



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

**CAMBIOS EN EL USO DE LAS PLANTAS
MEDICINALES Y SU RELACIÓN CON LA ACCIÓN
MÉDICO-SANITARIA EN EL ÁREA DEL CENTRO
COORDINADOR INDIGENISTA DE VENUSTIANO
CARRANZA, CHIAPAS (1976-2022)**

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

BRENDA GUADALUPE JIMENEZ VAZQUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARTA MARTÍN GABALDÓN

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE DE 2023

*Hay una parte de la historia, de nuestra historia, que no puede ser olvidada.
Hay saberes que deben ser visibilizados y reivindicados.*

*A mis padres, Petra y Jesús, quienes me han brindado su apoyo incondicional y no han
dejado de creer en mí. Su confianza me ha sostenido en los momentos más difíciles.*

A mis abuelos, cuya vida y experiencia me acercó e interesó por el tema de las plantas.

*A todas los colaboradores, amigos y seres queridos que de mil maneras han contribuido a
la realización de esta tesis.*

AGRADECIMIENTOS

Nada se construye de manera aislada. Somos parte y resultado de una red de relaciones con las y los otros, humanos y no humanos -retomando las categorías de Latour-. El presente trabajo posee un carácter relacional, al ser producto de un sinnúmero de interacciones, mismas que contribuyeron a encauzar y consolidar una investigación que nació del interés por estudiar el aprovechamiento de las plantas en mi comunidad.

Agradezco a las y los colaboradores de esta tesis, quienes, en muchos casos, aún sin conocerme me abrieron las puertas de sus hogares y permitieron conocer sus experiencias, saberes, prácticas cotidianas y memorias, las cuales constituyen el mayor aporte empírico de esta investigación. A Francis, doña Esperancita, doña Emilia y doña Cleme de Amatenango y Aguacatenango, por recibirme y alojarme cálidamente, así como por todas las conversaciones que tuvimos durante mi estancia en ambas comunidades, agradezco profundamente la amistad brindada. A doña Coqui, por su entusiasmo y por acompañarme en la búsqueda de colaboradores. A don Pedrito, por abrir la biblioteca y el Archivo Histórico del Centro Coordinador de San Cristóbal para que pudiera revisar los documentos y apoyarme siempre tan amablemente en la búsqueda de los expedientes.

Mi especial agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Marta Martín, por acompañarme a lo largo de todo este proceso de investigación y redacción, un proceso bastante nuevo para mí. Agradezco profundamente su cercanía y comprensión en los momentos en que me resultaba difícil avanzar o tenía dudas, sus palabras fueron siempre reconfortantes y alentadoras. Así mismo quiero expresar mis agradecimientos por sus comentarios, observaciones, sugerencias y todas las reflexiones que emergieron a partir de nuestras reuniones, las cuales contribuyeron a consolidar y enriquecer este trabajo, pero también me ayudaron mucho durante el trabajo de campo y en mi formación. Me resta decir que es una académica y una mujer admirable.

A los profesores de la maestría en Antropología del CIESAS, particularmente a quienes impartieron los seminarios de investigación y especialización de la línea de historia, por todas las acertadas observaciones que realizaron a mis primeras formulaciones y a las versiones más sólidas, así como por siempre generar espacios de dialogo, discusión y

análisis. A mis lectores, la Dra. Dolores Palomo, Verónica Paredes y Salvador Sigüenza, mi agradecimiento más sincero por tomarse el tiempo de efectuar una minuciosa revisión y evaluación de la primera y segunda versión de la tesis. Asimismo, por comentarios y sugerencias tan puntuales, mismos que me sirvieron para apuntalar los puntos débiles de este trabajo. A la Dra. Vero Paredes por hacer un espacio para conversar conmigo sobre medicina y médicos tradicionales antes de iniciar a realizar las entrevistas, darme consejos, ideas y aclarar mis dudas al respecto, gracias por la confianza y el apoyo. Al Dr. Antonio Escobar, representante de la línea, por su cercanía y acompañamiento en nuestro proceso de formación en el CIESAS y el apoyo brindado en varias situaciones y oportunidades que surgieron a lo largo de la maestría. Al Dr. Fernando Salmerón, por ser tan amable y prestarme los preciados libros de su biblioteca personal, me fueron fundamentales para la redacción de los capítulos 2 y 3.

A los compañeros de la maestría, gracias por todas las conversaciones y la convivencia tan grata a lo largo de estos dos años, me ayudaron adentrarme más en la antropología. A mis compañeros y amigos de la línea de historia, agradezco mucho las múltiples veces en que escucharon y comentaron mis avances, así como nuestros momentos de compartir miedos, frustraciones, dudas e incertidumbres, fueron tan reconfortantes para mí en todo este proceso. Gracias por ser un grupo tan unido y solidario.

A mi familia, mis papás y Alfredo, quienes me han apoyado incondicionalmente y en incontables ocasiones escucharon sobre mi trabajo y me confortaron en mis momentos de frustración y estrés. Gracias por estar para mí siempre, aunque la distancia nos separe físicamente, nunca me he sentido sola.

Al todos los colaboradores del CIESAS, en particular a la Mtra. Delfina que siempre tenía una sonrisa para nosotros, gracias por hacer de mi estancia en esta casa de estudios una experiencia maravillosa. Al CONAHCYT, por darme la oportunidad de gozar de una beca y así efectuar mis estudios de maestría. A la Dumbarton Oaks por otorgarme la beca de verano y proporcionarme los recursos bibliográficos que necesitaba para el análisis y redacción de la tesis. Al Dr, Oswaldo Chinchilla, Frauke, Noah, Fabián y Morgan por escuchar y comentar mi trabajo durante nuestras reuniones.

