorias en una misma persona en distintos momentos del discurso. Las interpretaciones contrapuestas son frecuentes. Se puede decir, por ejemplo, que los indígenas son "buenos" y, al mismo tiempo, son "malos"; que son "sabios", pero también son "tontos"; que son "humildes" y que son "soberbios". Aquí se ofrecen y discuten las representaciones de trabajadores de salud mestizos sobre la población indígena de Los Altos de Chiapas. Estas imágenes constituyen prejuicios (literalmente "juicios prematuros"), opiniones preconcebidas y arbitrarias dirigidas al "grupo socio-racial" implicado: los indígenas de Los Altos de Chiapas.[305] Estos prejuicios se levantan como opiniones dogmáticas y, normalmente, desfavorables respecto a todos los indígenas y, por extensión, a los miembros individuales del grupo: el indígena (Billig, 1984:575-76, también véase Capítulo Dos de esta misma obra). Las imágenes prejuiciadas halladas en los discursos de los trabajadores de salud mestizos se han perpetuado dando lugar a los 'estereotipos' que se presentan y discuten a continuación.[306]

Estereotipo 1: el indígena estúpido e ignorante[307]

Algunos de los estereotipos que asumen los trabajadores de salud mestizos, representan a los originarios como individuos de mentalidad pueril, ignorantes o francamente estúpidos (faltos o escasos de entendimiento o de razón; de menor capacidad intelectual). Al respecto, algunos médicos y enfermeras me comentaron:

---

[305] Ya se ha discutido la dificultad de definiciones precisas para el adjetivo "indígenas" (Primera Parte de esta obra). En el Capítulo Dos se explica la conveniencia de adoptar el término "grupo socio-racial".

[306] Merece la pena aclarar que los estereotipos aquí presentados son una construcción hecha por el autor a partir del análisis de las entrevistas realizadas al personal de salud y de la observación directa durante el trabajo de campo. Por supuesto, la responsabilidad por lo expresado en el texto es completamente del autor.

[307] Witold Jacorzynski (2004b:179-83) - en un texto sobre filosofía y antropología de las relaciones hombre / ambiente- dedica una hábil discusión teórica a diversos mitos sobre el indígena, entre ellos el mito del indígena ignorante desde el punto de vista del eurocentrismo (en realidad, desde cualquier etnocentrismo). La exposición de Jacorzynski, elegante y persuasiva, señala que el mito de la inferioridad del indígena ignorante se fundamenta en errores de varios tipos, y, al final de cuentas, "la concreción del 'indio' 'inferior', 'ignorante' es tan vaga, ingenua, parcial e incoherente como la concreción de 'europeo', 'desarrollado' y 'sustentable'" (Jacorzynski, 2004b:183)

"…las gentes indígenas son un poco *lentas*, a veces les explicas una cosa y se quedan como *tontitos*, pero aunque sientas la desesperación, de todos modos no hay que desesperarse. Hay que explicarles otra vez y otra vez, hasta que ya *medio te entiendan*." (Entrevista a la enfermera Angelina Valdivieso, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

En esta cita los indígenas son definidos como "un poco lentos" de entendimiento y de aspecto abobado ("se quedan como tontitos"), *ergo*, los indios son tontos o estúpidos. Ante la necesidad de alguna explicación que deba ser dada a estos individuos, por ejemplo sobre las prescripciones terapéuticas procuradas en la consulta médica, el trabajador de salud mestizo no aspira a que el paciente originario consiga la comprensión plena de lo que se le expone; se prevé que éstos únicamente alcanzarán un entendimiento aproximado, no comprenderán, sino que se quedarán en la medianía, "medio comprenderán". Pero esta situación no extraña, pues, según se desprende siguiendo el mismo razonamiento, estos seres –los indígenas- poseen una notable torpeza para entender cualquier cosa, les falta inteligencia.

"Pues la principal diferencia es *la educación*. Como que la gente indígena pues es *menos educada*, ¿no?, y pues por lo mismo, el trato con ellos es más difícil" (entrevista a la enfermera Lila Berlanga, septiembre del 2003).

"Yo veo que aquí el principal problema es *la gran ignorancia de la gente*. La ignorancia de la gente *y sus canijas costumbres*" (entrevista a una médica mestiza originaria de San Cristóbal de Las Casas que realiza la pasantía en una unidad de salud del ISECH en Los Altos de Chiapas, octubre del 2004).

Por otro lado, también se conviene que los originarios tienen una "menor educación" y esta circunstancia dificulta el trato con ellos. Son "gente ignorante", de costumbres bárbaras conforme a su grosera rusticidad. Para algunos trabajadores de salud mestizos, ese sería "el principal problema". Las palabras exasperadas de la médica pasante arriba citada, "yo veo que aquí el principal problema es la gran ignorancia de la gente", no sólo descubren los recónditos dones de la doctora para la diagnosis social, sino que develan la representación profunda de lo abrumador que resulta el supuesto oscurantismo que sumerge a los indígenas en la ignorancia. Se avista entonces que el originario no sólo es escaso de inteligencia (estúpido, pues), además es ignorante, no tiene noticia de las cosas y saberes que consiguen rescatar de las tinieblas del salvajismo aún al más bruto de los seres. Los indígenas no tienen conocimiento.

Lidiar con la ignorancia del aborigen amerita un proceder directivo de parte del trabajador de salud, a quien se le impone la tarea de educarlo. Tal como un niño necesita la guía y enseñanza de algún adulto maduro, el indígena requiere de la tutela del médico o enfermera mestizos, quienes lo conducirán, cual piadoso pastor, por el camino angosto de la civilización, porque saben que anchuroso es el camino de la barbarie, tal como lo es el sendero de los infames y los inicuos. El doctor Benito Pilicastro, conversando sobre la labor de las enfermeras de campo, ilustra lo anterior:

"(sería bueno) que hicieran visitas a las casas, para enseñarle a la gente a preparar la papilla que manda el Instituto de Nutrición, que *les enseñaran a los indígenas desde cómo agarrar la cuchara*…." (Entrevista al doctor Benito Pilicastro, Llano Aguacatal, julio del 2003).

La licenciada Guillén no se queda a la zaga en la glosa de su labor misionera y comparte algunas reflexiones respecto a las barreras que ha topado en sus empeños educativos entre los nativos:

"Pues a míi sí me hubiera gustado convivir más con *la gente indígena*, *enseñarles un poco más*, pero como *los pobres no pueden hablar*, no entienden el español –el castilla, como le dicen-, pues *aunque quisiéramos unirnos, no podíamos*" (entrevista a la química Bilma Guillén, septiembre del 2003).

La necesidad de educar al indígena -de cambiarlo, de modernizarlo, de llevarle las buenas nuevas de la civilización-, es un acto de espíritu misionero. Esta tarea debe empezar por la enseñanza de la lengua española y algunas habilidades básicas, como agarrar la cuchara para comer la papilla que manda el Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y la Nutrición (INCMN) para beneficio de "la gente indígena".

Esta condición de inferioridad intelectual del indígena estúpido e ignorante provoca dolor y aflicción entre el personal de salud mestizo. Punza hasta las entrañas advertir que los indígenas carecen de conocimientos básicos -empezando por la lengua española- que les garanticen cierta calidad en su infausta vida. La expresión desgarradora, "los pobres no pueden hablar, no entienden el español", no sólo revela la angustia de quien lo expresa, sino que denota el reconocimiento de la falta de idioma de "los otros", que no poseen lengua legítima, "no hablan un idioma verdaderamente humano […] Los bárbaros balbucean o son mudos" (Jacorzynski 2004b:181).

"… pero el problema no sólo es la lengua, ojalá fuera sólo eso, el problema es cultural, es inmensamente cultural. Aunque hablaran perfectamente el español, no podría uno darles a entender cosas muy sencillas, muy simples, por falta de educación, por falta de conocimientos básicos en general (…), falta de educación. (Por ejemplo, los indígenas) no saben lo que es el corazón, mucho menos cuando uno quiere explicar una enfermedad mucho más difícil. Aunque uno intente explicar con manzanitas y piedritas y palitos, es difícil que las personas lleguen a entender. Es muy difícil, muy, muy difícil. Uno puede decirles: 'tu sangre no está bien', y no entienden, simplemente no entienden" (Entrevista con el médico pasante mestizo de un centro de salud del ISECH en Los Altos de Chiapas, noviembre 4 del 2004).

Pero las pretensiones y diligencias de médicos, enfermeras y apóstoles de cualquier traza, por educar a los indígenas es una tarea "muy, muy difícil". No bastaría siquiera con el remoto caso de poseer una lengua común, que, por supuesto, debería ser el español. El médico arriba citado considera que "el problema es inmensamente cultural". Aunque el doctor no define a qué se refiere por "problema cultural", nos brinda algunas pistas; parece que por "cultural" el galeno se está refiriendo a los conocimientos y la escolaridad (o educación formal) de los individuos. Así, a partir de sus condiciones "culturales", a los indígenas no se les puede "dar a entender cosas sencillas" (¡ni caso tiene hablar de cosas complejas!), porque "les falta educación", "conocimientos básicos". A los indígenas les hace mucha falta saber, por ejemplo, "qué cosa es el corazón", un dato, sin duda impresionante que refrenda una vez más el acierto y sabiduría contenido en los refranes populares, en este caso concreto se apunta al primer segmento de aquel adagio que dice, "nadie sabe lo que tiene", porque la segunda parte de la sentencia señala, "hasta que lo ve perdido", pero en el caso que comentamos no es aplicable esta secundaria porción del refrán, pues en primer lugar es realmente difícil perder el corazón (literalmente hablando, pues claro está que en la metáfora todo es posible), pero si así llegara a ocurrir, difícilmente el individuo "descorazonado" tendría la ocasión y la inspiración suficiente para caer en la cuenta, "¡he perdido el corazón!, ¡no sabía lo que era mío!". Bueno, pues sin esa información básica que no poseen los indígenas, es muy difícil hacerles entender qué es lo que sucede en la mecánica y los procesos bioquímicos de sus cuerpos; y aunque el médico trate de explicarles con la simpleza que se emplea al dirigirse a los niñitos –"con manzanitas, piedritas y palitos"-, los indígenas simplemente no entenderán.

La reacción esperada (la *disposición*) frente al indígena estúpido e ignorante debe ser de un trato compasivo, piadoso:

"Por el hecho de que sea indígena es como que lo haces a un lado y lo tratas *como si fuera un animal... a veces* ¿no?, y no debe ser así, *debemos ser humanitarios*" (entrevista a la enfermera Lila Berlanga, septiembre del 2003).

Al unísono con la enfermera Berlanga, ¡claro que no debe ser así!, o sea, contribuir al agravio del indígena, por ejemplo al hacerlo a un lado y tratarlo "como si fuera un animal", aunque sólo sea "a veces". Este trato al que hace referencia la enfermera es lo que llamaríamos "discriminación"[308], "un trato desfavorable a causa de los prejuicios o estereotipos". Por el contrario, el comportamiento esperado, las prácticas a que deben inclinarse los corazones de médicos y enfermeras mestizos deben ser "humanitarias", benévolas hacia los naturales[309]; mayormente cuando se reconoce que su estado de inferioridad intelectual no es algo irremisible, aunque sí "muy, muy difícil" de cambiar.

Los trabajadores de salud reconocen que el indígena, en tanto mimbros de la especie *Homo sapiens sapiens*, está (posiblemente, según se desprende de sus propios alegatos) dotado de la misma capacidad de raciocinio que el resto de los miembros de la especie humana. Conversando respecto a la capacidad intelectual de los indígenas, la enfermera Berlanga comentó:

"Yo creo que *todos los humanos* tenemos la misma capacidad *¿no?*, *y también los indígenas*. *Hasta un indígena* puede ser más inteligente que yo, que estoy aquí (como enfermera)..." (Entrevista a la enfermera Lila Berlanga, septiembre del 2003).

La enfermera Lila considera que "todos los humanos tenemos la misma capacidad (intelectual)", aunque al oír sus propias palabras duda por un momento, "¿no?", pero se sobrepone y concluye su enunciado, "y también los indígenas". Esta oración puede entenderse de dos maneras. Por un lado, parece que en la enunciación "todos los humanos", la enfermera incluye al entrevistador en tal categoría (menos mal), pues se refiere a la primera persona del plural: nosotros ("tenemos"); pero no queda muy claro si la enfermera también incluye a la población indígena en la clasificación "todos los humanos", pues se utiliza la tercera persona del plural ("ellos") para referirse a "los indígenas". Se hace pues la distinción de "nosotros" y "ellos" cuando se refiere a la condición

[308]. Véase subtítulo "Estereotipo, prejuicio, discriminación y racismo. Definiciones", en el Capítulo Dos de esta misma obra.
[309]. Lo cual, en sentido estricto, también es discriminación, de la llamada "discriminación positiva". Véase subtítulo "Estereotipo, prejuicio, discriminación y racismo. Definiciones", en el Capítulo Dos.

humana. Así, la oración podría leerse de la siguiente manera: "nosotros los humanos, pero también los indígenas, tenemos la misma capacidad intelectual".

Otra forma de entender la oración –quizá es el sentido que quiso expresar la enfermera- podría ser, "todos los humanos tenemos la misma capacidad intelectual, incluyendo –por supuesto- a los indígenas". En este caso, se señalaría la categoría "indígenas" para reafirmar su inclusión en el conjunto "todos los humanos", pero subrayando, al mismo tiempo, sus particularidades, pese a las cuales poseemos "la misma capacidad" intelectual.

Tomando esta segunda interpretación de la oración de la enfermera Lila Berlanga, se puede decir que la capacidad intelectual es una disposición contenida equivalentemente en la esencia de todos los humanos –indígenas y no indígenas-; de allí podría resultar que "hasta un indígena" fuera "más inteligente" que la enfermera. Sin embargo, la forma en que se estructura la oración, "hasta un indígena puede ser más inteligente que yo", deja la impresión de que esa sería una posibilidad remota, mas bien excepcional (desde el punto de vista de la propia entrevistada). Entonces, la regla pareciera seguir el sentido del razonamiento: "aunque todos los humanos tenemos la misma capacidad intelectual, los indígenas suelen ser menos inteligentes que yo, aunque alguno, eventualmente, podría ser más inteligente que yo".

Siguiendo un camino afín, la licenciada Guillén explica:

"…Bueno, como son indígenas, como están muy aislados pues no, no saben ni que cosa es la *oncocercosis*, la *leishmaniasis*, y yo titubeaba en decir, '¿cómo les digo, o con que otro nombre?,' y por eso *les explique* […] ya *con otras palabras que ellos sí pudieran entender*" (entrevista a la química Bilma Guillén, septiembre del 2003).

La licenciada en química, farmacología y biología (*químico-farmaco-bióloga*), Bilma Guillén –quién realizó estudios de licenciatura en la Universidad Autónoma de Puebla durante cuatro años-, considera que los indígenas, por estar "muy aislados", no poseen los conocimientos de "la cosa" que es la *oncocercosis*[310] o la *leishmaniasis*[311]. Su aislamiento los hace ignorantes de "ciertas cosas"

[310] La *Oncocercosis*, también conocida como "ceguera de los ríos", es una enfermedad causada por infección del helminto (gusano) *Onchocerca volvulus*. Este gusano se transmite al hombre a través del piquete de especies del mosquito simúlido (*Simulium sp*). La *oncocercosis* se manifiesta en forma de nódulos subcutáneos (bolas fibrosas), principalmente localizados en la cabeza, el cuello, los hombros y la espalda. En estos nódulos se siguen produciendo larvas del gusano. Si estas larvas llegan al tejido ocular y al humor acuoso causarán daño al parénquima del ojo produciendo reacciones inflamatorias, opacidad corneal y ceguera. En México la *oncocercosis* es endémica de la región del Soconusco, Chiapas, y en la región norte de Oaxaca.

más o menos habituales para el químico-fármaco-biólogo que trabaja en un contexto microbiológico como el de Chiapas. Siguiendo el argumento de la licenciada Guillén, podríamos decir que el aislamiento de los indígenas contribuye a su desconocimiento sobre las técnicas de ingeniería genética que permiten la manipulación de ácido desoxirribonucleico y promueve sus tinieblas sobre los sistemas de circuito dobles en reactores nucleares de agua a presión. Es por demás decir que dicho argumento resulta nulo, pues los conocimientos técnicos a que hace referencia la licenciada son propios de personas instruidas en parasitología y de ninguna manera se trata de conocimientos difundidos entre poblaciones "no aisladas".[312]

Estos son, a grandes rasgos, algunos de los contenidos de la imagen del indígena como un individuo estúpido o ignorante, entre las representaciones de los trabajadores de salud mestizos entrevistados. No perdamos de vista este estereotipo, pues la supuesta deficiencia de capacidades intelectuales ha sido una de las principales particularidades en las que se han asentado las argumentaciones racistas -se dice que existe una correspondencia entre atributos biológicos (patrimonio genético) y las capacidades de intelecto de los individuos del grupo racial-. El punto se tocará nuevamente en las conclusiones que se presentan en el Capítulo Seis.

Estereotipos 2 y 3: el indígena humilde y bienhechor versus el indígena salvaje y malvado

Además del indígena como estúpido e ignorante, existe una representación dicotómica y opuesta que emerge de los discursos sobre los indígenas entre los trabajadores de salud mestizos. Por un lado está el estereotipo del indígena como un individuo esencialmente dispuesto a la sencillez, a la mansedumbre y a las buenas obras. A este estereotipo lo denomino del "indígena humilde y bienhechor". Al respecto, la química Bilma Guillén indica:

---

[311] *Leishmaniasis* se refiere a las enfermedades causadas por la infección de *protozoos* de la especie *leishmania* (*donovani, mexicana, braziliensis braziliensis, braziliensis peruviana, tropica,* entre otras) y transmitida por mosquitos flebótomos. Las manifestaciones de la enfermedad pueden ser viscerales, mucocutáneas o cutáneas. En el sureste de México, especialmente en la selva de Chiapas, se presentan casos de lesiones cutáneas (en la cara, principalmente) causadas por *L. mexicana*.

[312] Utilizo el término "poblaciones no aisladas" sólo como antónimo del término empleado por la licenciada Guillén (cuando se refiere al "aislamiento" de la población indígena) sin referirme a ninguna definición de dichos términos, pues la misma entrevistada no define a que se refiere por "el aislamiento de los indígenas".

"Por lo poquito que he hecho aquí, yo siento que la relación sí ha sido buena. Más con los indígenas que *son gente más humilde* y sí, realmente sí *te estiman*. *Son gentes muy buenas*, la verdad, lo que sea de cada quien" (entrevista a la química Bilma Guillén, septiembre del 2003).

La licenciada Guillén no tiene dificultad alguna para reconocer y afirmar que los indígenas son personas "muy buenas" y "más humildes". Aunque no define a qué se refiere con dichas expresiones, puede decirse en general que ambas cualidades citadas son tenidas en alta estimación por la sociedad. Cuando se habla de una persona buena se hace referencia a alguien que obra algo que posee un valor positivo y que es estimable: el bien. Pero el indígena no solo es bueno, "es muy bueno", es decir, su inclinación es hacia las cosas valoradas como muy positivas, cosas muy buenas. Y también el indígena es un hombre humilde, no entregado a la corrupción inherente a la vida moderna,[313] es un virtuoso de la medianía y la moderación.[314]

La enfermera Lila Berlanga expresa sus representaciones respecto al indígena humilde y bienhechor.

"La gente que es indígena es más… ¿cómo te explico?... es más… es menos problemática, es más... yo la siento pues *más cariños*a de a tiro. *Te agradecen* más ellos que la gente ladina" (entrevista a la enfermera Lila Berlanga, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

El indígena humilde y bienhechor manifiesta su afecto y agradecimiento hacia los trabajadores de salud ("más" que los mestizos malagradecidos).

Algunas expresiones recogidas que han sido utilizadas para referirse a los indígenas ilustran esta representación que se tiene de ellos como humildes, bondadosos y bienhechores: "son *gente*

[313] El filósofo francés Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) desarrolló la tesis que defiende que el hombre "en estado primitivo" (haciendo alusión a las sociedades indígenas o no europeas) es superior en el plano moral (es bueno o más bueno o menos malo) que "el hombre civilizado" (o perteneciente a la llamada cultura occidental). El estereotipo del indígena como humilde y bienhechor tiene semejanzas con la idea "romántica" de Rousseau, en tanto que ambas exaltan la superioridad moral del "indígena" por el hecho de pertenecer a una cultura no occidental (con esto no afirmo que todos los indígenas de Los Altos de Chiapas se identifiquen o no con la llamada cultura occidental). Cabe notar, sin embargo, que Rousseau, por lo menos en su *Discurso sobre las ciencias y las artes,* declara que considera que "todos los hombres son perversos. Peores serían aun si hubieran tenido la desgracia de nacer sabios" (Rousseau, s/f:188).

[314] "La sabiduría antigua desconfiaba de la desmesura, lo desproporcionado, el exceso. Esta desconfianza llegó a convertirse en un elogio de la medianía y la moderación", escribe Gabriel Zaid (2004:48), otorgándonos pistas para entender la posible virtud que envuelve la representación de la humildad en el indígena. "Aristóteles define la virtud como el justo medio entre dos extremos. Horacio celebra la dorada medianía. Séneca engrandece el desprecio a la grandeza: 'Es de gran ánimo despreciar las cosas grandes y preferir lo mediano a lo excesivo'" (Zaid, *op. cit.*)

sencilla", "todavía *no están maleados*", "son *muy honrados*", "es *gente sana*", "deberíamos estar orgullosos de ellos. Ya quisieran en otros países la riqueza cultural de *nuestros indígenas*".

Pero, al mismo tiempo que se enuncia esta imagen del indígena humilde y bienhechor, aparece trazado en un cuadro completamente opuesto y sombrío, representado como un bárbaro, un ser violento, orgulloso e inicuo. A dicho estereotipo lo nombro del "indígena salvaje y malvado".

"Usted podrá convivir con los indígenas y ji, ji, ji, ja, ja, ja, y lo que usted quiera, pero nunca, nunca, nunca podrá usted confiar en ellos, ni ellos en usted. Nunca serán amigos. Para ellos usted siempre será un *caxlán.* Usted puede estar seguro que en el momento que se descuide tantito, ya le estarán haciendo daño a sus espaldas" (entrevista con el Dr. Benito Pilicastro, julio del 2003).

Adelante se ahondará sobre los sentimientos de temor de los trabajadores de salud mestizos ante su vulnerabilidad al laborar en el ámbito indígena regional. Este temor se fundamenta –por lo menos parcialmente[315]- en el estereotipo del indígena salvaje y malvado. La cita anterior revela la convicción del entrevistado de que no es posible que un mestizo se encuentre seguro entre los indígenas, pues estos últimos, cual auténticos salvajes, aprovecharán la menor oportunidad para cometerle algún daño. Y es que en el estereotipo, el indígena emerge como una persona esencialmente inclinada a cosas perversas y a la violencia.[316]

"…si entre ellos mismos (entre los indígenas), entre ellos solos se dan (agresiones), ahora imagínese con uno que no es de aquí. No'mbre, si a cada rato se andan matando de a gratis estos indios, pues" (entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003).

La imagen que proyecta el discurso del entrevistado dibuja el perfil de un ser irracionalmente impulsivo y violento. La expresión, "se matan de a gratis", transmite la idea del matar arbitrariamente, sin fundamento, simple y llanamente matar por matar, sin mayores explicaciones más que cometer el hecho criminal. Y la persona que perece habrá muerto de balde, sin razón, "de a gratis".

[315]. Menciono que el sustento es parcial porque no es posible negar las múltiples evidencias empíricas de tratos hostiles hacia los trabajadores de salud mestizos que laboran en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas.

[316]. Witold Jacorzynski (2002) ha realizado una compilación de estudios sobre la violencia centrado principalmente en la región tsotsil de Los Altos de Chiapas. El libro presenta ensayos y textos etnográficos sobre la violencia en la región que pueden ayudar a entender mejor el estereotipo del indígena como ser salvaje y malvado.

"…cuando (los indígenas) están bolos, o sea, casi siempre, ¿verdad?, siempre se terminan peleando. A penas supe de un caso de dos señores de aquí cerca. Eran amigos o hasta compadres venían siendo, creo. Andaban ya muy bolos y no sé que cosa le molestó a uno. Ahí agarró su machete y ¡bolas, trompudo!, le mochó la cabeza al otro. Así nomás, en la pura peda" (Entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003).

El indígena salvaje y malvado es, además, un vicioso, un alcohólico; "casi siempre" está "bolo", alcoholizado. En esas condiciones puede cambiar de parecer inesperadamente y la reacción alcanzar los extremos: de los convites y alegrías, a los machetazos sobre la cabeza.

Pero los indígenas son salvajes y malvados aún con su propia familia:

"(los indígenas) *son muy canijos*. Estando aquí de repente te enteras de cada cosa… por ejemplo, de que los hombres (indígenas) a cada rato andan golpeando a sus esposas. *Grandes golpizas* que les dan de una vez, no creas que cualquier cosa" (entrevista a la enfermera Angelina Valdivieso, septiembre del 2003).

"…con disculpas de la palabra, pero son unos *cabrones* con sus esposas. ¡Ay Dios!, *me da una muína* ver cuando les están repartiendo *Oportunidades*, viera'ste. ¡Ay Dios!, parece que hubo una balacera o no sé que cosa, de tantos hombres ahí tirados todos bolos. Y bueno fuera que nomás se quedaran ellos ahí tirados, todos *idiotizados*. Pero esos días cómo hay de pleitos. Y estaría re-bien que nomás entre ellos se dieran, pero no, no les basta. Llegan a su casa y le pegan a la pobre esposa, a las criaturas, que qué culpa, ¿verdad? Así son estas gentes, pues" (entrevista a la enfermera Mercedes González, septiembre del 2004).

La perversidad plasmada en el estereotipo es expresiva: hombres que beben alcohol hasta la embriaguez, que despojan del dinero (que otorgan los programas del gobierno) a sus esposas, que golpean a los niños y las mujeres, que toman el machete, que matan. Una imagen que provoca la furia, la indignación, "la muína", de la enfermera entrevistada, quien se disculpa al pronunciar la grosería que designa su resolución sobre los hombres indígenas: son unos cabrones.

Lejos de la humildad característica del indígena bienhechor, el salvaje también es un hombre soberbio y mal agradecido.

"… en ocasiones la gente ya no te viene a pedir, ahora te viene a exigir, 'Oye, quiero esta cosa', Metódicamente lo pide, '¡dáme tal!', y quizá vienen confundidos o mal informados, o simplemente no sé porque, pero siempre vienen nomás a pedirte, pues el gobierno lo tiene que dar y ustedes trabajan para el gobierno…" (Entrevista al odontólogo Mélvin Pérez, septiembre del 2003).

"la verdad, ya que uno los va conociendo, uno se da cuenta que, la verdad, hay unos bien ingratos" (entrevista al doctor Benito Pilicastro, Llano Aguacatal, julio del 2003).

El indígena salvaje y malvado, además de ser ruin y violento, también quiere imponer sus nefastas reglas en el breve espacio que presiden los trabajadores de salud. Ahora exigen los servicios y los médicamentos, ya ni siquiera son agradecidos, no reconocen los beneficios recibidos por parte del personal de salud.

La profunda contradicción entre estos dos estereotipos del indígena – humilde y bienhechor, por un lado; y salvaje y malvado, por el otro- dejan ver, de alguna manera, la compleja y obscura perspectiva que tienen los trabajadores de salud mestizos sobre la población indígena. A pesar de que para argumentar ambos estereotipos los entrevistados recurren a las pruebas empíricas, es evidente la confusión y el desconocimiento sobre "el otro". Las mismas pruebas empíricas utilizadas para argumentar uno u otro estereotipo, invalidan al contrario. Así, sus fundamentos se desbaratan. Estos dos estereotipos no pueden mantenerse juntos sin que se trastorne la razón. Sus argumentos son mutuamente excluyentes, lógicamente contradictorios.

Quizá es posible encontrar salidas a la dificultad señalada a partir de cuestionar la validez de los propios discursos: ¿se dice lo que realmente se cree? ¿Se cree que los indígenas son humildes y bienhechores o se cree que son salvajes y malvados? Sin duda, también puede (y quizá debe) hacerse una discusión epistemológica sobre estos hallazgos y la construcción de las categorías "estereotipos" a partir de los mismos, ¿cómo es que el autor recoge estos discursos?, ¿por qué concluye que se trata de prejuicios y estereotipos?, ¿cuáles fueron sus preguntas?, ¿qué preguntó y cómo lo preguntó?, ¿qué observó y cómo lo observó?, ¿cómo sistematizó y analizó los hallazgos?, ¿por qué los presenta de este modo? Pero esa es otra tarea y deberá ser abordada en otra ocasión.

Estereotipo 4: el Indígena mugroso

Otro estereotipo frecuente sobre los indígenas entre trabajadores de salud mestizos, es el que los representa como personas mugrientas, descuidadas en su higiene y aliño personal.

"(me decían) 'ay, no, yo no. Me da no sé qué hablarle o juntarme con aquella persona (indígena), porque *ya viste cómo huele de feo o cómo le resbalan los piojos*' [...] Y pues sí, realmente era así, porque *de diez solamente hay una persona limpia que barre y trapea su casa*; y los perros sarnosos están ahí conviviendo, y pues como no, a ellos (los

indígenas) se les pega la *sarna* también. No es un ambiente pues bien, ¿no?" (Entrevista a la química Bilma Guillén, septiembre del 2003).

La licenciada Guillén reconoce que entre los trabajadores de salud existe la imagen del indígena como un ser sucio, que emiten cierta pestilencia que no sólo ofende el sensorio olfativo, sino también la visión –"¿ya viste como huele de feo?"-; además están infestados de parásitos externos como liendres, piojos y el odioso *Sarcoptes scabiei* (ácaro responsable de la llamada *escabiosis* o *sarna*). Y sólo diez por ciento de ellos barren el piso (probablemente de tierra) de su casa.

"…por ejemplo, (otras enfermeras comentan) de que (los indígenas) son muy sucios, que hay veces que uno por nada debe de acercarse porque verdaderamente están muy *hediondos* y *piojosos*, pero yo pienso que no debemos ser así. Pues para eso estamos. Para atender a la gente *aunque vengan bien sucios*" (entrevista a la enfermera Lila Berlanga, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

Sin embargo, a pesar de la repulsa ante la hediondez y suciedad del indígena mugroso, el trabajador de salud debe soportar, pues "para eso está", su encargo es atender a los indígenas "aunque vengan bien sucios". Pero ello no debe ser un inconveniente mayor. Cuando el Dr. Benito Pilicastro me mostraba las instalaciones de La Clínica durante mis primeras visitas, se detuvo en un pequeño cuarto contiguo a la sala de urgencias. En la pared se apreciaba una regadera, "este es un bañito para los pacientes. Aquí se manda a bañar a la gente que de plano viene muy sucia a la consulta", me dijo entonces. Durante los meses que permanecí haciendo trabajo en la clínica, nunca observé ni tuve noticia de que, efectivamente, se hubiera enviado a alguien a lavarse en tal espacio.

El indígena en términos raciales

Cuando, durante las entrevistas realizadas a los trabajadores de salud mestizos, se preguntaba sobre aspectos biológicos o raciales referidos a la población indígena, las respuestas solían ser vagas, imprecisas, parcas. Una de las entrevistas habidas con la enfermera Lila Berlanga ilustra lo anterior.

- Entrevistador (Sergio): "Oye, Lila, ¿y tú crees que existe una diferencia innata entre la población indígena y la población no indígena?"
- Enfermera Lila: "mmmmh, ¿cómo?, ¿cómo?"

- Sergio: “O sea, al decirte diferencia innata me refiero a cuestiones biológicas…”
- Enfermera Lila: “Aaah. Pues yo creo que sí, ¿no?”
- Sergio: “¿Sí? ¿de qué tipo?”
- Enfermera Lilla: “… pues no sé. O sea, sí hay diferencia, pero así como que de qué tipo exactamente, pues no sé…”
- Sergio: “Entonces tú crees que sí hay diferencias. ¿Pero más o menos de qué tipo, que clase de diferencias?”
- Enfermera Lila: “pues no sé (se ríe). No sé...”

En ocasiones los entrevistados arrojaban algunas pistas que orientaban hacia sus representaciones respecto al indígena y al mestizo en términos raciales, aunque sin emitir juicios de valor a respecto (o sin que dichas valoraciones fueran muy claras):

- Enfermero Claudio: “Pues es que ellos como que son de una raza pura. Hablando pues de las sangres. O sea, no es como nosotros que ya tenemos mezcla con otras razas también. Principalmente con la española, la raza que nos vino de la gente de España. O sea, somos mestizos como quien dice, porque nuestros padres fueron españoles y fueron indígenas también. Sí”
- Entrevistador (Sergio): “Oye Claudio, ¿pero tú crees que esta diferencia a la que te refieres, la diferencia de raza como tú le llamas, crees que eso hace una diferencia muy grande entre los indígenas y los mestizos?”
- Enfermero Claudio: “Bueno, pues sí, siempre hay diferencia. O sea, en la forma de los ojos, en el color de la piel, en la estatura. O sea, si hay una diferencia…. *Ahora que no sé que decirte que es mejor, la verdad, porque supuestamente todos somos iguales*. Por otro lado habría que ver como es la cultura, porque no es lo mismo. Ahí también hay una gran diferencia” (Entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003).

Fue durante una conversación con el doctor Benito Pilicastro mientras el etnógrafo hacía sus observaciones en la consulta médica (misma que grababa en audio casete), cuando obtuvo alguna información reveladora sobre las representaciones del indígena en supuestos términos raciales. Había finalizado la consulta; el paciente que salía del recinto era un joven de 15 años de edad –acompañado por su madre-, que presentaba un cuadro diarréico de cuatro días de evolución, sin datos de deshidratación ni ningún otro tipo de complicación. El doctor prescribió tratamiento (vida suero oral, butilhiosina y trimetroprim con sulfametoxazol en tabletas). Cuando el joven y su madre han salido del consultorio, el galeno comenta:

- Doctor: “Ni parece de quince años ¿verdad?”
- Etnógrafo: “No, no. Se ve más chico”.

- Doctor: “Así es… ya ve, la mala vida que llevan pues. Es que aquí la alimentación no es muy buena, no es suficiente. Y además que ya ve que los indígenas *se casan entre ellos mismos*, y pues no hay *renovación genética, pa’ mejorar la raza*…”
- Etnógrafo: “mmmmh… doctor, usted dice que la población aquí suele tener menor estatura, y ahora que menciona lo de la raza y la alimentación, ¿usted cual cree que es el factor principal que predispone una talla baja?”
- Doctor: “…mmmh. No, pues yo creo que principalmente *la raza.* Es que ya *hay un deterioro genético*. Como la gente nomás se casa entre ellos mismos. Si acaso se van por la muchacha al pueblo de al lado, pero no más. Bueno, hay unos pocos casos en los que sí se han casado con personas de otros lados, pero son muy escasos. ¡Ah! Luego, luego se nota la diferencia. Aquí hay dos casos, uno de una mujer centroamericana que se casó con un hombre de aquí. Yo la vi y le dije, Oiga, ¿usted es de aquí?, ‘No qué, soy de Honduras’, me dijo, No, pos sí, se ve distinta, así como que me extraño, por eso le pregunté, le dije a la señora, ‘Pos sí doctor, no, pos yo no soy. Si soy de otro lado. ¿Cómo cree?’ Y hay otro caso de una señora del norte. Es de Durango, creo. Se casó con un señor de aquí que se fue a trabajar por allá, y pues ya se trajo a la mujer. Salió más abusado. Y se nota luego, luego con sus hijos la mejoría. Se les ve así íre (levanta el brazo flexionando el codo y mostrando el músculo bíceps), *ponchadotes, los ojos más claros, la piel blanquita, son mas altos*. Por ejemplo, la hijita, acaba de salir de la primaria, y es uno o dos años más chica que el resto de sus compañeritas, pero se ve del mismo pelo o hasta más alta”.
- Etnógrafo: “ahora que menciona lo de la escuela, ¿las diferencias raciales se expresan únicamente en el aspecto físico o también en otros aspectos, por ejemplo el aprovechamiento escolar?”
- Doctor: “Mmmh, bueno, pues también, también (duda)… O sea, estos niños pues van mejor en la escuela. Además entran en una edad más temprana, uno o dos años antes que los demás niños. Como a los seis, siete años. *Pero es que no sólo es la genética, también cambian las costumbres, los niños comen mejor, la mamá les da otros cuidados, o sea, como que se preocupa más por ellos*. Es que la mamá viene con *otra cultura y eso se nota*. Por ejemplo, la alimentación pues es mejor, más variada, con verduras, frutas; la limpieza, en fin. O sea, *se mejoran algunos hábitos, y pues también hay un refresco genético que pues mejora*”.

En esta charla con el doctor Pilicastro -que bordea los linderos del viejo debate sobre herencia y ambiente como determinantes de la conformación física, el comportamiento y las aptitudes del hombre-, se pone de manifiesto que, efectivamente, existen representaciones sobre los indígenas en términos raciales, y que estas supuestas diferencias biológicas son valoradas como inferiores al compararlas con otras pretendidas razas. El tema fue introducido por el galeno de manera casual, meditando a propósito de un joven de quince años con talla y peso bajos para su edad, desnutrido. El doctor explica la desnutrición a partir de dos hechos, por un lado, “la mala vida” y la deficiente alimentación (el ambiente), por otro lado, la carga genética o la herencia (“los indígenas *se casan entre ellos mismos*, y pues no hay *renovación genética, pa’ mejorar la raza*”). Sin

embargo, el factor de mayor relevancia para el menor crecimiento y desarrollo del joven es, a decir del doctor Pilicastro, el factor biológico, "la raza", "el deterioro genético". Y para afirmar su dicho, el facultativo recurre a la comparación; toma como ejemplo a los hijos de la señora *duranguense* que casó con un hombre de Llano Aguacatal y ahora vive en la localidad. Son niños más fuertes ("*ponchadotes*") en contraste con el joven débil y enfermizo que acaba de estar en el consultorio; de *"ojos más claros", "la piel blanquita"* (lo que, veladamente, también tiene una valoración positiva en las representaciones del galeno: la blancura), en contraste con la piel morena y el tono oscuro en el iris de los ojos del joven originario, y "*son más altos*", en contra de la menor estatura que tienen los indígenas.

Pero las supuestas diferencias biológicas no sólo se manifiestan en las características fenotípicas, sino que intervienen en las capacidades intelectuales, por ejemplo, en el rendimiento y el aprovechamiento escolares. Aunque el doctor Benito reflexiona y matiza que todo es influjo de la herencia, también el ambiente tiene su cuota de dominio, "no sólo es la genética, también cambian las costumbres", "los niños comen mejor" (alimentación), "la mamá les da otros cuidados" (cuidados maternos), "es que la mamá viene con otra cultura". Así, la explicación también comprende a los factores culturales, pero la clave reside en la biología, en "el refresco genético" que mejora la raza.

Recuadro Seis. Palabras utilizadas para referirse al paciente indígena

El personal de salud mestizo comparte algunas palabras que utiliza para designar a los usuarios y usuarias indígenas, y otras cuando se refiere a los usuarios y usuarias no indígenas.

Por ejemplo, a las mujeres indígenas suele llamárseles con los vocablos: "hija", "hijita", "madrecita". Aun cuando se trate de usuarias indígenas adultas o ancianas, el personal de salud las llama "hijas" o "hijitas", utilizando además la forma "tú" de la segunda persona del singular: "¿Qué te pasó hija?, ¿vienes al laboratorio? Pásale hija, ahí está la doctora".

La utilización de estas tres palabras generalmente se hace acompañado de un tono de voz suave, incluso meloso. Estas expresiones dejan la impresión de que transmiten cierto cariño, ternura y amor de quien las dice, a quien se designa. Pero, al mismo tiempo, parece que se le reconoce como alguien pueril, pequeño, inferior.

Durante las observaciones en el trabajo de campo, el etnógrafo se percató de que el personal de salud no se dirige con estas palabras cuando se refiere a las mujeres mestizas. Generalmente las llama por su nombre, precedidas por el vocablo "doña". Este término imprime un tratamiento de autoridad y respeto a quien se le asigna. El término realza, reconoce un rango social elevado. Además, la utilización del vocablo "doña", obliga a quien lo dice a dirigirse con la forma "usted" de la segunda persona: "Doña Fulana, ¿cómo está usted?"

A los hombres indígenas generalmente también se les llama utilizando la fórmula "usted", aunque en ocasiones se emplea la forma "tú".

Sentimientos de zozobra, vulnerabilidad y temor de los trabajadores de salud en el ámbito indígena

Un común denominador entre el personal de salud que labora en el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas es su sensación de indefensión y vulnerabilidad. "Aquí hay peligro de que te amarre la gente o que te pase algo", dice el doctor Pilicastro, afirmando la perturbación angustiosa del ánimo ante la posibilidad de sufrir un daño o lesión, "no vale la pena andarse arriesgando. Pero, pues ahora sí que la necesidad, ¿verdad?"

Todos los trabajadores de la salud entrevistados durante las actividades de campo del presente estudio coinciden en señalar esta posición de inseguridad, de recelo frente a la posibilidad del agravio físico o moral. Algunos hacen referencia a sucesos de los que han tenido noticia:

"Dicen que fue en 1995 o 1997, no me acuerdo, por allí en una comunidad de Larráinzar. Era la semana nacional de salud, creo, porque iban un enfermero y dos enfermeras vacunando a los niños. [...] De repente unos indígenas les taparon el camino. Los golpearon (a los trabajadores de salud) y violaron a todos, a las enfermeras y al enfermero. Ahí los dejaron tirados en el camino" (entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003)[317].

"En varias comunidades, los indígenas han amarrado a los médicos porque piensan que hicieron algo mal, porque no les gustó la consulta o porque no les dieron el médicamento que querían. Y a lo mejor tienen razón porque les den un mal servicio, pero no es para que amarren a los doctores, si no son animales" (entrevista al Dr. Benito Pilicastro, agosto del 2003).

"Me han platicado de médicos que los amarran y los hacen caminar descalzos por el monte, pero la verdad no sé si es cierto... a lo mejor sí, ora sí que no me interesa averiguarlo, ¿verdad?" (Entrevista con el odontólogo Mélvin Pérez, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

Algunos miembros del personal de salud refrendan la autenticidad de los relatos sobre ultrajes a médicos y enfermeras, narrando sus propias experiencias:

"Estuve tres años en las unidades móviles, en las brigadas -estaba por contrato, todavía no tenía la base -. Hacíamos visitas a varias comunidades de la región tsotsil. Una vez llegamos a una comunidad de Larráinzar. Ya

[317] Es probable que el enfermero se refiera al caso ocurrido el 4 de octubre de 1995, cuando tres enfermeras del ISECH que cruzaban por el camino que conduce a la comunidad de Tenlesotetic, Larráinzar, fueron emboscadas por más de veinte hombres armados, quienes las golpearon y violaron sexualmente en múltiples ocasiones (el caso se registra en Hernández Castillo, 1999, en Jacorzynski, 2002:108 y 109).

sabíamos que ahí no muy querían que llegarán los doctores, pero pues ese día fuimos […]. Estaban unos chavos jugando básquet en la cancha, pero cuando nos vieron llegar, se fueron luego, luego. Sólo quedó un señor. Yo fui a explicarle que veníamos de la secretaría de salud y qué es lo que queríamos hacer –queríamos aplicar vacuna a los niños-. Pero el señor sacó su machete y nos amenazó, nos dijo que nos fuéramos o que nos iba a matar. ¡Púcha!, nos fuimos por patas. ¡Qué vamos a andar regresando!" (Entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003).

"Ya era tardecito, fuimos a buscar al auxiliar y no lo encontramos, fuimos detrás de aquel cerrito […] Nos pusimos a tomar fotos, pues. Y salieron unos zapatistas, eso decían ellos pues, que eran zapatistas. Y empezaron a decirnos que qué hacíamos con esa cámara, que nos la iban a quitar, porque de boleto nos identificaron y nos dijeron 'ustedes no son de acá, son del gobierno', así nos dijeron […]. Afortunadamente uno de ellos ya había venido a consulta y nos reconoció, 'ah, sí, son los doctores', y por eso la libramos […]. Ya se nos quitó la maña de salir a caminar […], nos dio miedo" (entrevista con el odontólogo Mélvin Pérez, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

"…nos enteramos de una maestra de San Cristóbal que trabajaba en la primaria y también rentaba (un cuarto) en la comunidad. Un fulano trato de meterse a su casa en la noche; nomás que la maestra se puso a gritar y pues llegaron varias personas a ayudarla, y pues ya no pasó nada. Pero de todos modos pues el susto, ¿verdad? Ya la maestra pidió su cambio de plaza y se fue… Y fíjate que nosotras, luego en las noches, escuchábamos ruidos afuera de la casa, y pues sí nos daba miedo… pero nunca nos pasó nada, gracias a Dios […]. (Pero) nos empezó a dar un poco de miedo que nos fueran a hacer algo… Cómo aquí la gente no está acostumbrada a ver mujeres solas. Qué tal que un día se nos metía un borracho a la casa" (entrevista a la enfermera Angelina).

Los entrevistados identifican en la población indígena a quién dirigen los beneficios de su trabajo, el germen de la amenaza latente contra su seguridad e integridad física. En cada relato aparece el indígena o los indígenas como quienes ejercen el mal contra médicos y enfermeras. La narración del director de otra una unidad de salud de la región Altos, deja claro lo anterior:

"Íbamos varios médicos y yo en mi carro rumbo a Bochil, por el camino de Larráinzar a Puerto Caté. Era de día. […]. Adelantito de Tivó estaba tapado el camino con piedras. Nos salieron unos hombres con pistolas y rifles. Nos robaron […]. Estoy casi seguro que eran de la comunidad donde yo trabajaba, y si no eran de la comunidad, por lo menos me conocían, sabían quién era yo […]. Cómo sabían que íbamos a pasar por allí, por eso nos taparon el camino […]. Aquí por unos cuantos pesos te matan" (entrevista al Dr. Domínguez, octubre del 2004).[318]

[318] Esta entrevista fue realizada en octubre del 2004 en el marco del trabajo "Evaluación de la atención institucional de las urgencias obstétrica en Los Altos de Chiapas", dirigido por la Dra. Graciela Freyermuth en colaboración con el autor. "Dr. Domínguez" es un pseudónimo.

Los trabajadores de salud explican la posibilidad de ser víctimas de prácticas hostiles al considerar que la población indígena es intrínsecamente violenta, que es su modo habitual de proceder para resolver diferencias en apego a la tradición[319]:

"Es que tienen la pinche costumbre de amarrar a la gente. Hasta entre ellos mismos. Basta con que alguien diga que un fulano hizo algo –que le robó cualquier cosa o qué se yo- y ahí se va la bola y luego, luego lo amarran… Ah, pues fíjate, ahora que me acuerdo hasta a los de Telecom los han amarrado porque una vez se retrasó el dinero del *Oportunidades*, ¿cómo ves?, así de cabrones" (entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003).

Y difícilmente se encuentra otra posibilidad de resolver los malentendidos, pues, se piensa que el indígena es incapaz de debatir con argumentos, "[…] esta gente no entiende razones", "[…] así son sus costumbres".

Esta representación de desprotección produce en el médico que trabaja en el contexto indígena un estado de constante zozobra y angustia. Por un lado, reconoce en la población indígena que lo rodea una amenaza potencial a su integridad física, por otro, está al tanto de que su situación de terapeuta lo enfrenta a situaciones de mayores contratiempos. El trabajador de la salud sabe que en cualquier momento puede aparecer por la puerta de su consultorio una emergencia médica a la que habrá de enfrentarse sin más que sus habilidades clínicas y los limitados recursos materiales y farmacológicos de que dispone;[320] y sabe que su labor será juzgada tanto por los lugareños, como por las autoridades de salud (sus jefes inmediatos).

"si no lo atiendes (al enfermo) y se muere, mal; si lo atiendes y de todos modos se muere, mal. Es cierto que el médico puede tener una mala práctica o ser negligente, pero aunque uno haga las cosas bien, de todos modos siempre será el responsable, siempre está uno desprotegido… Y en esos casos esta gente no entiende razones" (entrevista al Dr. Benito Pilicastro, agosto del 2003).

[319] Véase arriba el subtítulo "Prejuicio y estereotipo sobre los indígenas"

[320] En el proyecto de "Evaluación de la atención institucional de las urgencias obstétrica en Los Altos de Chiapas" (*Op. cit.* 2004), se ha detectado carencias importantes de recursos para la atención básica de urgencias obstétricas. Por ejemplo, ninguna de las unidades de salud de primer nivel ubicadas en once cabeceras municipales de la región Altos dispuso de los médicamentos antihipertensivos indicados durante el embarazo (alfametildopa, hidralizina, sólo cuatro unidades contaron con nifedipino), únicamente en dos establecimientos se contaba con oxitocina y ergometrina (para el tratamiento de hemorragias pospato por atonía uterina) y en tres clínicas se encontró fenitoína en ampolletas para el tratamiento de convulsiones en casos de eclampsia. Varios de los médicos entrevistados en el proyecto de evaluación han enfatizado estas carencias materiales como un elemento extra de incertidumbre en el desempeño de sus quehaceres clínicos.

Las ocasiones de muerte acrecientan esta sensación de peligro:

"Yo le dije (al anterior pasante), 'mira Mayorga, vamos al entierro del señor' (se refiere a un señor que falleció por complicaciones de diabetes mellitus y que había recibido manejo médico durante varias semanas en la unidad de salud), pero no quería (el pasante), tenía miedo. […] 'Mira, vamos a ir por dos cosas: uno, porque el señor venía aquí, y quieras o no, ya era conocido, pues, siempre lo veíamos aquí al señor; y otro (motivo para acudir al entierro) es que posiblemente esto nos ayude para acercarnos un poco a la comunidad […] Pero también ¡aguas!, ahí va el riesgo, que nos fueran a reclamar, '¡no hiciste más por mi familiar!, ¡por tú culpa se murió!, ¡no le diste el médicamento correcto!'… o sea, cosas así ¿no?, que pueden pasar cuando ya están tomaditos (los deudos)…" (entrevista con el odontólogo Mélvin Pérez, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

Frente a la turbación de los allegados no hay argumento que valga ("se hizo lo que se pudo", "yo se los dije", "todos vamos a morir", "cuánto lo siento"). Pero frente a las autoridades sanitarias y las leyes el único instrumento con que cuenta el médico para defenderse es el expediente clínico; en él se deben anotar todos los datos pertinentes -entre ellos el pronóstico y las recomendaciones que se hacen al paciente-, de ahí se comprende también el énfasis que se otorga al registro, aunque este no corresponda de hecho con lo que se hace.

La interpretación extrema de estos sentimientos de zozobra y vulnerabilidad del médico que labora en el contexto indígena, es contemplar la posibilidad del linchamiento.

"No, cuidadito cuando están en bola y peor si están tomados. Si no tienes nada que andar haciendo por ahí, mejor ni te metas. Con cualquier cosita que no les guste, con que algo que uno haga y que no les parezca, se te va la bola encima y ni preguntan… mejor te quedas encerradito en la clínica" (entrevista al Dr. Benito Pilicastro, agosto del 2003).

"Sí, se sabe de varios casos de linchamiento. Pues es que como aquí la gente se comunica más, se unen más, pues en cualquier momento se ponen de acuerdo, 'no que éste cabrón médico me dijo esto o aquello o me hizo así. No pues vamos por él', y así, ha sucedido de varias personas que los linchan, no sólo a médicos" (entrevista al enfermero Claudio Moreno, septiembre del 2003).

La posibilidad fatal de ser agredido por una multitud enardecida es un asunto que ocupa un lugar primordial en las representaciones del trabajador de salud mestizo y, sin duda, dificultan el desarrollo de sus quehaceres. Debemos preguntar, ¿cómo puede una persona desempeñar su

trabajo de manera favorable, más aún al prestar un servicio, cuando contempla la posibilidad de que los beneficiarios de sus actividades pueden, en un momento de ira irreflexiva, agredirlo de muerte?

2. Representaciones del *Jloktor ja'jchi'iltik*

En seguida se exponen algunas de las representaciones más relevantes del *jloktor ja'jchi'iltik* respecto a las relaciones interétnicas y a los servicios públicos de salud.

La "buena medicina" del *jloktor ja'jchi'iltik*, la "mala medicina" de los servicios públicos de salud

En alguna de las conversaciones que sostuvo el etnógrafo con el afamado *jloktor ja'jchi'iltik* de la región, don Tiburcio Ventura, éste comentó:

"Pues, gracias a Dios a mí me ha ido muy bien. No le miento, mi jefe, pero fíjese que yo tengo más pacientes que los doctores que trabajan en la clínica" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Eso es evidente incluso para el observador distraído. En el consultorio de don Tiburcio siempre esperan varios pacientes que acuden de manera voluntaria; en cambio, en la unidad de salud gubernamental, con frecuencia hay un grupo de mujeres beneficiarias del programa *Oportunidades* esperando el momento de pasar lista y regresar a sus faenas diarias en sus casas. ¿Cómo explica el propio *jloktor ja'jchi'iltik* este contraste?

"Pues no sé, es que uno pues hace su trabajo", dice con modestia. "Es que ya lo conocen a uno, que uno trabaja bien, *que da buena medicina, directo al síntoma*. Yo así hago, doy médicamento directo para el síntoma, en cambio en la clínica pues no, solo dan antibiótico, pero *no quita el síntoma*, si tiene dolor o tiene fiebre, eso no se quita. Entonces *la gente pues ya no quiere ir a la clínica porque sigue con su molestia*. Pero conmigo es directo, luego, luego se quita la molestia o el dolor. Vienen conmigo y yo les doy su inyección o su médicamento –porque no todo es inyectado-, y a las dos tres horas ya, 'hay Tiburcio, ya no tengo dolor, tú si sabes, ya me curaste', entonces *la gente sale contenta porque ya se le quitó su molestia o su dolor*. En cambio los médicos en la clínica pues no, puro antibiótico quieren dar. Aunque sí sirve el antibiótico, o sea sí sirve, pero ese es para curar la enfermedad, no para quitar el síntoma inmediatamente. Yo también doy el antibiótico, es muy importante, pero *lo principal es quitar el síntoma que está molestando al paciente*, eso es lo principal. Por eso vienen conmigo" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

La explicación que elabora el *jloktor ja'jchi'iltik* para ilustrar el mayor éxito que él tiene en relación al trabajo de la clínica, se centra en dos elementos: 1) en "la buena medicina" que él posee, en contraste con "la mala medicina" con que cuentan los centros de salud, y 2) en la eficacia pragmática que poseen sus prescripciones para aliviar los síntomas que aquejan a los pacientes, en contraste con la ineficacia de los fármacos de los centros de salud.

Tiburcio Ventura reconoce que los recursos terapéuticos con los que él cuenta son superiores, son mejores que los que tienen en la unidad de salud:

"En la clínica *no hay buenas medicinas, no hay buenas marcas*, solo les mandan un poco de medicinas y no siempre hay todo, y de por sí son de esas *medicinas débiles,* no están bien hechas. En cambio yo traigo pura *medicina de farmacias* de San Cristóbal, *buena medicina* de una vez" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

La medicina –las "balas terapéuticas", como las llama Rene Dubos- que él utiliza es eficaz, ataca directamente al síntoma y lo destruye, lo elimina, causando la mejoría inmediata de quien padece, y ese alivio es asumido como la curación misma: "ay Tiburcio, ya no tengo dolor, tú sí sabes, ya me curaste".

La medicina del *jloktor ja'jchi'iltik* posee esas cualidades: es "buena" y es eficaz, logra el efecto deseado por él y por los pacientes, es decir, la eliminación del síntoma, la eliminación del complejo de sensaciones y representaciones que llamamos "padecimiento".

En cambio, en la clínica eso no es así. Allí la medicina es "mala" y los resultados son pobres o nulos. En la clínica no se consigue el alivio de los síntomas, entonces "la gente ya no quiere ir, porque siguen con su molestia". En la clínica los tratamientos no son eficaces por dos razones: 1) porque su medicina "es débil", deficiente, por la tanto deleznable, y 2) porque los tratamientos son parciales, no atacan directamente a las expresiones propias de la enfermedad, al padecimiento, "los médicos puro antibiótico quieren dar. Aunque sí sirve el antibiótico, no (es) para quitar el síntoma inmediatamente (…) (y) lo principal es quitar el síntoma que está molestando al paciente".

El tratamiento que se da en la clínica se dirige a otros objetivos –"curar la enfermedad", según el dicho del *jloktor*-, no al alivio de los síntomas que, en última instancia, son la manifestación mismísima del desorden, de la enfermedad. Si no se encuentra el bálsamo que mitigue o nulifique las molestias, el tratamiento será ineficaz, malo, inútil, al final de cuentas, despreciable.

Tiburcio Ventura reconoce y afirma la necesidad primordial de tratar los síntomas, pero también, en segundo plano, de tratar la causa de la enfermedad delimitada desde la "biomedicina" -"la etiología específica" (Illich, 1977)-: "Yo también doy el antibiótico, es muy importante, pero lo principal es quitar el síntoma que está molestando al paciente, eso es lo principal. Por eso vienen conmigo".

Esta es una distinción fundamental entre los servicios que ofrecen el *jloktor ja'jchi'iltik* y las unidades de salud gubernamentales: la farmacia del primero es tenida por "buena medicina", por lo tanto, eficaz en el alivio de las dolencias; los recursos terapéuticos de los segundos se asumen como "mala medicina", consecuentemente sus resultados serán infructuosos en la búsqueda de sanación.

La percepción que tiene el *jloktor* sobre "su" "buena medicina", frente a la "mala medicina" de los centros de salud gubernamentales, coincide fielmente con las representaciones de los lugareños indígenas y no indígenas, como se verá más adelante. Esta representación puede sintetizarse refiriéndonos a la "distinción" y supuesta calidad de los médicamentos: los fármacos que se despachan en el centro de salud son médicamentos genéricos, no tienen marca, por lo tanto, se representan como fármacos de dudosa hechura, de propiedades curativas disminuidas o nulas, en último término, medicinas de mala calidad. En contraste, los fármacos que ofrece don Tiburcio tienen marca, algunas ampliamente conocidas por el común de los oriundos –el *Desenfriol*, la *Bedoyecta*, el *Neurobión*, la *Buscapina*, el *Pentrexil*, el *Pepto bismol*, el *Saldiuvas*, etcétera- y de eficacia "probada", así, la medicina que distribuye el *jloktor* es tenida como de buena calidad, poderosa, efectiva.

El gobierno manda a los doctores a "practicar" con la gente indígena

El *jloktor ja'jchi'iltik* ilustra otro aspecto que, además de la "mala medicina", contribuye a la deteriorada reputación de los servicios públicos de salud entre los indígenas de la región. Se trata del personal que labora en las clínicas, específicamente, de los médicos:

> "Además hay puros estudiantes, nomás vienen por un año, no son doctores todavía. Bueno, sí son doctores, pero no saben todo todavía, sólo saben la teoría, pero les falta la práctica. Aquí vienen a aprender la práctica. No es lo mismo como los doctores de San Cristóbal, ahí si hay muy buenos doctores, especialistas, dan muy buena medicina, esos ya saben muy bien" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

A decir de don Tiburcio, todos los médicos que trabajan en las clínicas del ISECH "no son doctores todavía", son estudiantes aún, en etapas finales de su formación profesional.[321]

Estos estudiantes no están capacitados para cumplir con su cometido porque "no saben todo todavía", sólo poseen conocimientos teóricos "pero les falta la práctica", y por eso están aquí en la comunidad indígena, no para aliviar los padecimientos de la gente, sino que "aquí vienen a aprender la práctica", las habilidades que les hacen falta para completar su entrenamiento profesional.[322]

> "… aquí vienen a aprender con la gente indígena, no es lo mismo como con los mestizos. Aquí mandan a los estudiantes para que aprendan con la gente indígena, es que pues esta gente es muy ignorante, no sabe mucho, por eso los mandan para acá, porque la gente no dice nada, por la ignorancia pues. En cambio con los mestizos pues no se puede, allá ya hay doctores que ya saben bien, ya hay buenos doctores" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Tiburcio Ventura distingue contrastes entre los servicios médicos que se brindan a la población indígena y los que se destinan a la población mestiza. Por un lado, para los indígenas se destina personal inexperto, "los estudiantes" –usando la expresión en un tono peyorativo- que se trasladan desde las ciudades a las unidades de salud ubicadas en comunidades indígenas, no para aliviar males ni para curar enfermedades, sino para entrenarse utilizando los cuerpos de los pacientes originarios, los que "no dicen nada", porque son "gente muy ignorante".

---

[321] Este argumento no tiene validez empírica en la propia localidad dónde reside y trabaja el *jloktor ja'jchi'iltik*, pues en la unidad de salud del ISECH de Llano Aguacatal no hay médicos pasantes en servicio social y el doctor que ahí labora tiene más de cinco años de haber egresado de sus estudios universitarios. Por otro lado, los médicos entrevistados de manera azarosa durante la evaluación institucional a la urgencia obstétrica realizada por Freyermuth y el autor (2004: 138), se reconoce que la mitad de los galenos son titulados y la otra mitad son pasantes. Así, el argumento que utiliza don Tiburcio es, a todas luces, un estereotipo.

[322] Aunque es cierto que los médicos pasantes aún tienen responsabilidades escolares en sus respectivas universidades, los contenidos temáticos y prácticos relacionados a su entrenamiento médico han concluido antes de iniciar su servicio social. El servicio social es una actividad temporal y obligatoria cuyo propósito es retribuir a la sociedad los recursos destinados a la educación pública, vincular al nuevo profesionista con las diferentes problemáticas nacionales, especialmente las que aquejan a los grupos sociales más vulnerados, y actuar en solidaridad y reciprocidad para con éstos. En la evaluación institucional de la atención obstétrica de emergencia en Los Altos de Chiapas (Freyermuth; Meneses, 2004) se constata que las habilidades técnicas de médicos pasantes para atender urgencias obstétricas es heterogénea, aunque persisten las deficiencias técnicas. Sin embargo, en el mencionado trabajo se muestra que son los médicos pasantes quienes producen más servicios de atención obstétrica de emergencia, en comparación con los médicos titulados (70% de lo casos son atendidos por pasantes).

Una vez que los estudiantes han pasado su periodo de entrenamiento final "practicando con los indígenas" y que han adquirido las habilidades apropiadas, regresan a las ciudades mestizas, porque "ya saben bien", ya son "buenos doctores", y deberán ejercer sus buenos oficios entre la población mestiza.

Esta representación del *jloktor ja'jchi'iltik* transmite la idea de que los indígenas -lejos de considerar los beneficios obtenidos de los servicios de salud gubernamentales-, están siendo utilizados abusivamente por manos inexpertas de jóvenes estudiantes de medicina, sin importar las posibles consecuencias negativas de dicho ejercicio.

"Pues así los manda el gobierno. Así es de por sí. Así vienen a aprender con la gente indígena, no sé por qué. A lo mejor porque la gente no dice nada. Vienen de otros lugares, de México, de otros lados. Vienen un año y luego se van y no se vuelven a ver. Así es" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Para Ventura, esta organización del sistema de salud no es algo imprevisto, así lo ha dispuesto el gobierno, aunque no entiende (o no lo dice) exactamente por qué, "así es de por sí". Se entiende que, según Ventura, el gobierno "es así", desfavorable para con los indígenas, en otras palabras, el *jloktor* sugiere el asomo de prácticas discriminatorias desde el Estado. Pero, a decir del *jloktor*, los indígenas se han percatado de esta situación y por eso habían dejado de utilizar los servicios de las clínicas:

"…ya ni tenían nada de gente, ni uno sólo se les paraba (en la unidad de salud). Pero ahora *el gobierno hasta les paga a los pobres para que vayan a la clínica*. Sí, ahora hasta es pagado, para que tengan algo que hacer los doctores. Por eso le pagan a la gente, pues" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Pero ahora, abusando de la condición menesterosa de "los pobres", "el gobierno" le paga[323] a los indígenas para que los centros de salud nuevamente se beneficien de "clientela" y los médicos tengan "algo que hacer" (o cuerpos con los cuales adiestrarse), pues de otro modo, como ya lo ha expresado don Tiburcio, las unidades de salud no tendrían personas a quienes atender.

[323] Cuando el *jloktor* afirma que ahora el gobierno paga a los indígenas para que acudan a la consulta médica en la clínica, hace referencia al programa *Oportunidades*, que incluye becas escolares en efectivo.

El *jloktor* supone que los médicos mestizos que llegan por un año a terminar su entrenamiento profesional desconocen absolutamente todo sobre el contexto indígena en que laborarán, empezando por la lengua local.

"Además a la gente luego le da un poco de pena ir con el doctor a la clínica, porque no siempre hablan el español y a veces no se entienden con el doctor. Porque el doctor pues sólo habla español, porque viene de otro lado pues, *no sabe nada de que es el indígena, ni como habla, ni como vive*. Así que solo vienen pues por un año a aprender. Luego se van a sus casas y por allá trabajan yo creo. En cambio con uno pues ya la gente tiene confianza, ya es más directo, todo se habla en tsotsil. Uno aquí vive pues. Yo ya conozco a la gente, conozco su costumbre, su modo. Por eso conmigo hay confianza. La gente ya me conoce pues, ya saben como es conmigo" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

A decir del *jloktor*, la consecuencia del desconocimiento de la lengua local por parte del médico alópata, será la no utilización de los servicios de la clínica por parte de los originarios, porque sentirán cierta turbación penosa del ánimo. En contraste, esta situación fortalecerá el rendimiento de los servicios clínicos que presta el *jloktor ja'jchi'iltik*, porque como él mismo reconoce, su persona merece mayor confianza, y en él depositan sus paisanos la fe del alivio.

Los buenos médicos vienen de México, son especialistas y educados. Relaciones del *jloktor ja'jchi'iltik* con otros médicos alópatas

En párrafos anteriores don Tiburcio Ventura nos ha hablado sobre la "mala medicina" y los médicos "que no son doctores todavía", que laboran en el contexto indígena de Los Altos de Chiapas. Pero el *jloktor ja'jchi'iltik* no tiene opiniones desfavorables de la medicina alópata ni de todos los médicos que llegan a trabajar al contexto indígena. Por el contrario, tiene en alta estima lo que él mismo entiende por la medicina alópata y por quienes llama "los buenos médicos". La preparación técnica del *jloktor* mismo es producto del entrenamiento que recibió durante varios años de parte de médicos alópatas mestizos, de "buenos médicos":

"Conocí a muchos médicos allí en 'La Cabaña'. Esos sí, buenos médicos. Puro de México. Venían de México, pué. Especialistas. Puro especial. De pediatría, de los niños, pué; cirujanos, de la piel, del ojo, de todo. Con ellos aprendí un poco a dar consulta, a hacer diagnóstico, dar un poco de medicina" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

¿Quiénes son "los buenos médicos", según don Tiburcio Ventura? El *jloktor ja'jchi'iltik* enfatiza la procedencia de los muchos médicos de quienes él mismo aprendió: eran "puro de México" (la Ciudad de México, se entiende). Especialistas, además. No se trataba de médicos pertenecientes a la sociedad mestiza local, próxima, ni se trataba de pasantes o de médicos generales como los que trabajan en las clínicas de gobierno. Estos médicos especialistas que venían de lejos fueron quienes enseñaron al *jloktor* "a dar un poco de medicina", es decir, verdaderamente a curar. Se detectan dos características de "los buenos médicos": 1) son mestizos lejanos, de México, no de la sociedad ladina cercana, y 2) poseen conocimientos y habilidades especializadas, no son estudiantes en entrenamiento.

"… yo siempre tuve muy buena relación con esos médicos. Eran doctores muy educados. Siempre me hablaron bien. Como eran pues doctores con muchos estudios, pues eran educados y respetuosos. Así es pues, la gente con estudio es más educada y respetuosa, porque son los que más saben, se llevan mejor. No como acá, que hay pura gente ignorante, y pues no sabe esta gente, por eso a veces no tratan muy bien, porque no saben, es gente ignorante" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Tiburcio Ventura enfatiza también que siempre tuvo buena relación con aquellos médicos fuereños, "siempre me hablaron bien", dice, "eran doctores muy educados y respetuosos". La precisión que hace el *jloktor* resultaría inútil si todos los médicos fuereños "hablaran bien", fueran educados y respetuosos. Se entiende entonces que, no todos los médicos "hablan bien", ni son educados ni son respetuosos. El propio *jloktor* aclara que estos médicos fuereños eran diferentes a "la gente de acá"; lo que no queda claro en el discurso de Ventura es a quiénes se refiere cuando habla de "la gente de acá", ¿se refiere a la población indígena de la región?, ¿se refiere a los mestizos próximos, los que habitan Las Casas y que engrosan las filas del gremio médico local? La respuesta a esta interrogante no queda clara, pero en todo caso, la distinción que hace Ventura entre la "gente educada y respetuosa" en contraste con "la gente de acá", manifiesta su preferencia por los fuereños que vienen (o llegaron entonces) de lejos, de México, en contraposición con los próximos, "la gente de acá", que además es "gente ignorante".

Los *j'iloletik* engañan a la gente

Mientras que don Tiburcio Ventura tiene opiniones divididas para con los médicos alópatas - pues reconoce la existencia de "doctores muy buenos" (que generalmente vienen de México y

trabajan en las ciudades), y otros que no son buenos, sino que están en etapas formativas, en alusión a los médicos que laboran en el contexto indígena-, cuando el *jloktor* se refiere a los terapeutas tradicionales de mayor prestigio entre los indígenas de la región, los llamados *j'iloletik* (traducido como "pulseadores", en lengua española),[324] el *jloktor* es categórico:

"Bueno, lo de los *j'iloles,* pues yo creo que no es cierto, es un engaño que hacen pues con la gente ignorante. En realidad están engañando a esta gente, pues como no saben nada, como son muy ignorantes, pues por eso van con los *j'iloles*" (entrevista a don Tiburcio Ventura, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

El *jloktor ja'jchi'iltik*, instalado –por lo menos parcialmente- en el marco explicativo del paradigma biomédico, no reconoce (en el discurso) crédito alguno en la práctica terapéutica de los *j'iloletik*. Más aún, le parece que son farsantes, que "están engañando a esta gente ignorante".

- Etnógrafo: "pero ¿acaso no hay gente que se sana después de acudir con los *j'iloletik*? ¿no es verdad que algunos de ellos tienen gran fama de ser muy buenos curando?
- *Jloktor ja'jchi'iltik*: pues mire, mi jefe, sí, si, pero cómo le dijera yo. Mire, hay algunos que se sanan, pero es por pura fe. La pura fe los sana. No es verdad que sea el "curandero" el que los está sanando, sino la fe. Por eso algunos tienen mucha fama de que sí son muy buenos, pero la verdad es que la gente les tiene fe y así, por eso se sanan. Es gente ignorante la que va con ellos. Pero gente como yo, que ya estudié, que yo ya sé como es la cosa, pues no. Yo no voy con el *j'ilol*, a mí no me puede sanar ni nada. Yo ya sé pues que eso es pura mentira.

El discurso del *Jloktor ja'jchi'iltik* es claro, se manifiesta seguro. Para él los *j'iloletik* no son más que embusteros que mienten abusando de la fe de gente ignorante. Si acaso algún *j'ilol* ha tenido éxito, lo debe a los procesos neuroinmunológicos positivos provocados por la sugestión, la confianza, la seguridad, la fe. Y quienes acuden con los *j'iloletik* son personas desorientadas, faltas de saber, ingenuas, "gente ignorante". Pero, entonces, ¿por qué don Tiburcio Ventura ha llevado a su hija, "la loca", a ser curada por las manos de uno de estos famosos "curanderos"?[325] Si la clave del éxito está en la fe, ¿acaso su hija, "la loca", no obtuvo la curación buscada debido a su falta de fe? El presente trabajo no aspira a responder estas preguntas, si se señala el caso es únicamente

[324]. Véase el subtítulo "Pluralismo médico y las condiciones, recursos y servicios de salud en Los Altos de Chiapas", en el Capítulo Uno de este mismo trabajo.
[325]. El asunto de la "hija loca" del *jloktor ja'jchi'iltik* se comenta en el Capítulo Tres de este mismo trabajo.

para reparar en una incongruencia entre el discurso que se suministra a un etnógrafo y la práctica reservada de la búsqueda terapéutica para un allegado afectado.

El autor advierte que, veladamente, el *jloktor ja'jchi'iltik* se representa a sí mismo como el mejor terapeuta local disponible para la población; por lo menos, se muestra preferible a las opciones personificadas en los centros de salud y en los *j'iloletik*, pues los unos se consagran en utilizar a los pacientes para aprender -tan es así que "hasta le paga a los pobres para que vayan a la clínica"-, y los otros simplemente son unos terapeutas de patraña que "están engañando a esta (pobre) gente ignorante".

3. Entre médicos caxlánes y jloktores compañeros. Las representaciones de la población indígena alrededor de la medicina

Utilización de recursos farmacológicos

La utilización de recursos farmacológicos entre la población indígena de Los Altos de Chiapas es una práctica extendida y arraigada.[326]

Aunque, efectivamente, la farmacología y su industria se insertan en el paradigma de la biomedicina, los recursos farmacológicos son también un importante elemento constitutivo en las prácticas de las llamadas medicinas tradicionales[327] y doméstica en la región. Los indígenas lugareños identifican a los recursos farmacológicos como elementos curativos centrales de los diferentes tipos de prácticas médicas y no solamente como elemento propio de la biomedicina.

[326] El autor sostiene -echando mano de evidencias empíricas- que la farmacia entre la sociedad indígena de la región se ha instalado iatrogénicamente, médicalizando el universo y la vida, no saneándola; envenenando los cuerpos, no procurando su alivio; empobreciendo a las familias, no contribuyendo a su prosperidad; sometiendo a los individuos frente a majestad ampolleta, no liberándolos de sus cadenas. Iván Illich (1977) se refería a estos efectos como "la iatrogenía cultural" y "iatrogenía social". El autor advierte que con este comentario no pretende poner en entredicho la eficacia farmacológica y su pertinencia en numerosos casos. Lo que el autor señala es la tendencia a una médicalización total que escapa a la misma racionalidad científica de la biomedicina, pero ese es otro asunto y deberá ser abordado en alguno de los textos que aún no se han escrito.

[327] Por ejemplo, las parteras suelen utilizar médicamentos oxitócicos (que estimulan la frecuencia y potencia de la actividad contráctil del músculo liso uterino). El autor también tiene referencia empírica de que otros terapeutas tradicionales (como los *j'iloletik*), utilizan remedios entre los que figuran corticoesteroides inyectables o en ungüento (*Alin* [Dexametasona], *Diprosone* [Betametasona]), antibióticos inyectables (*Penprocilina* [Penicilina], *Lincocin* [Lincomicina], *Fosfocil* [Fosfomicina]) y analgésicos de diversa índole.

"… si no me curo aquí (en su casa, a través de prácticas de autoatención), me voy con el 'curandero' (*j'ilol*), allá él me da mi medicina, también" (Entrevista a una mujer indígena no usuaria de los servicios institucionales de salud, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

"Bueno, fuimos a buscar medicina allí en Las Limas, hay un señor (*jloktor ja'jchi'iltik*) que sí cura muy bien y allí fuimos, y así le estuvimos buscando su medicina…" (Entrevista a un hombre indígena no usuario de los servicios institucionales de salud, Llano Aguacatal, mayo del 2003).

"yo no recibo medicina allí (en la Clínica), yo pido mi medicina con don Tiburcio Ventura, el *jloktor ja'jchi'iltik*" (entrevista a una mujer indígena no usuaria de los servicios institucionales de salud, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

Así, el acceso y la utilización de fármacos no se restringen a la prescripción "profesional" a partir de la consulta con un médico académico. De hecho, en muchos ocasiones la utilización de fármacos se realiza como práctica de autoatención o consultando a curadores tradicionales o a terapeutas afectos al paradigma "biomédico" pero que no son médicos universitarios (es el caso de los promotores de salud o los *jloktoretik ja'jchi'iltak*).

Durante las observaciones que realizó el etnógrafo en el consultorio del *jloktor ja'jchi'iltik* en Llano Aguacatal, en repetidas ocasiones se presentaron personas (indígenas y no indígenas) pidiendo algún médicamento específico ("me da un *saldiuvas*", "dos *sedales*, *a'wocoluk*", "¿tiene *Buscapina*?", "¿Me das un mi *doloneurobión*?").

El gasto familiar en médicamentos llega a ser muy elevado:

"Por medicina, sólo con la medicina gastamos como tres mil pesos entre los cuatro -porque somos cuatro hombres, cuatro hijos, entonces gastamos tres mil pesos-, pero ya cuando se murió gastamos más de cuatro mil pesos, y ya en total pues fuimos gastando como siete mil pesos". [328]

La magnitud de la médicalización entre la población indígena de la región es un tema que no ha sido suficientemente explorado[329] y el cual merece mayor indagación.

[328] En un estudio previo realizado en una localidad aledaña a Llano Aguacatal, el autor reconoció que todas las familias de la localidad realizaban algún gasto mensual relacionado al proceso salud / enfermedad / atención, lo que representaba del 10 al 60% de los ingresos familiares mensuales. La mayor parte de este gasto se destinaba a la compra de medicinas de patente (Meneses, 2001).

[329] Sin embargo, desde hace algunos años se han reconocido ciertos problemas graves del uso inadecuado de fármacos, ya sea en prácticas de autoatención o bajo la prescripción de algún terapeuta; ha sido el caso de la extendida utilización de oxitocina y/o ergonovina (Ergotrate) por

La población indígena de la región reconoce cierta eficacia pragmática de los recursos farmacéuticos, designados con el nombre genérico de "la medicina"[330] (y este reconocimiento en sí mismo es un elemento de su eficacia simbólica):

"Bueno, cuando se enfermó, de por sí ya se sentía mal. Ya tiene como 25 años que le agarró una enfermedad (…) Pero ya cuando la enfermedad (por la) que se murió, fue por calentura. Entonces ya fue que le tuvimos que buscar medicina, sí, y se calmó (…) Solamente le buscamos medicina y se calmaba…" (Entrevista con un hombre indígena de Llano Aguacatal, mayo del 2003).

Pero junto a este reconocimiento de la eficacia que posee la medicina, se distinguen diferentes tipos de médicamentos y grados de potencia. Los médicamentos considerados como más fuertes son aquellos de aplicación parenteral (compárese con Castro, 2000:415-20) y los médicamentos de patente, la llamada "buena medicina". Los médicamentos considerados como menos efectivos son los de administración oral y en presentaciones "genéricas", como los utilizados por el ISECH. Este es un elemento explicativo del menoscabo de la utilización de los servicios institucionales de salud, "la medicina que manda el gobierno".

"En la clínica pura pastilla nos dan, ¿acaso aplican suero? Pura vitamina tomada. Pero como ahí (en el consultorio de Tiburcio Ventura) nos dan suero, por eso ahí nos vamos y nos mejoramos bien" (entrevista a una mujer indígena de 36 años, usuaria de los servicios institucionales de salud, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

"En la clínica puras pastillas dan, puro jarabe. Pero cuando la enfermedad es grave de una vez, es que vamos a necesitar un inyectable, inyectable en la nalga o inyectable para la vena, más mejor vamos allá (con el *jloktor ja'jchi'iltik*). Ahí de una vez, luego, luego se compone uno" (entrevista con una mujer indígena de 42 años, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

"Voy (con Tiburcio) para que me aplique mi suero, porque de una vez ya no tengo mi fuerza. Débil de una vez. Pero si me va a aplicar uno, dos litros de suero, mi vitamina, ya, ahora sí, ya tengo mi fuerza otra vez, ya, cómo no. Sí"

---

parte de parteras y familiares de parturientas para "apurar el parto", práctica que se asocia directamente a distocias (o dificultades) de la contracción uterina, partos prolongados, sufrimiento fetal agudo, óbitos (muertes fetales), hematomas craneales del neonato, muerte neonatal y hemorragias posparto secundarios a hipotonía del útero (Freyermuth, 2000).

[330] Roberto Castro (2000:423), en un estudio sobre la experiencia de la salud y la enfermedad entre pobladores pobres del campo mexicano (Ocuituco, Morelos), reconoce este uso genérico del vocablo "la medicina", para hacer alusión a todos los recursos farmacológicos.

(entrevista a un hombre de 45 años, no usuario de los servicios de salud institucionales, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Los testimonios citados revelan el esbozo de una compleja representación sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y los fármacos parenterales (aspecto sobre el que no ahonda este texto). En esta representación, los médicamentos parenterales emergen como remedios maravillosos, al usarlos "luego, luego se compone uno"; con uno o dos litros de suero infundidos directamente en la vena, la persona recupera la fuerza perdida.

Pero estos remedios extraordinarios no están disponibles en las clínicas. Los entrevistados coinciden en señalar que en las unidades de salud gubernamentales no se aplican los sueros intravenosos o las inyecciones que los propios individuos consideran como remedios necesarios. Pero ¿por qué, si de acuerdo a las representaciones de los lugareños estos remedios son necesarios para el alivio, si son requeridos para reestablecer la salud, para recuperar el vigor, por qué no se proporcionan en las clínicas, y por qué, por el contrario, sí lo proporcionan los *jloktoretik ja'jchi'iltak* y los promotores de salud? Algunas pistas nos ayudan a responder esta pregunta. Por un lado, es importante reconocer las representaciones que tienen los lugareños sobre los médicamentos que el gobierno destina a la población indígena, la "mala medicina"; por otro lado, se deben resaltar las creencias locales que adjetivan a los médicos que laboran en los centros de salud como incompetentes ("no saben bien, todavía"), arbitrarios e, incluso, mal intencionados. Discutamos estos dos argumentos.

Los centros de salud sólo tienen "mala medicina"

Existe la representación de que en los centros de salud solamente hay abasto de la llamada "mala medicina"… cuando hay acopio de fármacos.

Cuando los lugareños hacen referencia a la "buena medicina", aluden a los médicamentos de patente, a las marcas. Si la "buena medicina" se administra a través de una inyección intramuscular, o mejor aún, intravenosa, se trata de un remedio superior. Pero los centros de salud no tienen "buena medicina"; es más, no tienen siquiera cantidades suficientes de medicina.

"En las clínicas no hay mucha medicina, y sólo dan para calmar un ratito el dolor. No hay medicina efectivo que sea para que se sanen las mujeres. Queremos que la medicina cure directamente la enfermedad, que no sea calmante nada más" (mujer de Chenalhó, 32 años, en Freyermuth, 2003:338).

"Pero lamentablemente es que los centros de salud carecen de médicamentos suficientes para poder satisfacer la demanda de la población. Algunos médicamentos que se manejan quizá ya están caducados o son médicamentos que no les sirven en las grandes ciudades, son *médicamentos de tercera clase*, supongamos. Es lo que le dan en los centros de salud con la finalidad de darles médicamento a aquellos que acuden, pero generalmente muy pocas personas acuden porque ven que el centro de salud casi no ofrece nada, no ofrece médicamento de calidad, sino que sólo mejoral, ampicilina, para calentura, para lombrices, eso sí tienen" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).

El mensaje del entrevistado es elocuente: "el centro de salud *casi* no ofrece nada, no ofrece médicamento de calidad". Implícitamente se entiende que la atención debe incluir la oferta médicamentosa, si no es así, *casi* no se ofrece nada. La oferta médicamentosa, para ser llamada "de calidad", debe de tener marca, ser costosa y, preferentemente, de administración parenteral:

"Los médicamentos de mayor calidad tienen costos de 200, 300, 400, hasta 700 pesos, pero la gente de la comunidad no tiene para comprarlos y el gobierno tampoco quiere regalarles médicamento. Aparentemente el gobierno ayuda, pero si te dan apoyo, te regalan algo, te regalan cosas pobres, de baja calidad. (…) Pero los *jloktoretik* compran médicamento en la farmacia (en San Cristóbal), lo compran y lo revenden" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).

Existe una distinción claramente establecida entre los médicamentos (la medicina) que se ofrecen en el centro de salud y los que proporcionan los *jloktoretik ja'jchi'iltak*. El primer rasgo es que unos son "de farmacia", de marca, y los otros no; pero hay otras características que distinguen a estos médicamentos:

"En la clínica nos dan la medicina, nada más que la medicina es algo *no tan fuerte* como en la casa de Tiburcio, ahí sí nos curamos, como que es más mejor la medicina" (Mujer indígena, usuaria de los servicios institucionales de salud. Llano Aguacatal, octubre del 2003).

"es que mi esposa ya no quiere llegar al centro de salud porque ahí nos dan pura medicina que no sirve, que *ya caducó.* Pura *medicina caduca mandan*. Así *hasta daño nos hace*" (entrevista a un matrimonio indígena no usuarios de los servicios de salud, cabecera municipal de Chenalhó, octubre del 2004).

"Es que a veces cuando es muy alta la temperatura, ahí en la Clínica no nos curamos, aunque nos den la medicina no nos curamos. Bueno, los niños sí se curan, pero cuando es muy fuerte no se curan. Entonces ahí nos

vamos en casa de Tiburcio Ventura" (entrevista a una mujer indígena usuaria de los servicios institucionales de salud, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

"Sí, *la medicina que nos dan ahí en la clínica (es) muy suave o fría*, no nos curamos muy rápido, es muy lento la curación (…) en cambio en casa de *Tiburcio Ventura nos dan una medicina caliente que cura bien*" (entrevista a una mujer indígena no usuaria de los servicios institucionales de salud, Llano Aguacatal, septiembre del 2003).

La potencia o fuerza, la condición de frío / caliente, la fecha de caducidad, son otros elementos que influyen en la calidad de los médicamentos (el presente trabajo no pretende ahondar respecto a este asunto). En todos los aspectos, los médicamentos de las clínicas aparecen como inferiores respecto a los fármacos utilizados por los *jloktoretik ja'jchi'iltak* o que se venden en las farmacias particulares.

Entrevistador Rafael: "¿Por qué le parece mejor la consulta con Tiburcio Ventura que en la clínica?"

Usuaria: "es que la medicina que nos dan con Tiburcio Ventura es mejor que la de la clínica, porque en la clínica no nos curamos y con Tiburcio sí. Es que con Tiburcio las *inyecciones son más fuertes*, en cambio en la clínica puras pastillas que son muy suaves, por eso revolvemos y vamos allá".

Los anteriores testimonios transmiten la idea de que en general la población indígena comparte la representación de que el gobierno (a través de las clínicas y los médicos del ISECH) deliberadamente (es decir, con toda intención) manda médicamentos de menor calidad, menor eficaces y que incluso, pueden resultar nocivos ("nos dan pura medicina que no sirve, que ya caducó"). Según las representaciones locales, la "buena medicina" –entre ellas las de aplicación parenteral-, no figura entre el arsenal farmacológico oficial.

"Son puros estudiantes", en la comunidad "no hay médicos altamente calificados"

Otro aspecto que contribuye al desprestigio de los servicios institucionales de salud y mermen su utilización, es la representación que se tiene del personal médico que labora en ellos. Siguiendo el mismo argumento ya expresado por el *jloktor ja'jchi'iltik*, el resto de los lugareños comparten la idea de que los médicos que laboran en las clínicas del ISECH "no son doctores aún", que se trata de estudiantes inexpertos que están adquiriendo su entrenamiento práctico utilizando los cuerpos de los indígenas.

"Los doctores que vienen aquí son practicantes, vienen a dar su servicio y no conocen la medicina; hasta vienen a aprender… Sí vale la pena que haya un doctor aquí en nuestra comunidad, nuestro pueblo. Queremos que sea un doctor que conozca muchas medicinas, que sepa de verdad" (hombre de Chanalhó, 27 años, en Freyermuth, 2003:336).

"Y también los médicos, creo que es un ambiente adecuado para ellos, para aquellos alumnos que están en proceso de formación, para que adquieran conocimientos y experiencias, pues, en la comunidad indígena, generalmente los médicos altamente calificados no los hay" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).000

"Son puro joven que está aprendiendo todavía, no son doctores de una vez. Apenas aquí está conociendo de la medicina, cómo curar. Por eso no muy sabe todavía" (entrevista con un hombre no usuario de los servicios públicos de salud, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

Es frecuente que a estos médicos en formación se les califique como incompetentes y abusivos, al tiempo que el usuario de sus servicios se percibe como víctima de la inexperiencia, ineptitud y arbitrariedad del terapeuta.

"Estaba yo un poco bien, un poco. Sólo tenía abultazón. Pero fui a ver al doctor en la clínica y ¡ay dios!, peor quedé de como estaba. De una vez me acabó ya de descomponer. Un dolor (señala el epigastrio) que sentía que iba a morir de una vez ahí. Dejé de tomar la pastilla que me mandó, que según para la lombriz. Dejé de tomar y ya me compuse, aunque poco todavía" (entrevista a una mujer indígena, usuaria de los servicios públicos de salud. Llano Aguacatal, octubre del 2003).

"No sé que tantas veces he ido (a la clínica) con el mismo dolor, pero ¿acaso lo saben curar? Pura pastilla de calmante me dan. Sólo con Tiburcio, entonces sí, mi buena inyección y listo de una vez, se me quita como una semana el dolor" (entrevista con una mujer indígena usuaria de los servicios de salud, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

"Es que las comunidades indígenas la mayor parte de las veces no protestan cuando les dan un trato mal. También cuando hacen alguna operación o algunas cosas que les sale defectuosas, no protestan. Entonces pienso que los médicos en formación adquieren su experiencia con la población indígena. Se forman ahí y después de formarse se van a las ciudades" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).

Los médicos no solamente no resuelven las molestias de los pacientes –molestias que, por cierto, son exitosamente atendidas por el *jloktor ja'jchi'iltik*-, sino que, inclusive, "algunas cosas les

salen defectuosas", frecuentemente causan complicaciones mayores; y su estímulo es la impunidad, "se forman y después se van a las ciudades" siendo ya "médicos altamente calificados"; "las comunidades indígenas (…) no protestan".

Entonces, a la vez que los médicos de las unidades de salud gubernamentales son tenidos por inexpertos, su intervención también se considera potencialmente nociva.

"Por eso prefiero ir con el *jloktor*". Entre la desconfianza y los malos tratos de médicos mestizos

Un elemento extra que abona desprestigio a las clínicas gubernamentales, es la representación que tienen los originarios, respecto del trato que les brindan los médicos mestizos.

"No quiero llegar al médico. Como son puros *caxlanes* y yo soy india no me atienden muy bien. No me tienen confianza, y así como ellos, también no les tengo confianza con sus medicinas, con sus curaciones" (mujer de Chenalhó, 30 años, en Freyermuth, 2003:335).

Este breve comentario arroja luz sobre el papel central que ocupa la diferencia en el marco del encuentro médico interétnico. La entrevistada señala que debido a que los médicos son *caxlanes* -mote peyorativo dado por los indígenas a la población mestiza- y ella una usuaria indígena, el trato que se le brindará será menor, deficiente, de ninguna manera el mismo trato que se esperaría para con una usuaria mestiza. Más aún, la mujer reconoce que los médicos mestizos no tienen confianza en los usuarios indígenas y viceversa, tampoco los indígenas confían en los médicos *caxlanes* ni en sus habilidades y recursos terapéuticos.

"Muchas mujeres no quieren ir, porque han escuchado que sí se desnudan. Ese es lo que no quieren las mujeres. Por eso, a mi esposa no lo quiere ir allá. Prefiere estar acá. Necesitamos que lo respete y entienda a las mujeres" (hombre de Chenalhó, 30 años, en Freyermuth, 2003:333).

Se cree que la mujer indígena que acude al centro de salud o al hospital será transgredida, vulnerada en lo íntimo. Sin argumento, sin explicación, sin razón alguna, se pedirá a la mujer que muestre el sexo, las llamadas partes pudendas o vergonzosas, circunscripción íntima confinada al más profundo recato. Nada se adelanta con este desmedido atrevimiento, con la agresión que encarna hurgar con las yemas la entrepierna, el periné, la vulva, penetrar con los dedos el recóndito secreto de la vagina. Al final, sólo se erige el desenlace fatal después de la deshonra.

"Lo único que vas a lograr con ir al doctor es mostrar tu culo; ¿quieres que te vean los doctores y después morir en el hospital?" (mujer indígena de Chenalhó, en Freyermuth, 2003:327).

Es que estos doctores son seres malos, frustrados, resentidos, viven con el disgusto que embarran sobre el indígena que comente el traspié de aproximarse al *caxlan*.

"Los doctores que van ahí se amargan la vida también, porque no quieren estar. Se refleja en sus tratos que a veces no tratan bien al paciente, '¡tómalo este, ya te indiqué!', con esa voz, con el tono de voz, con la mirada, con los gestos… inmediatamente vemos que hay un rechazo, que hay un distanciamiento entre el paciente" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).

El testimonio es elocuente. Los médicos se hallan afligidos, amargados. Sus frutos no pueden seguir otro camino que el de la misma amargura y "se refleja en sus tratos". Gritan, increpan, regañan, hablan con aspereza ("¡Tómalo este!"), miran con dureza, amenaza y desprecio, el gesto disgustado. Los usuarios se percatan "inmediatamente" que "hay un rechazo, que hay un distanciamiento" entre el médico y el paciente. La obvia consecuencia sería la evitación, apartarse, huir del contacto.

"Creo que generalmente lo que hace la gente en Las Limas y en Llano Aguacatal, prefiere no entrar en contacto con los mestizos, porque sienten un alejamiento, no hay calor humano que los atrae" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).

Una mujer indígena que regularmente debe utilizar los servicios de salud del ISECH, pues es beneficiaria del programa *Oportunidades*, después de comentar el mal trato que percibe en la clínica, concluye, "Por eso prefiero ir con el *jloktor*, con otros, con los que venden médicamentos ahí".

Pero, ¿cómo es valorada la relación con el *jloktor ja'jchi'iltik*?, ¿cómo se representa su trato?, ¿en dónde estriba la diferencia fundamental?

- Entrevistador (Sergio): "Profesor, ¿cómo es la relación interpersonal entre el *jloktor ja'jchi'iltik* y sus pacientes?"
- Profesor Elías: "Pues primero creo que las relaciones que se dan es a partir del elemento básico que es la lengua, y también el conocimiento de la vida cercana de su paciente. El otro sería también el gran afecto que transmite al mirar, al ser más humilde, sencillo. No porque llega ya con su ropa blanca, con su zapato, ¡no! Llega con su sombrero, con su machete, así enlodado llega, '¿Cómo estás?, vine a verte, ¿estás enfermo?', el

paciente si atrae la atención, 'esa persona sí es lo que necesitamos'. Sienten creo la misma mirada y el mismo sentir también, entre el paciente y el *jloktor*. (…) Siempre vienen de diferentes lugares, llegan, lo atiende, se sienta, platica ampliamente. No como los médicos que están formados aquí, sólo fijándose en la hora y en el tiempo, 'a ver cuéntame que te pasa', muy afligido ¿no? En cambio él no, el tiempo no existe en su mentalidad, sino que le proporciona todo el tiempo necesario para poder platicar y diagnosticar la enfermedad del paciente. Entonces creo que esa es la diferencia, que los que están formados en las universidades están, tienen ya la mentalidad marcada por el reloj, y vuelven como impacientes cuando el paciente no logra explicar bien lo que quiere decir, hay veces que tartamudean, no puede hablar bien, peor si no entiende el médico, sólo escucha, 'ah, cuéntame, ah, aquí está, tú receta, vas a comprar tal médicamento', rápido ¿no?…" (entrevista al maestro Elías, originario de la comunidad Las Limas, aledaña a Llano Aguacatal, Chenalhó Octubre del 2003).

El entrevistado proporciona varias claves para entender el éxito clientelar del *jloktor*, frente al desprestigio y malogro de las actividades del médico mestizo: 1) "el elemento básico es la lengua". El *jloktor ja'jchi'iltik* se comunica con los usuarios en la lengua materna (el tsotsil), mientras que los médicos mestizos desconocen casi por completo la lengua de los pacientes; 2) el conocimiento acerca del paciente; mientras los médicos de las clínicas no saben siquiera el nombre de sus pacientes, los *jloktoretik* conocen algunos aspectos relevantes de la vida de algunos de ellos; 3) el afecto y humildad que transmite el *jloktor ja'jchi'iltik* a sus pacientes –según la opinión del entrevistado-, en contra de la apatía y soberbia que manifestaría el médico frente a los usuarios indígenas; 4) la paciencia y dedicación del *jloktor* con sus pacientes, frente a la impaciencia y descuido del médico para con los usuarios. Otro de los hombres entrevistados resume sus impresiones negativas sobre los médicos de las clínicas y su preferencia por el *jloktor ja'jchi'iltik*:

"Es que los doctores tienen puro interés del dinero. No es por gusto, sino que están obligados, les toca venir (a la comunidad). (…) A mi me gusta mejor con el Tiburcio, él ya conoce a la gente, tiene un mejor trato" (entrevista con un hombre no usuario de los servicios institucionales de salud. Llano Aguacatal. Octubre del 2003).

Pero, si es verdad que existe un estereotipo tan negativo de los servicios de salud institucionales entre la población indígena de la región, ¿por qué el observador ocasional puede advertir la presencia de grupos numerosos –principalmente de mujeres indígenas y sus hijos menores- aguardando en las salas de espera de las clínicas gubernamentales?

"Es que estoy en el *Oportunidades*". Los motivos para la utilización de los servicios de salud gubernamentales

El *jloktor ja'jchi'iltik* lo ha mencionado. Varios médicos mestizos entrevistados por el autor han manifestado la misma opinión. Ahora lo expresan los propios lugareños indígenas y mestizos: los usuarios de los servicios institucionales de salud son quienes se encuentran empadronados en la lista de beneficiarios del programa *Oportunidades*; los que no se benefician de dicho programa, no hacen uso de los servicios institucionales de salud.

"…no me doy cuenta como es el doctor (de la clínica), porque no recibo medicina ahí, porque no tengo Progresa (nombre que recibía anteriormente el ahora llamado *Oportunidades*. Nota del autor). No llego a pedir medicina, como no tengo Progresa. Sólo mi hermana llega ahí, porque ella sí tiene Progresa, pero según platican ellos que la medicina que dan ahí es muy fría". (entrevista a una señora indígena no usuaria de los servicios de salud que se ofrecen en la clínica, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

El testimonio anterior pone en evidencia que la justificación de la mujer para no utilizar los servicios de la clínica es debido a que no tiene *Progresa* (ahora *Oportunidades*), sólo su hermana acude a la clínica, porque ella sí se encuentra dentro del programa. No obstante, no se perciben deseos de parte de la mujer por sumarse a los beneficios que otorga la clínica, porque "según platican (…) que la medicina que dan ahí, es muy fría".

El enfermero Rafael -quien colaboró con el autor en la realización de las entrevistas a indígenas hablantes de tsotsil- y la enérgica activista contra la muerte materna Sebastiana Vázquez[331], obtuvieron floridos testimonios, a los cuales no hace falta agregar más explicaciones:

"…no, no llego (a la clínica), a lo mejor sí dan medicina, pero no llego. *Ahí no van muchos, sólo los que tienen el Progresa*" (entrevista a una mujer indígena no usuaria de los servicios de salud que se ofrecen en la clínica, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

- Enfermero Rafael: "y usted, tía, ¿usted sí va a la clínica?"
- Señora: "yo sí, sí llego. Sí tengo el programa, pues, me citan (se refiere al Oportunidades)".

(entrevista a una mujer indígena usuaria de los servicios de salud que se ofrecen en la clínica, Llano Aguacatal, octubre del 2003).

[331] En el marco del proyecto "Mortalidad Materna en regiones indígenas", dirigido por Freyermuth, Sesia y Cárdenas, CIESAS- CONACYT-UAM-X (en proceso).

- Entrevistadora Sebastiana: “Oiga, ¿y ustedes tiene Progresa, ahora que le dicen Oportunidades?
- Entrevistado: “Bueno, nosotros sí tenemos (…) Bueno, el Progresa sí, sí nos beneficia en algo así como nosotros como somos pobres, somos campesinos, pues no ganamos bien aunque se trabaje bien, pero no se gana bien. Entonces si, este, de repente nos ayuda con doscientos, trescientos pesos cada mes.”
- Sebastiana: “¡Ah, bueno! Oiga, ¿y ustedes van en la clínica cuando están embarazadas?”
- Entrevistado: “¡Ah sí!, las mujeres van cuando les dan cita, sí van”.
- Sebastiana: “¿Y van todas las mujeres?”
- Entrevistado: “no, pues todas las que tienen Progresa (…)”

A propósito de las sujeciones de unos y los desembarazos de otros a los servicios públicos de salud en el marco del programa *Oportunidades,* y a modo de corolario, durante el último recorrido de campo que realizó el autor en Los Altos de Chiapas, durante la primera semana de noviembre del 2004, en la localidad visitada había ocurrido una muerte materna hacía menos de tres semanas. A la mujer se le acabó la vida con el hijo atravesado en las entrañas. El esposo había salido a buscar ayuda un día antes del deceso, cuando las dolencias del parto comunicaban malas señas. No pudo hacerlo, el hombre gastó el dinero y el tiempo en alcohol de caña. Regresó -con la botella de *Jaguar* en la mano, recargando el dorso y la cabeza en las tablas del cuarto- cuando ya todo era silencio. Así lo platicó doña Candelaria; lo sabía todo el pueblo. “Doctor, ¿cómo fue posible?, ¿usted sabía que la señora estaba embarazada?”, preguntó el airado supervisor del ISECH al galeno de la unidad de salud asentada en la localidad, “Sí, sí lo sabíamos”, respondió el director de la clínica alzándose de hombros, “pero esa señora no estaba dentro de nuestra área de influencia, le pertenecía al IMSS”, justificaba, “además no acudía a consulta, nunca fue a la unidad, es que como no tenía *Oportunidades*… pues no van”.

El etnógrafo permaneció en el umbral.

Ha concluido la Segunda Parte del texto. Aquí se presentó la etnografía de los encuentros médicos interétnicos y se comentaron las prácticas y representaciones de los actores involucrados en los mismos. Esto sucedió en el lugar llamado Llano Aguacatal, en Los Altos de Chiapas, y el etnógrafo estuvo ahí.

CAPÍTULO SEIS: SEMIÓTICA DE LA OTREDAD, LA DIFERENCIA COMO DIAGNÓSIS

"…la antropología era la única disciplina que estudiaba al hombre tanto en términos culturales como biológicos, así como a través de un enfoque holístico que superaba las tendencias factoriales dominantes en la mayoría de las disciplinas, de tal manera que el análisis antropológico del proceso salud/enfermedad/atención debía incluir la dimensión biológica, el medio ambiente físico, la estructura social y la dimensión cultural"

Eduardo Menéndez (2002: 177)

En medicina, la semiótica[332] se encarga del estudio de los signos y síntomas clínicos de la enfermedad. Delante del paciente el galeno dispone sus virtudes y habilidades clínicas, aguzando los sentidos debidamente preparados: escucha e interroga; observa el conjunto y repara en el detalle; palpa las superficies, se sumerge en las profundidades desde la piel o más allá de ella; ausculta con ahínco; no tiene a menos las posibilidades del olfato. Reúne los vestigios de aquí y de allá –el signo y el síntoma-, los pondera celosamente, les procura un orden, los examina nuevamente, ahora los amasa en síndromes clínicos, nuevamente cavilaciones y, al final, el dictamen, el diagnóstico nosológico. Se le ha nombrado "el arte clínico".

El presente trabajo ha sido un ejercicio de semiología médica desde la antropología. Aquí se ha pretendido describir, diferenciar, clasificar y nombrar un diagnóstico: el del estado de la otredad en los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas. El afán terapéutico es una empresa que este encargo no ha alcanzado, pero desea contribuir al mismo. Bajo este apartado, que he procurado sea conciso, se revela la diagnosis.

Prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo en los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas

En los dos primeros postulados utilizados como hipótesis de esta investigación, advertía de mi sospecha de que en los encuentros médicos interétnicos que tienen lugar en Los Altos de Chiapas existían representaciones de prejuicio y estereotipo, que daban lugar a prácticas discriminatorias y racistas, y que la dirección de dichas valoraciones y actitudes no seguían un sentido único, sino que podían emanar de cualquiera de los actores involucrados hacia el Otro y

[332] En Lingüística, semiótica o semiología se refiere a la ciencia dedicada al estudio de los signos. Se basa en la distinción fundamental del significante y del significado dentro de los signos, y el objeto a que se refieren. Aquí, no se utiliza este marco –pues rebasa las competencias teóricas del autor-, sino que se apela a la definición de semiótica utilizada por la medicina clínica.

viceversa, dependiendo de la identidad de "grupo socio-racial" arrogada, y que lo anterior se constituiría como una barrera para la accesibilidad a los servicios públicos de salud (véase Capítulo Dos). Así, se apuntaba que los trabajadores de salud mestizos expresarían representaciones prejuiciosas y estereotipadas respecto a la población indígena, y que dichas valoraciones se traducirían en prácticas discriminatorias y racistas para con ellos. Pero, al mismo tiempo, la población indígena igualmente asumiría valoraciones de prejuicio y estereotipo acerca de los médicos mestizos y tendrían actitudes discriminatorias y racistas dirigidas a estos últimos. Después de la exposición etnográfica de los hallazgos del trabajo de campo, de establecerlos ordenadamente y comentarlos críticamente, ahora, al crepúsculo del texto, ¿qué se puede concluir respecto a estos postulados hipotéticos? ¿Existen realmente contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo en los encuentros médicos interétnicos que tienen lugar en Los Altos de Chiapas? Y, en caso afirmativo, ¿se erigen como impedimentos para la accesibilidad a los servicios públicos de salud?

Efectivamente, los datos empíricos obtenidos señalan que dichos encuentros médicos interétnicos están marcados por este tipo de prácticas y representaciones, y que sus efectos se oponen a la accesibilidad a los servicios públicos de salud. Para afirmar que esto es así y a modo de corolario, se presenta la recapitulación de algunas de las prácticas y representaciones más significativas en el marco de los encuentros médicos que tienen lugar en la clínica de Llano Aguacatal, explicando sus contenidos de prejuicio, estereotipo, discriminación y racismo, y sus consecuencias respecto a la accesibilidad a los dichos servicios.

a) *Segregación*. La población indígena y mestiza tienen prácticas mutuamente segregacionistas. El caso ha sido constatado en diversos espacios y momentos en que los moradores se apartan espacial y temporalmente (en las escuelas, en la iglesia, durante las reuniones del programa *Oportunidades*, en los días de fiestas religiosas o cívicas, etc.) a partir de su identificación con un grupo socio-racial dado. En el caso particular de los encuentros médicos la tendencia se corrobora. Los indígenas acuden a la clínica preferentemente por las mañanas, los mestizos lo hacen por las tardes. De este modo, pueden distinguirse con cierta claridad dos momentos y estilos genéricos de encuentros médicos: cuando los usuarios son indígenas (más común por las mañanas) y cuando los usuarios son mestizos (principalmente después del medio día y por las tardes). Así, el servicio de salud parece adaptarse a un arreglo segregacionista y mutuamente

discriminatorio que emerge de los propios grupos socio-raciales implicados. La intencionalidad implícita sería afirmar la diferencia entre los grupos y exaltar su separación (y pureza), perpetuando las desigualdades. Esta práctica ha marcado por siglos la lógica del racismo.

b) *Modos diferenciales de interrelación.* Los prestadores de los servicios públicos de salud entablan relaciones disímiles cuando atienden a usuarios indígenas o a mestizos. Con los primeros –los indígenas- se forja una relación *transcultural* en la cual el terapeuta no reconoce la influencia e importancia de la cultura del paciente o no se muestra conforme con la misma, pues juzga que su posible influencia es negativa para el proceso salud / enfermedad / atención (al respecto se abunda en estereotipos: los indios son estúpidos, sucios, descuidados con los menores, alcohólicos, violentos, culpables de sus condiciones de salud/enfermedad, recurren a prácticas terapéuticas dañosas, etcétera). En esta relación, el terapeuta pretende imponer sus conceptos culturales a través de sus enfoques y definiciones diagnósticas y terapéuticas, sin reparar en la dimensión cultural del paciente. Con los usuarios mestizos el terapeuta establece una relación *intracultural,* pues médico y paciente comparten códigos culturales similares. En esta relación se toman en cuenta -aunque parcialmente, pues la relación médico-paciente no deja de ser asimétrica y cargada de conflicto- las dimensiones culturales del usuario en la integración diagnóstica y terapéutica. También es significativo que para el conjunto de los casos de atención ofrecida a paciente mestizos, el terapeuta suele conocer sus nombres, algunos antecedentes personales y permitirse mayores familiaridades en el trato. En cambio, es regular el desconocimiento que tiene el terapeuta respecto a los nombres y antecedentes de los usuarios indígenas. En último término, el resultado de estos modos diferenciales de interrelación es desfavorable para la población indígena, un trato discriminatorio.

c) *Desconfianza del personal de salud hacia los indígenas.* Los trabajadores de salud mestizos manifiestan una profunda desconfianza respecto a los usuarios originarios por varias razones que se fundamentan en los estereotipos de que los indígenas son estúpidos, ignorantes, salvajes y malvados. Esto se traduce en valoraciones y actitudes diversas, pero todas en menoscabo de los originarios. En el marco de la consulta el médico desconfiará de la información recibida de los pacientes indígenas, pues considera que, cual malvados, mienten deliberadamente, además de que son estúpidos e ignorantes y no logran exponer

acertadamente su padecimiento. Por esto mismo, se evitará cualquier tentativa de explicaciones –sea sobre el cuadro clínico, el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico-, pues el médico considera que debido a la estupidez constitucional de los indígenas, el intento de esclarecimiento sería un acto inútil, pues los indios nada entenderían. Por otro lado, el personal de salud mestizo, al considerar que el indígena tiene una inclinación esencial por la malignidad, recela de su permanencia en el ámbito indígena y entre la población originaria, pues considera que a la menor provocación –el influjo del alcohol, el son del falso rumor o al frenesí de la turba- puede emerger el arrebatado salvaje que todo indio lleva a flor de piel, y agredir al injustamente inculpado trabajador de la salud (que si bien le va, únicamente terminará amarrado con mecate de un guayabo). Los trabajadores de salud se reconocen vulnerables y temen por su integridad física.

d) *Desconfianza de la población indígena hacia el personal de salud.* La población indígena -sean los usuarios, pero particularmente los no usuarios de los servicios públicos de salud- manifiesta una intensa desconfianza hacia los prestadores de servicios y la institución de salud. La suspicacia frente a los servicios de salud alcanza los linderos del temor por el daño a la integridad física; los originarios estiman que en los confines de las clínicas y hospitales pueden ser víctimas de agravios, humillaciones y agresiones que podrían conducirles, incluso, a la muerte. Esta es una representación poderosa que inhibe la tentativa de muchos pobladores, para acudir a los servicios públicos de salud. Tal creencia se erige como una barrera para la accesibilidad a los servicios sanitarios. Por otro lado, opinan también que los servicios de salud que despacha el gobierno para la atención de los indígenas son deliberadamente -es decir, con toda mala intención- de inferior calidad respecto a los servicios que se ofrece a la población mestiza. Opinan, por ejemplo, que los médicos son inexpertos e incapaces, pues se dice que “todos” ellos son jóvenes pasantes (como sinónimo de incompetentes), quienes acceden a trabajar en las comunidades indígenas para, aprovechando la penuria y mansedumbre de los originarios, servirse de sus cuerpos enfermos para aprender, entrenarse y completar su formación profesional, para luego abandonarlos y entregar los saberes y experiencias acumulados a la población mestiza de las grandes ciudades. O que la medicina que poseen las clínicas y hospitales gubernamentales es “mala”, infructuosa, defectuosa, que no sirve para aliviar los males y dolencias que prevalecen entre los suyos. Así, los originarios juzgan que precisamente por

ser indios, por ser diferentes, el gobierno, en este caso a través de las instituciones de salud, les brinda un trato desfavorable e, inclusive, vejatorio. Utilizando las definiciones dadas en el Capítulo Dos, podemos sugerir que los indígenas piensan que son víctimas del llamado "racismo de Estado". Parece que es suficientemente claro que estas opiniones se establecen como una barrera para la accesibilidad a los servicios públicos de salud (repásese en que la definición que dimos para accesibilidad es amplia e incluye características de los usuarios, véase en el Capítulo Dos).

e) *Incomprensión mutua*. En la relación médica con pacientes indígenas predomina la incomprensión, con pacientes mestizos es notorio un mayor y mejor entendimiento. En primer lugar está la barrera lingüística; terapeuta y paciente tienen idiomas distintos y ni el uno ni el otro domina el lenguaje del contrario. Explicar un padecimiento no es cosa fácil de por sí -qué se indica cuando se dice que duele la cabeza, por ejemplo-, pero cuando no se comparten mínimos códigos lingüísticos, el desafío es colosal. Pero no sólo no se comparte la lengua, sino que médico y paciente tienen modos disímiles para entender los procesos de salud / enfermedad / atención, y ambos desconocen mutuamente los marcos explicativos del otro y sus prácticas. Al mismo tiempo, el trabajador de salud considera que el indio es estúpido e ignorante, esa es una fundamental razón para obstaculizar la comprensión: el estúpido difícilmente entenderá nada de lo que ignora (si se me permite el oxímoron). No hay nada que explicar al indio porque nada entenderá (y aquí, admitiendo breves ajustes, se prueba nuevamente la razón del refrán: "la culpa no es del indio, sino del médico que intenta explicaciones"). Así como en la vieja Babilonia la incomprensión echó por tierra el mega proyecto "Torre Babel 1", y todos los ingenieros, albañiles, peones y medias cucharas desistieron del "manos a la obra" y cada cual se fue a casa con los suyos, en Llano Aguacatal la privanza de la incomprensión desalienta al indígena de entrar en contacto con personas que le resultan extrañas (para el caso, los trabajadores de salud mestizos), a quienes no comprende ni le comprenden. Esto es una barrera para la accesibilidad.

f) *El regaño a los pacientes indígenas*. Cuando los trabajadores de salud atiende a pacientes indígenas son regañones, antipáticos o malhumorados. Recuérdese a la enfermera Angelina echando a empellones al hombre indígena que osó atisbar al interior de la sala de "descanso-comedor" médico -de letrero que erróneamente indica "sala de hospitalización"-; o a la enfermera Mercedes con los dientes apretujados, arrojando miradas rabiosas a los

usuarios indígenas que suben sus piesotes *mugrosos* a la báscula dispuesta a atrancar la puerta de la sala de espera; o al doctor Pilicastro increpando con rudeza al originario que tiembla de miedo y nerviosismo frente a él. Yo no vi que el doctor regañara a algún paciente mestizo, y si alguna vez se mostró molesto con alguno de ellos, fue porque previamente un indígena se encargó de agriarle el día.

g) *Prácticas discriminatorias para los pacientes indígenas*. La etnografía permite descubrir sobrados ejemplos de tratos desfavorables de parte de los trabajadores de salud para con los indígenas –además de los ya mencionados en incisos previos-. Generalmente, el médico manifiesta desinterés, apatía, indolencia y descuido cuando atiende a pacientes indígenas -sucede en menor grado con mestizos-. Estas actitudes se justifican insistiendo en la pifia y descuido del propio originario, por ejemplo, cuando el doctor se negó a abrir el expediente de la niña indígena aduciendo que esta no volvería a consulta nunca jamás, y que si muriera sería culpa de sus propios padres por descuidados, etcétera. Y a propósito de la última línea, debe enfatizarse que la actitud del galeno de descargar la responsabilidad de las desventajosas y endebles condiciones de salud de los originarios en ellos mismos, es un juicio que, además de equívoco, no solamente no adelanta en nada, sino que es pernicioso, pues como se ha visto, justifica la inmovilidad del terapeuta en detrimento del Otro (vuélvase al caso de la niña indígena, a quien no sólo no se le abrió expediente, sino que tampoco se le valoró adecuadamente, ni se dispuso de las medidas necesarias para procurar su restablecimiento, por el contrario, se delegó la completa responsabilidad en sus padres).

h) Y *racismo mutuo.*

Negación y los disimulos del racismo

"…pese al desarrollo de la antropología médica, persiste y se acentúa en las principales corrientes teóricas el escaso interés por el papel de la dimensión biológica, por la articulación entre lo cultural y lo biológico y por la significación de la constante expansión de las *explicaciones biologicistas* o de las reacciones sociales respecto de las mismas"

Eduardo Menéndez (2002:178)

Cuando despertó,
El dinosaurio todavía estaba ahí.
Augusto Monterroso, El dinosaurio

Algunas personas no estarán de acuerdo con el diagnóstico. Dirán que el autor es aventurado, ingenuo, desfachatado o torpe, por arriesgarse a señalar que existe racismo de parte de los trabajadores de salud mestizos hacia la población indígena, y más aún, por sugerir que el racismo proviene también de la población originaria hacia los mestizos. Esta reacción no sería ajena a la antropología, el racismo ha sido un tema olvidado o deliberadamente ignorado por esta disciplina durante varias décadas (Menéndez, 2002:173-245). Sin embargo, confieso que me gustaría que los posibles detractores tuvieran los mejores argumentos y que, en consecuencia, la razón pusiera a cada cual en su lugar, es decir, que se mostrara el error y la falsedad de mi conclusión y se impusiera la razón de los censores. Este apartado tiene un solo fin: discurrir y testificar sobre la evidencia de manifestaciones racistas en los encuentros médicos.

Un primer argumento crítico respecto a la conclusión puede ser que no se muestra la contundencia en la referencia biológica. Para este tengo dos respuestas: a) tanto el doctor Pilicastro, como el enfermero Claudio Moreno y la enfermera Lila Berlanga aceptaron la presencia de diferencias biológicas entre indígenas y mestizos. Pilicastro y Moreno convinieron que hay raza indígena y raza mestiza. El galeno aceptó que estas diferencias son heredadas en los genes y que hacen del indígena un ser física e intelectualmente inferior, aunque admite que la influencia ambiental (entre ellas la cultura y la alimentación) también es decisiva (véase el subtítulo "El indígena en términos raciales" en el Capítulo Cinco). Si aun se considera que no existe vasta referencia a lo biológico, téngase en cuenta que esto puede deberse a varios motivos: que el autor no consiguió el dato, o que los actores entrevistados no tuvieron ocasión de expresarlo o prefirieron callarlo, o que, efectivamente, la mayoría de los sujetos no asuma explicaciones respecto a la diferencia del "Otro" con un franco anclaje biológico; b) por otro lado, de la mano con la definición utilizada en este trabajo para "racismo", no es necesaria la obstinación en diferencias biológicas o

raciales para que exista esta valoración y las actitudes que le derivan. Considero que racismo es la insistencia en las diferencias estereotipadas -sean biológicas o culturales, reales o imaginarias-, juzgadas negativamente en detrimento de los Otros para legitimar una agresión o privilegio (véase definiciones en el Capítulo Dos), y en este recorrido etnográfico hemos sido testigos de dicha insistencia en la diferencia y la persistencia del estereotipo para menoscabo de los Otros (a veces el indígena, a veces el trabajador de salud mestizo, dependiendo de la identidad apropiada por el sujeto racista).

Un segundo argumento crítico puede consistir precisamente en el desacuerdo con la definición dada por el autor para hablar de racismo, e insistir en que es necesaria la explicación recurriendo a la biología heredada. Sin desistir de la conveniencia de la definición que asumo, sugiero que se preste atención a dos pistas significativas, me refiero a las extendidas representaciones entre los trabajadores de salud mestizos sobre las supuestas capacidades intelectuales inferiores y la inclinación moral hacia la maldad en los indígenas.

A no ser por el doctor Pilicastro -que nos dice que el mestizaje aporta un refresco genético positivo que se refleja, entre otras cosas, en inteligencia acrecentada-, ningún trabajador de la salud mestizo nos dice con transparencia que la estupidez y la maldad características del estereotipo concerniente al indígena, sean atributos biológicos heredados. No, no lo dicen. Pero no se pierda de vista que estos dos argumentos –la menor capacidad intelectual y las disposiciones morales perversas- han sido caballo de Troya en la argumentación racista; alguna vez lograron traspasar los muros de las conciencias que asediaban y podrían volver a hacerlo, si es que no lo han conseguido ya. "En la década de 1920, los gobiernos de Estados Unidos y muchos países europeos, convencidos de que la inteligencia era en gran parte hereditaria y alarmados ante la posibilidad de que los torpes se reprodujeran en exceso, empezaron a esterilizar a los deficientes mentales para evitar que transmitieran sus genes" (Ridley 2004:105). Del mismo modo, se han desarrollado explicaciones biológicas para el comportamiento humano, especialmente para ciertas disposiciones "inmorales" o "desviadas": el comportamiento criminal, el suicidio, la homosexualidad, las adicciones (Menéndez, 2002; Ridley, 2003; Lewontin, *et. al.*, 1991).

Ciertamente, la discusión sobre la heredabilidad de la capacidad intelectual o el comportamiento humano ha sido asunto polémico, que pareció resolverse a favor de la determinación ambiental a mediados del siglo XX. Esta tendencia se mantuvo algunas décadas, pero en los años de 1990, y especialmente en 2001 con el desciframiento del genoma humano, las

explicaciones biológicas para el comportamiento del hombre han resurgido –si acaso alguna vez dejaron de ser-. Así, se elaboran explicaciones biorraciales para el sida entre las sociedades negras africanas[333] o para el alcoholismo entre los indios americanos o para la pobreza entre innumerables poblaciones subalternas. La depresión, la anorexia, la anorgasmia, la hiperkinesis infantil, el malhumor, la agresividad, la homosexualidad, el aprovechamiento escolar, la timidez, la pobreza, la propensión a infecciones y al fracaso, todo encuentra preeminente explicación biológica. Para no percatarse de la hegemonía ideológica de éstas explicaciones biológicas en las ciencias, se necesita cerrar los ojos con esfuerzo (Ridley 2004; Menéndez, 2002). ¿Podemos acaso disimular que no existen los estudios sobre heradabilidad de inteligencia desde campos de conocimiento como la genética o los estudios en gemelos? Continúa la búsqueda de genes para la inteligencia y a pesar de más de 2000 resultados fallidos, existe una correlación estadística razonable para el caso del gen IGF2R del cromosoma 6 y hay muchos otros genes candidatos (como PLP, responsable de la velocidad de transmisión neuronal) (Ridley 2004:106). Pero el hecho es que hasta hoy se considera que no hay nada contundente, definitivo. Pero, ¿qué opinan los mestizos corrientes de San Cristóbal de Las Casas, de Chiapas o de México? Me atrevo a pensar que la mayoría de las personas cree que la inteligencia es una aptitud heredable -y los que tenemos hijos tendemos, consciente o inconscientemente, a afirmar lo anterior, para distinción o para desencanto, en cada reunión familiar-. Esto no impide aceptar que la sociedad reconoce también que una "buena educación" puede ser decisiva para que la inteligencia germine, así como lo ilustra la parábola de la simiente y la tierra fértil: una "buena" semilla requiere del "buen" suelo y ciertos cuidados para arrojar su fruto.

Pero todavía algún detractor podrá insistir, "¡pero no existe aún el argumento definitivo que afirme que la biología es determinante en el comportamiento humano y excluya las influencias ambientales!" ¿Es eso suficiente para dar por zanjada la ideología racista? Si objetivamente no existe la raza judía, ¿el antisemitismo no es una ideología racista? Por eso, con la definición de racismo a que decidí apegarme en este trabajo, no necesitamos, al fin de cuentas, de la certeza

[333] La prestigiada revista Science da cuenta de una investigación reciente que revela que existe una susceptibilidad genética para contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las personas que tienen más copias del gen CCL3L1 son menos susceptibles de contraer el virus. Los investigadores analizaron muestras de sangre de más de 4,300 estadounidenses de origen africano, europeo e hispano. Anthony Fauci, investigador que participó en el estudio, sostuvo que "este importante estudio identifica factores genéticos de algunos *grupos en particular* que aumentan o mitigan la susceptibilidad de cada persona a la infección y al desarrollo del sida" (Agencianotiese, enero 11 de 2005).

biológica, aunque las tendencias dominates en la genómica se afanen en ponerla en nuestra mano ante el letargo de nuestra disciplina.

> "Vana sería la pretensión de haber resulto por la negativa el problema de la desigualdad de las razas humanas", dice Lévi-Strauss, "si no se aborda también el de la desigualdad –o diversidad- de las culturas humanas, que, en la *conciencia pública*, le está de hecho si no de derecho, estrechamente ligado" (1952:39)

Sea vanidad –el hueco, el vacío, el desapego de la realidad- o la desfachatada negación de cerrar los ojos con intención, diciendo que el racismo no existe entre los indígenas y mestizos locales, porque no hay argumento objetivo, pues se ha demostrado la no existencia de razas, y decretamos la extinción del racismo, *chupacabras* grosero de mentes aviesas y apegadas al escándalo amarillo y el sensacionalismo. Al mismo tiempo,

> "Una serie de movimientos y procesos desarrollados en este lapso potencian la recuperación del biologicismo y también del racismo; así, en Estados Unidos toda una serie de hecho como el fracaso de la lucha contra la pobreza y la continua producción de pobres, y de pobres que en su mayoría son negros, hispanos y/o amerindios; el incremento de las "patologías y desviaciones sociales" (homicidios, adicciones); el fracaso de la escolarización observado en particular en pobres y grupos étnicos; la emergencia combativa de grupos hasta entonces caracterizados por la pasividad social (en particular negros y mujeres), etc., favorece la recuperación de explicaciones y acciones racistas" (Menéndez, 2002:179).

¿La glosa parece familiar para el contexto de Los Altos de Chiapas? ¿No es verdad que ante el analfabetismo, la violencia, el alcoholismo y la pobreza que dominan en el imaginario o la estadística sobre los indígenas de Chiapas, esta explicación brinda una tentadora sugerencia para la justificación racista existente? ¿Y qué decir de los peligros de fundamentalismos prístinos de los originarios, algunas veces autonombrados "los hombres verdaderos", en contra de los inmundos *caxlanes* que, como la acostumbrada visión maniquea supone, serían los hombres falsos?

Con la evidencia empírica acumulada en este limitado trabajo, es posible afirmar que en los encuentros médicos interétnicos se hallan significativas insistencias en las diferencias -a veces biológicas, otras culturales-, y sus consecuencias derivan en menoscabo del Otro, y eso se llama, con todas sus letras, racismo.

Pero aquí no hemos terminado, falta una última y muy importante discusión. Si el biologismo es el rasgo estructural por excelencia del modelo médico hegemónico (MMH), ¿qué significa la supremacía de las explicaciones biológicas que desde la ideología científica hegemónica se elaboran para los comportamientos sociales, las capacidades intelectuales y las disposiciones morales? ¿Qué significa que el MMH revele la causalidad genética del alcoholismo, la homosexualidad, la pobreza o la delincuencia? Y más aun, ¿Cuáles son las consecuencias de estas tendencias "científicas" hegemónicas? ¿Cuáles las secuelas de la pasividad de la antropología médica al rehuir este debate?

¿MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO Y RACISMO?

La tercera hipótesis que se planteó en el estudio señalaba que el prejuicio, el estereotipo, la discriminación y el racismo constituyen rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico (MMH), y que dichas valoraciones y actitudes "negativas" se evidenciarían –entre otras cosas- a través de las características de las respuestas diseñadas e implementadas por el Aparato Médico Sanitario (AMS) para enfrentar las condiciones de salud de las poblaciones indígenas, concretamente en la (supuestamente) deliberada precariedad de recursos que se destinan a estas poblaciones, la baja productividad de servicios y la deficiente calidad de la atención. Así, el tercer eje de análisis de la tesis examinaría, a partir de los hallazgos del trabajo de campo, la organización de estas respuestas sanitarias (locales) del AMS, intentando develar las valoraciones implícitas respecto a su quehacer en el contexto indígena, tomando como soporte analítico el estado de estos fenómenos sustantivos de la salud pública (los recursos, los servicios y la calidad de la atención).

Para enmarcar el escrutinio eché mano de la construcción teórica de los modelos médicos propuestos por Eduardo Menéndez, quien de por sí ya ha argumentado teóricamente que el MMH comparte características isomórficas a la estructura de clase dominante, entre ellas el racismo -rasgo que, fundamentado por este y no muchos otros trabajos, se da por sentado en el contexto interétnico de Los Altos de Chiapas- (véanse Capítulos Uno[334] y Dos).

[334] En los subtítulos "Relaciones interétnicas en Los Altos de Chiapas: la recreación de una sociedad de castas" y "Relaciones interétnicas en Chenalhó", se desarrolla la argumentación que nos permite afirmar los contenidos de racismo en las relaciones interétnicas regionales.

En esta sección se intenta dar respuesta a tales planteamientos. ¿Cuáles son las valoraciones implícitas en la organización de las respuestas sanitarias por el AMS –concretamente el estado de los recursos, la producción de servicios y la calidad de la atención- en el contexto indígena regional? Y más específicamente, ¿son el prejuicio, el estereotipo, la discriminación y el racismo rasgos estructurales del MMH en el ámbito indígena?

Para responder estas preguntas he considerado preciso, en primer lugar, hacer una breve recapitulación a partir de los hallazgos del trabajo de campo, del estado de los recursos, la producción de servicios y la calidad de la atención en los servicios públicos de salud locales. Posteriormente y partiendo de la exposición que antecede, se presenta el bosquejo de algunas reflexiones preliminares relativas a las transformaciones que, desde mi punto de vista y echando mano de los ejemplos empíricos producto del trabajo de campo, sufre la estructura, las relaciones y la operación del MMH, concretamente del submodelo corporativo público a través del AMS que opera en el ámbito indígena local[335]. Para concluir se confecciona el argumento que da respuesta y punto final a la hipótesis expuesta.

Estado de los recursos, producción de servicios y calidad de la atención en los servicios públicos de salud de Los Altos de Chiapas

El recorrido etnográfico que se ha presentado en los capítulos tres a cinco ha pretendido dibujar un paisaje copioso en detalles que permitan ubicar al lector en los espacios y dinámicas acostumbradas al interior de un establecimiento del ISECH en Los Altos de Chiapas. Esta andanza nos permite apuntar algunos comentarios respecto al estado de los recursos, la producción de servicios y la calidad de la atención en los servicios públicos de salud.

Hemos presenciado significativas carencias, insuficiencias y sub-utilizaciones de los recursos para la salud. Encontramos espacios de lúgubre condición, por ejemplo, una sala de rayos equis y un quirófano inermes, en total desamparo; una sala de hospitalización que a falta de "internados" ha sido habilitada como comedor y espacio para el restablecimiento del fatigado personal; un laboratorio de análisis clínico agónico que se resiste a exhalar el último suspiro al

[335] Desde ahora se aclara que las funciones permanecen inalteradas. De hecho, las transformaciones que, a mi juicio, sufre el MMH en el contexto indígena local, son adecuaciones que, en el marco de la crisis por la que atraviesa el modelo, le permiten continuar cumpliendo sus funciones, tanto curativas, preventivas y de mantenimiento, las de control, normalización, médicalización y legitimación, y las económico-ocupacionales.

terminar sus reactivos finales; una central de equipo y esterilización sin equipo para esterilizar; una ambulancia defectuosa que requiere de un traslado urgente al taller mecánico. Materiales y equipos en penoso estado: un negatoscopio atrapado en telarañas y sin luz que le ilumine; lámparas ciegas, sin bombillas; dos espectrofotómetros que se han olvidado ya cómo se miden las intensidades espectrales en las soluciones, porque ninguna luz puede pasar a través de ellas hasta reponer el foco que hace falta (desde hace un año); una báscula infantil que añora el peso de un lactante; y otras lamentables y definitivas carencias: el vacío que deja en la clínica la ausencia del equipo de diagnóstico desaparecido, la amargura por la falta de estetoscopio y baumanómetro sobre el escritorio del galeno (recuérdese que sólo hay uno de estos equipos y lo posee la enfermera Mercedes González). Y qué decir de los recursos humanos, hay un sólo médico –quien, a su vez, es director de la unidad- para atender la consulta. Es cierto, hay tres enfermeras, hay un odontólogo, un polivalente. ¡Pero se ausentan a la menor provocación! ¡Llegan tarde, se van temprano![336]

En cuanto a la producción de servicios fuimos testigos, y hay que reiterarlo, del innegable rendimiento mayúsculo del personal, especialmente del médico y la enfermera Meche, quien con frecuencia le asiste. Todos los días hay un número nada desdeñable de consultas –entre diez y treinta- y el afanoso doctor Pilicastro no interrumpe su labora hasta dejar vacía la sala de espera. Sin embargo, debe señalarse con firmeza que la gran mayoría de los servicios que se generan están relacionados al prolijo control regulado en el marco del programa *Oportunidade*s, en otras palabras, la mayoría de las personas que se atienden día tras día en esta clínica son una población de usuarios indudables, estarán ahí independientemente de su condición de salud, su padecer o parecer. Estarán puntualmente en la clínica porque lo requiere el programa. Así, se garantiza una abultada e irrefutable producción de servicios, que bien puede encontrar acomodo en el rimbombante eslogan del ex-gobernador tabasqueño y fallido precandidato a la presidencia de la república, que con la fiereza de desfacedor de entuertos interpela a los incrédulos, "¿Quién dice que no se puede?"

[336] En el trabajo, "Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas" (2004), Freyermuth y el autor presentan una amplia exploración de la disponibilidad de recursos materiales y humanos para la atención de urgencias obstétricas en los servicios públicos de salud del primer nivel, en once municipios de Los Altos de Chiapas. Ahí se revelan notables carencias de equipos básicos (como equipos de sutura o para atención de parto, tanques de oxígeno, perillas para aspiración de secreciones, etc.), de artículos consumibles, recursos farmacológicos y recursos humanos (Freyermuth, et. al. 2004:33-40).

Finalmente, tocante a la calidad de la atención se distinguen tres aspectos (Castro, 2003) “la competencia humana”, “la competencia técnica” y la “competencia cultural” (véase las definiciones en el Capítulo Dos). ¿Qué decir de la competencia humana? Se ha discutido ya en apartados anteriores que a pesar de que el doctor Pilicastro suele ser amable y respetuoso durante el primer contacto (durante el saludo) con todos los usuarios, es frecuente que con los pacientes indígenas se manifiesten tratos vejatorios y de desprecio: se les “regaña” debido a las condiciones de “descuido” con que se presentan (suciedad de ropa y cuerpo), por la tardanza en acudir a recibir la atención (“por qué hasta ahora”), por recurrir las prácticas de autoatención o con algún terapeuta tradicional (“seguro que ya fue con el curandero”); se desconfía explícitamente de ellos; se les responsabiliza de sus condiciones de salud/enfermedad (“por eso luego se les mueren los niños”, “como seguramente el señor tiene otros hijos desnutridos, por eso lo ve muy normal”), etcétera. Además de que en ningún caso se les explican los procedimientos diagnósticos ni terapéuticos a los pacientes, ni se les solicita el consentimiento informado (esta característica es constante tanto con usuarios indígenas como con mestizos). Por otro lado, es patente el profundo vacío existente respecto a la competencia cultural. La generalidad de los trabajadores de salud suelen hacer juicios negativos respecto a las prácticas y representaciones de la población indígena (“…aquí el principal problema es la gran ignorancia de la gente y sus canijas costumbres”). La atención que se ofrece en el centro de salud de Llano Aguacatal dista de cumplir con el trato digno y respetuoso que merecen todos los usuarios. Con los originarios se establecen relaciones *transculturales* donde el terapeuta desconoce siquiera generalidades de la cultura de los usuarios y no reconoce la importancia de la misma en el proceso s/e/a. Así, los trabajadores de salud procuran imponer sus conceptos culturales a través de sus orientaciones diagnósticas y terapéuticas.

En cuanto a la competencia técnica es evidente la baja calidad, la insuficiencia y la mediocridad. Los interrogatorios son parcos, la exploración física incompleta o inexistente, los diagnósticos dudosos, los tratamientos inciertos. Al respecto no se revelan diferencias considerables cuando el paciente es indígena o mestizo; a ambos se les brinda una atención técnica deficiente. Con esto no debe afirmarse que los médicos no posean los conocimientos o las habilidades necesarias para enfrentar su tarea clínica –aunque la evidencia nos debe orillar a tener presente

esta posibilidad-, sino únicamente reconocerse que para los casos observados y descritos por el autor en este trabajo la calidad de atención es técnicamente mediocre.[337]

Metamorfosis del Modelo Médico Hegemónico en el ámbito indígena: anotaciones preliminares

> En consecuencia, el análisis global del MMH no puede reducirse a sí mismo; Su descripción y análisis debe realizarse junto con el de los saberes y prácticas que subordina;
>
> Y además, tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones.
>
> Eduardo Menéndez, 1990:84

En el Capítulo Dos ya se ha expuesto la teoría menendeciana de los modelos médicos y aquí no se repetirá. Ahí se mencionaba que "al ubicar el estudio en el marco de los procesos de globalización neoliberal actual desde el contexto indígena local, han surgido algunos cuestionamientos y aristas críticas respecto a la estructura, relaciones y operación de los modelos médicos propuestos por Menéndez, particularmente del llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH) en el escenario específico de mi estudio (el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas)". Es el momento de aclarar a qué cuestionamientos nos referíamos entonces, aunque se advierte que los apuntes que siguen son sólo los primeros trazos de una reflexión inconclusa.

Menéndez lista una serie de rasgos estructurales del MMH, con algunas variaciones de los mismos para los submodelos corporativos público y privado. Los cuestionamientos que planteo tienen que ver con la transformación de estos rasgos estructurales del MMH –más específicamente del submodelo corporativo público-, en el ámbito indígena y posiblemente fuera de él. Pero, ¿por

[337] Durante las entrevistas que sostuve con más de dieciséis médicos de la región durante la evaluación de los servicios institucionales para la atención de urgencias obstétricas, pudimos darnos cuenta de que la competencia técnica para la atención de urgencias obstétricas, si bien deficiente en general, es heterogénea. En primer lugar, quienes atienden mayor número de eventos obstétricos, incluyendo las urgencias, son los médicos pasantes en servicio social. Entre el universo de médicos pasantes y médicos titulados, se revelan competencias disímiles. En la mencionada evaluación se preguntó a los médicos sobre el manejo que han realizado –o realizarían- de mujeres gestantes con preeclampsia grave; solamente el 12% de los galenos respondió que administraría alguno de los médicamentos antihipertensivos indicados (aunque nadie mencionó hidralazina), el restante 88% no administraría el manejo farmacológico indicado (una de las entrevistadas confesó que utilizaría captopril, médicamento contraindicado para estos casos). Del mismo modo, sólo el 12% de los entrevistados practicarían una extracción manual en casos de retención de placenta. En casos de hemorragia posparto debida a atonía uterina, sólo la mitad de los galenos administraría médicamentos uterotónicos (oxcitocina o ergonovina). (Freyermuth, G; Meneses, S, 2004:40-43)

qué habrían de sufrir una metamorfosis el MMH y el submodelo corporativo público en sus rasgos estructurales? Porque desde hace por lo menos tres décadas que el modelo se encuentra inmerso en una crisis producto de una serie de críticas y cuestionamientos provenientes desde diferentes orientaciones teóricas e ideológicas, algunas incluso antagónicas entre sí (Laurell, 1997:13-19). Las principales críticas que se apuntan, de uno u otro lado, son: a) el aumento de los costos de atención, b) el aumento constante en el consumo de fármacos potencialmente nocivos, c) los cambios del perfil epidemiológico que han evidenciado la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones "secundarias", d) la comprobación de que algunas técnicas sencillas y baratas operadas por la comunidad pueden ser más eficaces que la utilización de técnicas complejas, sofisticadas y costosas, y ello para algunos de los principales problemas que afectan a la población, e) el reconocimiento de los denominados "productores de enfermedad", localizados en la industria de alimentos, alcoholera, tabacalera, químico-farmacéutica, etc., y la subordinación política del Sector Salud a dicha industria de la enfermedad, f) el mantenimiento de la desigualdad social en la forma de morir, g) el estancamiento en el descenso de las tasa de mortalidad y la persistencia de muertes evitables en el perfil epidemiológico, h) la reemergencia de enfermedades infecciosas que se creían controlados como la tuberculosis o el sarampión, i) la carencia de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad, entre otros cuestionamientos que atentan contra la viabilidad del modelo y su reproducción (Menéndez, 1990). Así, para responder a estas críticas y al mismo tiempo mantener sus funciones y garantizar la expansión y reproducción del sistema, el modelo necesita modificarse, aunque dicho cambio no está exento de contradicciones y conflictos.

En el ámbito indígena, entre otros, los mencionados elementos de crisis del MMH se observan con mayor agudeza: a) la población, en general, carece de dinero para costear la atención (sea con médicos alópatas o tradicionales) y se registran sobrados episodios de gastos catastróficos para atender necesidades de salud; b) la automédicación es una práctica arraigada y extendida entre la población local y las más de las veces en forma iatrogénica (el caso del uso de oxitócicos para acelerar el parto, la utilización de corticoesteroides, de sueros intravenosos, de vitaminas parenterales, etc.); c) permanecen perfiles epidemiológicos caracterizados por la elevada prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y se incrementa la incidencia de enfermedades crónico degenerativas (como diabetes, hipertensión, diversas formas de cáncer, etcétera); d) se registran tasas de mortalidad más alta para cualquier grupo etario y sexo –particularmente entre niños y mujeres-, respecto al resto de la sociedad nacional; entre otros elementos de crisis que se

revelan agravados. Al mismo tiempo, la presencia del MMH en este medio se da, principalmente, a través del AMS del submodelo corporativo público (la presencia del submodelo individual privado es muy escasa, y la del corporativo privado, nula), cuya presencia es de por sí endeble. Pero el MMH, para cumplir con sus funciones, necesita expandirse en este ámbito (y a otros ámbitos donde su presencia es débil), máxime cuando desde estos espacios se expresan reclamos sociales que pretenden atentar contra la reproducción y viabilidad del sistema en su conjunto (respuesta que en ocasiones acuden a la vía armada, como sucede en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Morelos, Estado de México, Puebla y Veracruz, entre otros, por mencionar sólo el caso mexicano). Así, recurriendo a las críticas dirigidas a la crisis del MMH desde el interior del mismo y asumiendo implícita y explícitamente los argumentos brindados desde la crítica neoliberal (es decir, con argumentos de costo/beneficio y costo/efectividad: argumentos técnicos y económicos) (Laurell, 1997:15-19), el modelo busca innovadores y convenientes mecanismos de expansión hacia estos sectores, y es en este intento de expansión y de garantizar la reproducción del sistema, que el MMH se transforma.

Así, desde la década de 1970, y particularmente a partir de la conferencia internacional de Alma Ata, en Rusia (1978), renovando su fuerza a partir de 1993 con las orientaciones expuestas en el documento *Invertir en salud* del Banco Mundial, hasta la actualidad, el MMH a través del AMS del submodelo corporativo público, ha experimentado cambios en sus rasgos estructurales al dirigirse a clases subalternas, propugnando por una política asistencialista restringida a los bienes públicos con grandes externalidades y un mínimo de acciones enfocadas a los comprobadamente indigentes. Ante todo, la intencionalidad final es asegurar la reproducción del sistema al extender el alcance de las funciones del modelo, utilizando para ello las actividades técnicas, es decir, las curativas y preventivas. Es en este proceso de expansión de la hegemonía hacia el ámbito indígena de Los Altos de Chiapas y en el marco de la misma crisis del MMH, que el propio modelo sufre importantes transformaciones en su estructura, relaciones y operación.

Los cambios que detecto en los rasgos estructurales del MMH, pero especialmente en el AMS del submodelo corporativo público, son: a) el fomento a la “participación social” en salud, b) la reducción y focalización de la intervención estatal en salud a través de paquetes esenciales de atención-prevención, bajo criterios de costo/beneficio y costo/efectividad (basados en evidencia científica contundente) y dirigidos a los comprobadamente pobres, c) incorporación /apropiación de otras prácticas y saberes subalternos (caso de la partería o de otras prácticas “tradicionales”), e)

énfasis en el preventivismo y medidas medio ambientales (que no atenten contra los causas estructurales de la organización político-económica, o contra los productores estructurales de enfermedad localizados en ciertas industrias), f) desmédicalización del sector oficial (reducción a paquetes básicos de médicamentos; gravámenes a medicinas); g) fomento a la autoatención, y h) impulso a la emergencia la práctica individual privada. Pero el listado de las modificaciones en los rasgos estructurales sufridas por el MMH requiere ciertas elucidaciones.

La apropiación del concepto de "participación social" en salud por el Aparato Médico Sanitario (AMS) y por diversas organizaciones que trabajan en el campo de la salud, "está cargado de presupuestos ideológicos/técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan el uso de la participación social" (Menéndez, 1998:65). El propio Menéndez ha advertido que desde la década de 1980 algunas orientaciones salubristas han apuntado a la necesidad de impulsar la participación social, aunque con reorientaciones práctico/ideológicas que limitan el alcance de dicha participación al ámbito local, sin atentar contra los determinantes estructurales que afectan el proceso s / e / a y sin alterar la situación de hegemonía/subalternidad (*Ibíd*.: 65-87). La tendencia desde entonces se ha mantenido y afinado, así hoy en México operan programas "modelo" como el *Oportunidades*, que imprimen la necesidad imperiosa de la participación social. El presidente de la república, en la introducción del texto rector del programa, lo señala en los siguientes términos:

> "Cómo *toda la política social de mi administración*, este Programa se aleja de las prácticas paternalistas y descansa en la *responsabilidad compartida de todos*; en la *corresponsabilidad de la gente*; en *la solidaridad de las comunidades*. Aquí reside la fuerza y eficacia del Programa. Con *Oportunidades* impulsamos a *las familias para que puedan superar la condición de pobreza por su propio esfuerzo*". Vicente Fox, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos (SEDESOL 2002:12).[338]

La orientación ideológica/práctica de la participación social que cada vez con mayor impulso aparece en los planteamientos del MMH a través del AMS dirigido a poblaciones subalternas, apunta a la responsabilidad compartida, a la corresponsabilidad, a la solidaridad entre comunidades y a la autosuperación de la pobreza por esfuerzo propio, es decir, la participación social queda limitada a la búsqueda de soluciones en el ámbito local y al cumplimiento obediente, sin apuntar a las sobredeterminaciones estructurales del proceso s/e/a. El señor presidente de la república insiste en

[338] Las cursivas son mías.

el exhorto para que las familias superen su condición de pobreza por esfuerzo propio -que participen, pues-, ya que el gobierno les ayuda con el impulso que representa *Oportunidades*. Nada dice el señor presidente sobre el mal estructural que obliga al campesino, al obrero, al vendedor ambulante, al profesionista subempleado o desempleado, a sobrevivir en la escasez, en la penuria, la indigencia, la miseria o, si bien le va, en Estados Unidos como trabajador ilegal, clandestino, prohibido o proscrito. En la glosa del presidente de la república, no se toma en cuenta que:

> "en una sociedad como la mexicana, aún en las comunidades étnicas más aisladas, las decisiones que se toman a nivel de los grupos domésticos, de las redes sociales o de las comunidades respecto de diferentes aspectos del proceso s / e / a, implican a diferentes niveles de la estructura social, una parte de las cuales están *fuera* no sólo del control sino del saber de los grupos locales. Más aún dichas tomas de decisiones se desarrollan en medios sociales en los cuales no participa la población de estas comunidades ni la mayoría de la población del país. Sin embargo, la toma de decisiones generada en dichos niveles externos afecta decisivamente las formas de vida locales" (Menéndez, 1998:69).

La reducción y focalización de la intervención estatal en salud hacia un conjunto de servicios clínicos esenciales, es una postura que encuentra su razón explícita en sólidos argumentos técnicos:

> "la reorientación de los recursos, de las medidas que tienen un costo alto por cada AVAD[339] ganado hacia aquellas que cuestan poco, podría reducir la carga de la morbilidad de forma espectacular sin incrementar los gastos. Es de suma prioridad que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales" (BM, 1993: 8).[340]

Vale decir que estas orientaciones pueden ser técnicamente acertadas. La única crítica posible a los contenidos técnicos de estos paquetes esenciales puede provenir apelando igualmente a la racionalidad técnica. En este caso no hacemos dicho ejercicio crítico, nuestro análisis se centra en los motivos implícitos de estas orientaciones reducidas, pues mientras se pregonan las bondades

[339] "*Año de vida ajustado en función de la discapacidad*, es una unidad utilizada para medir la carga global de la morbilidad y la eficacia de las intervenciones sanitarias, indicada esta última por reducciones de la carga de la morbilidad. Se calcula como el valor actualizado de los años futuros de vida exenta de discapacidad que se pierden en un año dado a consecuencia de muertes prematuras o casos de discapacidad" (BM, 1993:x).

[340] En México, este paquete consiste en trece intervenciones que se centran en saneamiento básico, planificación familiar, atención prenatal, nutrición y crecimiento infantil, inmunizaciones, diarrea, tratamiento antiparasitario, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial y diabetes mellitus, accidentes y lesiones, autocuidado de la salud y cáncer cervico-uterino.

de reducir y focalizar el gasto en salud, el sistema político- económico, dando excedidas muestras de absurdo, no escatima en disposiciones y prebendas para los poseedores del capital (para que tengan condiciones propicias para expandir el mercado, aunque no necesariamente para abatir las desigualdades sociales, sino para garantizar la acumulación concentrada de más dinero) y para la propia clase política, lo que, a nuestro juicio, representa un régimen injusto para los más.

Al mismo tiempo, se fomenta o tolera la incorporación/apropiación de otras prácticas y saberes subalternos -como la partería, el ejercicio de promotores de salud, *jloktoretik ja'jchi'iltak, j'iloletik*, etcétera-, del autocuidado y autoatención, se coloca el énfasis en prevenir la enfermedad a través de acciones sobre el medio ambiente, principalmente en el ámbito local/individual/familiar/comunitario.

Por lo anterior y a partir de la evidencia empírica que nos brinda este trabajo, podemos señalar que los rasgos estructurales del submodelo corporativo público del MMH que se modifican para el caso de Los Altos de Chiapas son: a) el correspondiente a la exclusión ideológica de otros saberes y prácticas que cambia por un enfoque a favor de la inclusión / incorporación / tolerancia de la actividad de otros terapeutas, como pueden ser las redes organizadas de promotores de salud (incluyendo las procedentes de grupos contestatarios), la práctica de los *jloktoretik ja'jchi'iltik,* de parteras y otros terapeutas tradicionales que distan mucho de compartir siquiera marginalmente el marco explicativo biomédico, como los *jiloletik* (es el caso de las malogradas clínicas mixtas, donde despachan médicos alópatas y estos terapeutas tradicionales); b) el individualismo, la asocialidad y la participación subordinada (pasiva) de los consumidores cambia por el fomento a la participación social en salud, bajo una orientación ideológica/práctica que se circunscribe a lo local, dejando inalterada la estructura productora de exclusión y enfermedad; esto es elocuente en el marco de programas como *Oportunidades* y su principio de corresponsabilidad; c) la orientación básicamente curativa permuta por las orientaciones preventivistas; d) la exclusión del consumidor sobre el saber se modifica por el énfasis en la participación individual y el señalamiento de corresponsabilidad.

Pero, ¿qué organización social, ideológica, económica y política opera sobre estos cambios del MMH y en las prácticas sanitarias actuales? En primer lugar se encuentra la necesidad de expansión del modelo y continuar ejerciendo sus funciones de control, normación y legitimación, que permitan la reproducción del sistema (neoliberal) en su conjunto. De la mano de este argumento, se encuentra la necesidad de reducir los costos e intervención del Estado en la salud, pues por un lado está la exigencia ideológica neoliberal de adelgazar la intervención financiera pública en cualquier

área que no sea la de promover el propio desarrollo económico y del (libre) mercado, y por otro, el requerimiento de ceder en el sector privado los beneficios derivados de las funciones económico-ocupacionales de la industria de la salud –calculada entre el 25 a 40 por ciento del Producto Interno Bruto (Laurell, 1997:17)-. Y finalmente, se acierta también a examinar nuevas posturas y estrategias que permitan lograr el control efectivo (o erradicación) de la morbilidad y mortalidad por nosologías evitables, que son, a fin de cuentas un elemento de importancia central en la crisis del MMH.

Así, considero que es posible listar algunos "nuevos" rasgos estructurales del MMH: a) preventivismo, b) principio de corresponsabilidad social y necesidad de su participación, c) inclusión / incorporación / tolerancia de prácticas "tradicionales", d) fomento de la participación activa en el consumo y producción de prácticas médicas en el seno del hogar (la madre, principalmente), e) reconocimiento de la autoatención como primer nivel real de atención, f) disminución del gasto público en salud y emergencia de mecanismos de financiamiento alternativos, pero que recaen fundamentalmente en el consumidor. Debe enfatizarse que el rasgo estructural esencial y que no cambia de modo alguno, es la preeminencia del biologicismo en las explicaciones y las orientaciones prácticas.

Qué se puede decir entonces, después de todo, respecto al tercer postulado hipotético que apunta que el racismo es un rasgo estructural del MMH. Con los datos empíricos obtenidos de este estudio y el estado actual de mi propia reflexión teórica, resulta evidente que los recursos –financieros, materiales y humanos-, los servicios y la calidad de la atención destinados a la población indígena de Los Altos de Chiapas son deficientes. No podemos asegurar que son peores que en el resto de la república, pues necesitaríamos de estudios comparativos multisituados –que aún no hemos hecho-. También reconocemos la tendencia actual del MMH, a través del AMS, que refleja la orientación a reducir y focalizar la intervención sanitaria, al tiempo que se exige mayor autorresponsabilidad y participación de la propia población, pero limitando el alcance de su acción al ámbito local. Por otro lado, queda claro que las explicaciones biologicistas han recuperado la hegemonía –si acaso alguna vez la perdieron- en la ideología científica y sus traducciones prácticas. Así, la balanza parece inclinarse indefectiblemente hacia la demostración del racismo como rasgo estructural del MMH. Pero apuntaba desde el inicio de este apartado final que estos son sólo los primeros trazos, el bosquejo preliminar de una reflexión prematura, inacabada. La disertación teórica sobre racismo y Modelo Médico Hegemónico permanecerá en los trabajos que aún no han sido escritos.

Bibliografía

Abric, Jean-Claude, 2001 (1994), *Prácticas sociales y representaciones*, Presses Universitaires de France, Ediciones Coyoacán, México

Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1955, *Programas de salud en la situación intercultural*, INI, FCE, México

Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1967, *Regiones de refugio*, Instituto Indigenista Interamericano, México

Aguirre Beltrán Gonzalo; Villa Rojas, Alfonso; Romano y otros, 1976, *El indigenismo en acción: XXV aniversario del centro coordinador indigenista Tzeltal-Tzotzil, Chiapas,* INI, SEP, México

Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1989, "Introducción", en De la Fuente, Julio, *Relaciones interétnicas*, INI Colección Presencias, México, 1989 (1965) pp. 9 – 15

Alejos, José, 1995, "Los choles en el siglo del café: estructura y etnicidad en la cuenca del río Tulijá", en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz,1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 319-328

Appadurai, Arjun, 2001, *La modernidad desbordada*, Trilce, Fondo de Cultura Económica, Montevideo

Arias, Jacinto, 1975, *San Pedro Chenalhó: algo de su historia, cuentos y costumbres*, Gobierno del Estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Ayora Días, Steffan Igor, 2002, *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas.* Universidad Autónoma de Yucatán, Plaza y Valdés, México

Banco Mundial, 1993, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial*, Banco Mundial, Washington, D.C.

Barriguete Meléndez, J.A.; Lerín Piñón, S.; Reartes Peñafiel, D.; Venegas, R.; *La Salud Mental en Contextos Interculturales: Contenidos para la sensibilización y capacitación de personal de salud*, s/f (en documento word)

Barth, Fredrik (comp.), 1967, *Los grupos étnicos y sus fronteras*, Fondo de Cultura Económica, México

Bensaid, Norbert, 1974, *La consulta médica*, Siglo XXI, México,1976

Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. ©1993-2002 Microsoft Corporation.

Billig, Michael, (1984), "Racismo, prejuicios y discriminación", en Serge Moscovici, *Psicología social. Pensamiento y vida social. Psicología y problemas sociales*, Paidós, España, 1984, pp. 575 - 600

Bonfil, Guillermo, (1962), "El diagnóstico sobre el hambre en Sudzal", en Roberto Campos, *La antropología médica en México,* Instituto Mora, México, 1997

Bourdieu, P; Chamboredon, J. C; Passeron, J. C ; 1975, *El oficio de sociólogo*, Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina.

Bronfman, M; Sejenovich, G; Uribe, P, 1998, *Migración y Sida en México y América Central*, Ángulos del Sida, CONASIDA, México

Campos, Gabriela, 2001, *Las Abejas. Una utopía religiosa posible en la política*, tesis para la obtención del grado de licenciada en etnología, ENAH – INAH, México

Casaúz Arzú, Marta Elena, 1998, *La metamorfosis del racismo en Guatemala,* Editorial Cholsamaj, Guatemala

Casaúz Arzú, Marta Elena, 1999, "La metamorfosis del racismo en la élite de poder en Guatemala", en Arenas Bianchi, Clara; Hale, Charles; Palma Murga, Gustavo; 1999, *¿Racismo en Guatemala?*

Abriendo el debate sobre un tema tabú, Asociación para el avance de las Ciencias Sociales de Guatemala (AVANCSO), Guatemala, pp. 47 - 92

Castro, Gustavo y Klein, Hilaria, 2001, "La salud y la autonomía indígena" *Boletín Chiapas al Día,* No. 228, CIEPAC, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Castro, Gustavo; Hidalgo, Onésimo, 1999, *Población desplazada en Chiapas,* CIEPAC, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Castro, Roberto, 2000, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza,* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, Cuernavaca, Morelos

Castro, Roberto,; Joaquina Erviti, 2003, *Desarrollo de indicadores de calidad de la atención con sensibilidad intercultural: servicios de salud en poblaciones indígenas*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, Cuernavaca, Morelos

CIEPAC, Boletín Chiapas al Día, No. 168, Chiapas, México, 29 de agosto de 1999

Comas, Juan, 1972, *Razas y racismo,* SEP-setentas, México

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 116ª edición, Porrúa, México, 1996

Declaración de Moisés Gandhi, "La salud en manos del pueblo", Moisés Gandhi, Región Autónoma Toztz Choj, Chiapas, Febrero de 1997.

De la Fuente, Julio, 1948, "Cambios raciales y culturales de un grupo indígena", en De la Fuente, *Relaciones Interétnicas*, INI Colección Presencias, México, 1989 (1965) pp. 48 – 67

De la Fuente, Julio, 1947, "Discriminación y negación del indio" en De la Fuente, *Relaciones Interétnicas*, INI Colección Presencias, México, 1989 (1965) pp.74 – 77

De la Fuente, Julio, 1958, “Relaciones étnicas en los Altos de Chiapas”, en De la Fuente, *Relaciones Interétnicas*, INI Colección Presencias, México, 1989 (1965) pp. 162 –182.

De la Peña, Guillermo, 1999, “Territorio y ciudadanía étnica en la nación globalizada”, *Desacatos*, No. 1, pp. 13 – 27

De la Peña, Guillermo, 1999, “Migrantes y comunidades morales: resignificación, etnicidad y redes sociales en Guadalajara”, 2003 (en prensa)

Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México, Tercer Tomo, Sexta Edición, México, 1995

Dobler, Irving, 2001, *Guía normativa, diagnóstica y terapéutica. Para el médico en el primer nivel de atención,* Manual Moderno, México

Donabedian, Avedis, 1988, *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, Fondo de Cultura Económica, México

Donabedian, Abedis, 1992 (1990), *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*, Serie Perspectivas en Salud Pública Número 10, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Dubos, Rene, 1959, *El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambios biológicos*, Fondo de Cultura Económica, México

Dubos, Rene, 1967, *Los sueños de la razón: ciencias y utopías,* Fondo de Cultura Económica, México

Farmer, Paul (1999), *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press

Foucault, Michael, 1953, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica,* Siglo XXI, México, 2001

Frenk, Julio, 1985, "El concepto y la medición de la accesibilidad", *Salud Pública de México,* 27:438-453

Frenk, Julio, 2000 (1994) *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, México

Freyermuth, Graciela, 1993, *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, CIESAS, Instituto Chiapaneco de Cultura, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Freyermuth, Graciela, 2000, *Morir en Chenalhó*. *Género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad,* tesis para optar por el grado de doctora en antropología social, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, México, D.F.

Freyermuth, Graciela; Sánchez, Georgina; De la Torre, Cecilia, 2002, *Los presupuestos en salud desde el enfoque de género. El caso del Programa de Ampliación de Cobertura en Chiapa*s, (en prensa)

Freyermuth, Graciela, 2003a, *Los programas de* Ampliación de Cobertura *y* Arranque Parejo en la Vida*, en Los Altos de Chiapas ¿esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural?* (en prensa)

Freyermuth, Graciela, 2003b, *Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Avances y perspectivas al 2003,* Fundar; ACAS, A.C; México

Freyermuth, Graciela, 2003c, *Las Mujeres de Humo. Morir en Chenalhó*. *Género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, CIESAS, Miguel Ángel Porrúa, México

Freyermuth, Graciela; Sergio Meneses, 2004, *Evaluación de la atención institucional de la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas. Primer informe,* CIESAS, INDESOL, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, septiembre 2004

Freyermuth, Graciela; Sergio Meneses, Rosario Cárdenas, Hilda Argüeyo, 2004, *Maternidad peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*, CIESAS, INDESOL, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 2004

Gall, Olivia, 1998, "Los elementos histórico-estructurales del racismo en Chiapas", en Alicia Castellanos y Juan Manuel Sandoval (coords.) *Nación, Racismo e Identidad*, Nuestro Tiempo, México, 1998, pp. 143 – 190.

Giménez, Gilberto, 1991, "Cambios de identidad y cambios de profesión religiosa", en Guillermo Bonfil Batalla (coord.) *Nuevas identidades culturales en México*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1993

Gobinau, Arthur de; (1853-1855), "Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas" en Michael D. Biddiss (comp.) (1970), *Goubinau. Escritos Políticos,* Serie Raíces de la Derecha, Editorial Extemporáneos, México

González Ponciano, Jorge Ramón, 1999, "Esas sangres no están limpias. Modernidad y pensamiento civilizatorio en Guatemala (1954-1977)" en Arenas Bianchi, *et. al.*, *¿Racismo en Guatemala? Abriendo el debate sobre un tema tabú.* AVANCSO, Guatemala, 1999, pp. 15 – 46

Goodman and Gillman, Las bases farmacológicas de la terapéutica, 9ª edición, Mc Graw-Hill, 1996

Hale, Charles, R., 1999, "El discurso ladino del racismo al revés en Guatemala", en Arenas Bianchi, et. al., ¿Racismo en Guatemala? Abriendo el debate sobre un tema tabú. AVANCSO, Guatemala, 1999, pp. 273 - 304

Harrison's Manual of Medicine, 15th edition, Mc Graw Hill, 2004

Hernández Castillo, Rosalva Aída, 1999, "¿Guerra fraticida o estrategia etnocida? Las mujeres frente a la violencia política en Chiapas", en Jacorzynski, Witold, 2002, *Estudios sobre la violencia. Teoría y práctica*, CIESAS, Porrúa, México, pp. 97 – 122

Hernández, Luis; Rodrigo Vera, comps., 1998, *Acuerdos de San Andrés*, Era, México

Hidalgo, Onésimo, "El vuelo de Las Abejas", *Masiosare,* suplemento semanal de La Jornada, Número 6, 28 de diciembre

Hidalgo Pérez, J. Manuel, 1986, *Tradición oral de San Andrés Larráinzar: Algunas costumbres y relatos tzotziles*, Gobierno del Estado de Chiapas

Hirales, Gustavo, 2003, "La matanza de Acteal", en *Nexos*, 312, Diciembre del 2003, pp. 17-21

Holland, Willam, 1963, *Medicina Maya en los Altos de Chiapas,* INI, México

Instituto Mexicano del Seguro Social, "Infecciones respiratorias agudas. Guía diagnóstico terapéutica", en Revista Médica del IMSS1998:36 (2):123-140

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 1990, *XI Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes, México

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2000, *XII Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes, México

Instituto Nacional Indigenista, 2002, *Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México,* Sistema Nacional Indicadores sobre los Pueblos Indígenas de México, INI-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México

Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), Secretaría de Salud (SSA), 2003b, *Publicaciones estadísticas 2001-2002*, Instituto de Salud del Estado, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Jacorzynski, Witold, 2002, *Estudios sobre la violencia. Teoría y práctica*, CIESAS, Porrúa, México

Jacorzynski, Witold, 2004, *Crepúsculo de los Ídolos en la Antropología Social: más allá de Malinowski y los posmodernistas*, CIESAS, Porrúa, México

Jacorzynski, Witold, 2004b, *Entre los sueños de la razón. Filosofía y antropología de las relaciones entre hombre y ambiente*, CIESAS, Porrúa, México

Kirsch, Jonathan; Arana, Marcos, 1999, "Informed consent for family plannin for poor women in Chiapas, México", *The Lancet*, Vol. 354, July 31, 1999

Krauze, Enrique, 1999, "El profeta de los indios", *Letras Libres*, No. 1, Año, 1, México, Enero 1999, pp. 10-18, 86-95

Krauze, Enrique, 2001, "Marcos, los riesgos del mesianismo", *Letras Libres*, No. 28, Año, 3, México, Abril del 2001, pp. 100 – 103

Kroeger, Axel; Rolando Luna, compiladores, 1987, *Atención primaria de salud. Principios y métodos,* OPS, serie Paltex, editorial Pax, México, 1992

Laurell, Asa Cristina, 1997, *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa*, Ediciones Era, México

Lenkersdorf, Gudrun, 1994, "La resistencia a la conquista española en Los Altos de Chiapas", en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, 1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 71-85

Lewontin, R.C; Rose, Steven; Kamin, Leon J (1984); *No está en los genes: racismo, genética e ideología*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Editorial Grijalbo, México, 1991

Lévi-Strauss, Claude, “Raza e Historia” (1952) y “Raza y cultura” (1983), en *Grandes Obras del Pensamiento Contemporáneo. Claude Lévi-Strauss. Raza y Cultura*, Ediciones Altaya, Madrid, España, 1999

Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, México, 7 de febrero de 1984 (actualización del 19 de junio del 2003)

Leyva, Xóchitl, “Catequistas, misioneros y tradiciones en Las Cañadas” en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, 1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 375-405

Magaña Ochoa, Jorge, 2002, “Enfermedad y tratamiento entre la población indígena inmigrada en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social”, *Relaciones*, Vol. XXIII, No 92, pp. 195 – 226, El Colegio de Michoacán, 2002.

Margaín, Julio Cesar, “Sistema Nacional e-México: tecnología con contenido social y participación digital”, en *Política Digital* (suplemento bimestral de la revista *Nexos*), Número 14, México, diciembre 2003/enero 2004, pp. 33-34

Menéndez, Eduardo, 1981, *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán,* Ediciones de La Casa Chata, CIESAS, México

Menéndez, Eduardo, 1983, “Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales”, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México 1983.

Menéndez, Eduardo, 1997, “El punto de vista del actor”, *Relaciones*, No 69, pp. 239 – 270, El Colegio de Michoacán, México, 1997.

Menéndez, Eduardo, 1990, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

Menéndez, Eduardo, Renée Di Pardo, 1966, *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, CIESAS, México

Menéndez, Eduardo, 1998, "Saber local y toma de decisiones", en Jesús Armando Haro y Benno de Keijzer, coords., *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, Produssep, A.C., El Colegio de Sonora, OPS, México, 1998

Menéndez, Eduardo, 2001, "Biologización y racismo en la vida cotidiana", *Alteridades,* Vol. 11, No. 21, pp. 5 – 39, 2001.

Menéndez, Eduardo, 2002, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones bellaterra, Barcelona, España

Meneses Navarro, Sergio, 2000*, Análisis del perfil de salud del Estado de Chiapas y factores que lo determinan,* Trabajo final de la Antología del servicio social de la carrera de medicina, UAM-X, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Meneses Navarro, Sergio, 2001, *Gasto mensual en salud entre las familias indígenas desplazadas en el campamento de Acteal B,* Acteal, Chenalhó, Chiapas (inédito)

Morales-Espinoza, E.M; Sánchez Pérez, H.J; García-Gil, MM; Vargas Morales, G; Méndez-Sánchez, JD; Pérez-Ramírez, M; "Intestinal parasites in children, in highly deprived areas in the border region of Chiapas, Mexico", *Salud Publica México,* Vol. 45, No. 5, septiembre – octubre del 2003, p.p.379-388.

Morquecho, Gaspar, 1992, *Los indios en un proceso de organización. La organización indígena de Los Altos de Chiapas ORIACH*, Tesis de licenciatura en Antropología Social, UNACH, San Cristóbal de las Casas

Nigh, Ronald, 2004, “Globalización y salud: el síndrome metabólico en Chiapas”, *Ichan Tecolotl. Órgano informativo del Centro de Estudios Superiores en Antropología Social,* Año 14, núm. 163, p.4-5, marzo 2004

Ortega y Gasset, José, 1934, “Ideas y Creencias”, Espasa – Calpe, Madrid, España

Palacios Blanco, JC; Sánchez Pérez, HJ; Nieves Escudero, A; Ochoa Díaz-López, H, 2002, “Uso de servicios de salud ante morbilidad percibida en niños menores de cinco años en la Región Fronteriza de Chiapas, México”, *Bol Med Hosp Infant Mex*, Vol. 59, 6-20, 2002

Page Pliego, Jaime, 2002, *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857 –1995*, UNAM, IEI, UNACH, México

Paz, Octavio, “El laberinto de la soledad”, en *Obras completas*, Tomo 8, Fondo de Cultura Económica, México, 1994

Physicians for Human Rights, 1999, *La salud como rehén. Violaciones a los derechos humanos y a la neutralidad médica en Chiapas, México,* Boston, Massachussets, E.U.A

Pitarch, Pedro, 1996, *Ch’ulel: una etnografía de las almas tzeltales*, Fondo de Cultura Económica, México

Pitarch, Pedro, 1995, “Un lugar difícil: estereotipos étnicos y juegos de poder en Los Altos de Chiapas”, en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz,1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 237-250

Reyes Gómez, Laureano, 1997, “Prejuicio, estereotipo y discriminación hacia los indígenas de México”, en Anuario 1997, CESMECA, Chiapas, 1998, pp. 179 - 197

Ridley, Matt, (2003), *Que nos hace humanos*, Tuarus, México, 2004

Robledo, Gabriela; Vargas Cetina, Gabriela; Nigh, Ronald, 1998, *Perfiles indígenas de Chiapas. Tzotziles y Tzeltales de la Región Altos*, mecanografiado, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Rousseau, Jean-Jacques, "Discurso sobre las ciencias y las artes", *Obras selectas,* Edimat, España, sin fecha

Rubín, Ramón, 1938, *El callado dolor de los tzotziles,* Fondo de Cultura Económica, México 1990

Rus, Jan, 1995, "La comunidad revolucionaria institucional: la subversión del gobierno indígena en Los Altos de Chiapas, 1936-1968", en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, 1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 251-277

Salas Valenzuela, Monserrat, 1998, *"Flojita, Flojita": Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*, Tesis de maestría en Antropología Social, CIESAS, México

Sánchez-Tapia, Pablo, 2004, *El enfermo imaginario. El sida y los servicios públicos de salud: exclusión y reconocimiento en Los Altos de Chiapas. Estudio de caso*, Tesis para obtener el grado de maestro en antropología social, CIESAS Sureste, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Scheper-Hughes, Nancy (1992), *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil,* Ariel, Barcelona, España, 1997

Secretaría de Desarrollo Social del Estado (SEDESO), 2003, *Desarrollo Social en Cifras*, Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, 2003

SEDESOL, *Programa Institucional Oportunidades, 2002–2006*, SEP, SSA, SHCP, IMSS, México, 2003

Secretaría de Salud (SSA), 2001, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Medicina Preventiva, NOM—031-SSA2-1999, "Para la atención a la salud del niño", *Diario Oficial de la Federación*, México, 2001

Secretaría de Salud (SSA), 2001, *Plan Nacional de Salud 2001-2006*, México

Secretaría de Salud (SSA), 2001b, *Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel. Manual de Atención*, México

Secretaría de Salud (SSA), 2002, *Anuario Estadístico 2001*, Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estado, México

Secretaría de Salud (SSA), 2002b, *Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida",* México

Secretaría de Salud (SSA), 2003a, *Salud: México 2002*, México

Secretaría de Salud (SSA), 2003b, *Publicaciones estadísticas 2001-2002*, Instituto de Salud del Estado, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Sen, Amartya, 2001, ""La Otra Gente. Mas allá de la identidad", *Letras Libres*, Número 34, México, Octubre 2001, pp. 12 - 20

Solís Cervantes, Gonzalo, 2001, *Modelo de Intervención Médico Humanitaria e Intercultural*, Médicos sin Fronteras–Holanda, Oaxaca

Traven, Bruno (1959), *La rebelión de los colgados*, Ed. Selector, México, 1997

Vasconcelos, José, 1925, *La raza cósmica,* Espasa-Calpe, México, 1992

Viqueira, Juan Pedro, 1995a, "Chiapas y sus regiones" en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, 1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 19-40

Viqueira, Juan Pedro, 1995b, “Los Altos de Chiapas: Una introducción general” en Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz,1995, *Chiapas. Los rumbos de otra historia*, UNAM, CIESAS, México, pp. 219 -236

Viqueira, Juan Pedro, 2004, “Las comunidades indígenas de Chiapas a diez años del levantamiento neozapatista”, *Letras Libres*, Número 61, México, Enero 2004, pp. 116-119

Viqueira, Juan Pedro, 2004, “Chiapas: un recuento a tres años de las alternancias”, en *Nexos,* Número 318, México, Julio del 2004, pp.28 - 33

Vítale, Ermanno, 2004, “El derecho constitucional indígena. Algunas consideraciones (filosóficas)”, en *Nexos,* Número 318, México, Julio del 2004, pp.34 - 41

Zaid, Gabriel, 2004, “¿Qué hacer con los mediocres?”, *Letras Libres,* Número 70, México, Octubre del 2004, pp. 48 - 50

Fuentes en Internet

http:\\www.ciepac.org

http:\\www.chiapas.gob.mx

http:\\www.conapo.gob.mx

http:\\www.dsocial.chiapas.gob.mx

http:\\www.inegi.gob.mx

http:\\www.salud.chiapas.gob.mx

http:\\www.salud.gob.mx

http:\\www.sedesol.gob.mx

http:\\www.ini.gob.mx/indicadores/

Índice de cuadros, mapas, figuras y recuadros

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad general en Chiapas, 2001 p. 20
Cuadro 2. Porcentaje de Hogares Asegurados* por el Jefe de Familia en el 2002 p. 27
Cuadro 3. Gasto Público en Salud *per cápita* entre asegurados y no asegurados para el año 2002 p. 27
Cuadro 4. Unidades de primer nivel de atención para población abierta, por número de población abierta, para el 2002 p. 28
Cuadro 5. Disponibilidad de médicos* del sector público por número de habitantes, para el 2002 p. 29
Cuadro 6. Tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en el 2001 p. 56
Cuadro 7. Principales causas de mortalidad general en Chenalhó para el año 2001 p.71
Cuadro 8. Unidades de primer nivel de atención para población abierta por número de población abierta p.73
Cuadro 9. Disponibilidad de médicos* del sector público por número de habitantes p. 74

Mapa 1. Chiapas en la república mexicana p. 22
Mapa 2. Regiones económicas de Chiapas p. 30
Mapa 3. Municipios de Los Altos de Chiapas p. 32
Mapa 4. Ubicación de Chenalhó en Los Altos de Chiapas p. 63
Figura 1. Carteles informativos de la inversión pública estatal p. 51
Figura 2. Modelos Médicos propuestos por Eduardo Menéndez p. 92
Figura 3. Plano de La Unidad de Salud gubernamental de la comunidad Llano Aguacatal p. 120
Figura 4. Mujeres indígenas en la sala de espera p. 133
Figura 5. Aguardando en la sala de espera p. 135

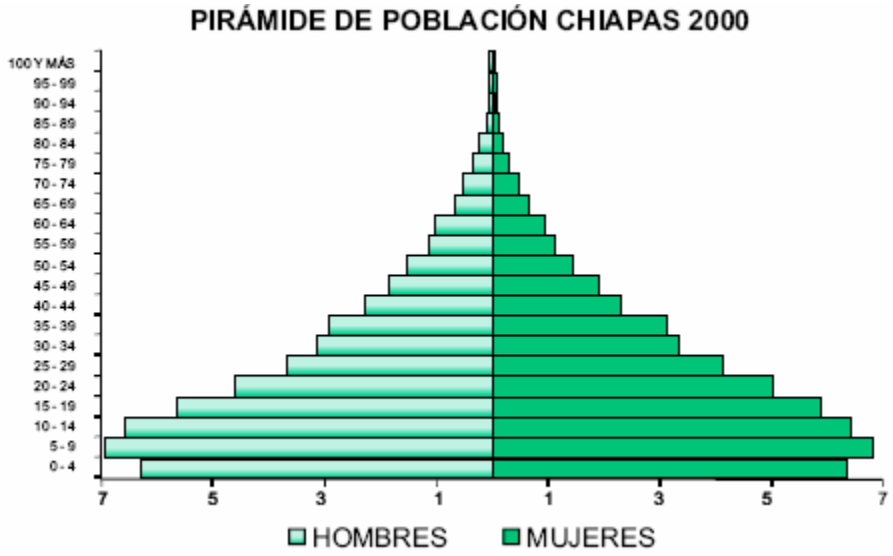
Figura 6. Cartel de salud bucal (en la sala de espera) p. 137
Figura 7. Cartel sobre embarazo saludable (en la sala de espera) p. 138
Figura 8. Folletos educativos p. 139
Figura 9. Consultorio de la Unidad de Salud gubernamental p. 141
Figura 10. El consultorio del *jloktor ja'jchi'iltik* p. 160
Figura 11. Interior del consultorio del *Jloktor ja'jchi'iltik* p. 162

Recuadro Uno. Lo Étnico p. 82
Recuadro Dos. Lo Racial p. 83
Recuadro Tres. Tipos de Intervenciones Clínicas Posibles en el Contexto Interétnico p. 104
Recuadro Cuatro. Listado comparativo de las principales prácticas y actitudes observadas durante la consulta médica en el centro de salud de Llano Aguacatal p. 197
Recuadro Cinco. Listado comparativo de las principales prácticas y actitudes observadas durante la consulta médica del *jloktor ja'jchi'iltik* y del médico alópata mestizo del centro de salud p. 210
Recuadro Seis. Palabras utilizadas para referirse al paciente indígena p. 233

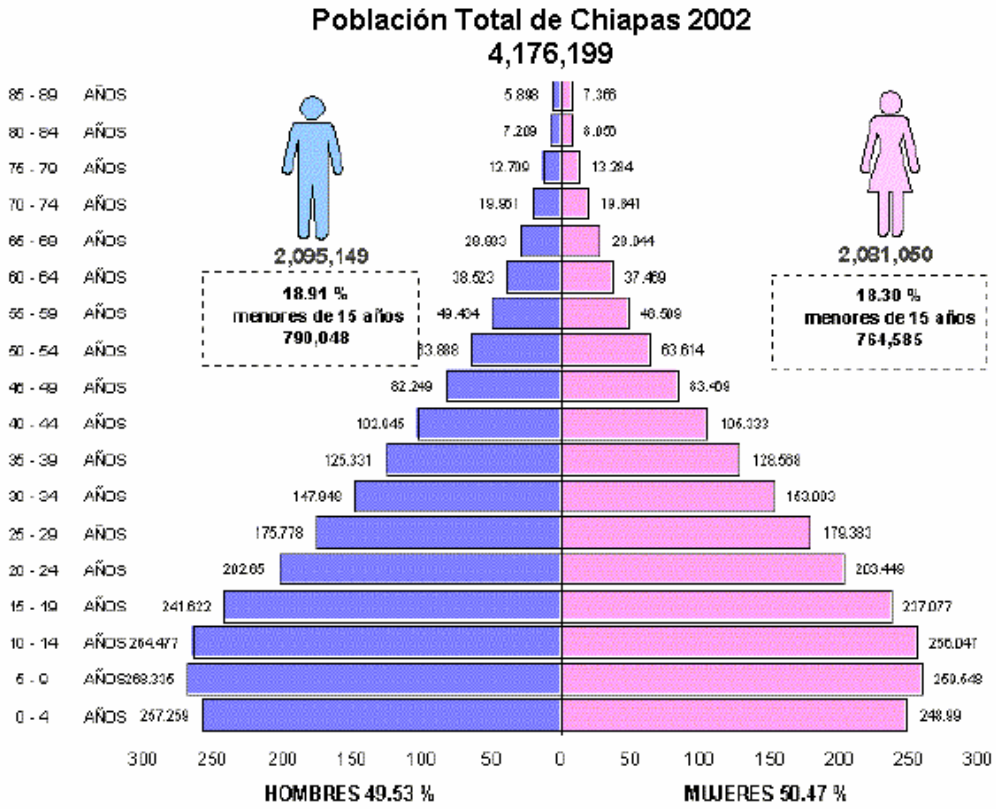
Lista de abreviaturas

AMS	Aparato Médico Sanitario
AP	Atención Primaria
AVAD	Año de vida ajustado en función de la discapacidad
BM	Banco Mundial
CCRI-CG EZLN	Comité Clandestino Revolucionario Indígena – Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional
CECYT	Centro de Educación de Ciencia y Tecnología
CEYE	Central de esterilización y enfermería
CIEPAC	Centro de Investigaciones y Estudios Políticos de Acción Comunitaria
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DIF	Desarrollo Integral de la Familia

ECOSUR	El Colegio de la Frontera Sur
EVN	Esperanza de vida al nacimiento
EZLN	Ejército Zapatista de Liberación Nacional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCMSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán”
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INI	Instituto Nacional Indigenista
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
MMH	Modelo Médico Hegemónico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Partido Acción Nacional
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PEMISPA	Plan Estatal Maestro de Infraestructura Física en Salud para Población No Asegurada
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PRD	Partido de la Revolución Democrática
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSA	Secretaría de Salud
UAM-X	Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
UMR	Unidad Médico Rural
UNACH	Universidad Autónoma de Chiapas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000



Fuente: CONAPO, Proyección de Población 1995-2030