Índice

Índice	5
Introducción.....	8
Planteamiento del problema.....	12
Preguntas y objetivos de investigación.....	17
Hipótesis	20
Justificación	21
Esquema de trabajo.....	23
Capítulo 1. Marco teórico-conceptual y metodológico	25
1. Conceptos y aproximaciones en torno a la relación humano-planta, la salud y la política social.	28
1.1 La relación humano-planta.....	29
1.2 La dimensión sanitaria	35
1.3 La dimensión de las políticas públicas.....	42
2. El cambio sociocultural desde la mirada antropológica	44
2.1 El cambio cultural como evolución.....	45
2.1 Cambio cultural y aculturación	47
2.2 Enfoques contemporáneos.....	50
3. El cambio sociocultural desde un enfoque relacional	52
3.1 El enfoque relacional de pierpaolo Donati.....	52
3.2 El cambio sociocultural en el enfoque de Donati.....	55
4. Metodología.....	58
4.1 Revisión de archivo	59
4.2 Entrevistas semiestructuradas	61
4.3 Recorridos y observación simple	65
4.4 La posición del antropólogo nativo y el antropólogo externo.....	66
Capítulo 2. La política indigenista en México y la creación del Centro Coordinador Indigenistas de Venustiano Carranza, Chiapas	70
1. El preámbulo de la política indigenista	71
2. El indigenismo como política de estado	76
2.1 El aparato institucional de la política indigenista mexicana	80
2.2 Las bases teóricas del indigenismo	82

3.	Etapas de la política indigenista	86
3.1	Indigenismo integrativo.....	86
3.2	Indigenismo participativo.....	88
3.3	Neoindigenismo	91
4.	Los Centros Coordinadores Indigenistas (CCI) y su papel en la política indigenista	93
5.	La creación del centro coordinador indigenista de Venustiano Carranza, Chiapas...	98
5.1	Contexto socioeconómico y político del área de operaciones del Centro Coordinador de Venustiano Carranza.....	100
5.2	La apertura del CCI de Venustiano Carranza y el inicio de sus operaciones	105
5.3	Área de acción.....	109
5.4	Interacción entre el CCI y la comunidad.....	113
Capítulo 3. La acción sanitaria del CCI de Venustiano Carranza, Chiapas.....		117
1.	Caracterización de la atención médica en el área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza antes de su creación: ¿pluralismo médico?.....	121
1.1	Servicios de salud públicos	121
1.2	Servicios de salud privados.....	125
2.	La acción médico-sanitaria en el área de influencia del CCI de Venustiano Carranza durante 1976 -1988	127
2.1	La creación de un programa de actividades para la sección de salubridad: una visión a futuro.....	127
2.2	Las primeras acciones de la sección de salubridad: de las palabras a los hechos .	130
2.3	Los programas de salud en el CCI y sus actores (1976-2003): una acción médico- sanitaria cambiante	137
3.2	El trabajo coordinado con otras instituciones	168
3.	El fin de la acción médico-sanitaria y la creación de la CDI	170
3.1	El surgimiento de un nuevo proyecto de medicina tradicional	172
Capítulo 4. Cambios en el uso de las plantas medicinales y su relación con la acción médico-sanitaria del INI.....		178
1.	Las plantas como recurso para el tratamiento de las enfermedades antes del inicio de la acción médico-sanitaria.....	180
1.1	Diagnosticando la enfermedad: un acercamiento etnográfico al panorama epidemiológico	181
1.2	Las plantas medicinales: el primer recurso en la atención de la salud.....	186
1.3	Otras formas de atención: biomedicina.....	191

2. La acción médico-sanitaria en el área de influencia del centro coordinador de venustiano carranza: implicaciones en la atención de la salud	194
2.1 Recursos para curar y prevenir las enfermedades provistos por la clínica y puestos médicos del INI	198
2.3 Pluralismo médico.....	206
3. El uso de las plantas medicinales después de la acción médico-sanitaria: ¿cambios o continuidades?	207
3.1 La disminución en el uso de las plantas medicinales	208
3.2 Continuidades y nuevos usos	215
3.3 Otras formas de atención contemporáneas.....	219
3.4 Apreciaciones en torno a la etnicidad y el uso de plantas medicinales	222
Conclusiones.....	224
Referencias	237
Entrevistas	262
Glosario de siglas y abreviaturas	265
Anexo I. Nombre científico de las plantas medicinales	266
Anexo II. Lista de colaboradores.....	269

INTRODUCCIÓN

Crecí observando a mis abuelas y a mi madre cortar hojas del “huerto” y usarlas de distintas maneras cuando ellas o alguien más de nuestra familia se enfermaba, mientras escuchaba a los vecinos y otras personas mayores hablar sobre las hojitas y hierbas que ellos mismos u otras personas habían probado para curar algún dolor o molestia, tanto leve como de gravedad. Estos episodios se presentaban con tanta frecuencia que llegaron a constituirse como una práctica naturalizada para mí. No obstante, al efectuar una revisión de ésta fui capaz de reflexionar sobre la importancia que tienen las plantas medicinales como recurso para la atención de la salud, al ser fáciles de conseguir y de bajo costo.

El uso de las plantas medicinales es un tema que ha despertado el interés de diversas disciplinas, siendo la etnobotánica la principal. Las investigaciones etnobotánicas se han centrado en la documentación de la flora y los usos medicinales que los grupos humanos le otorgan en la actualidad, lo que ha dado como resultado una amplia bibliografía sobre el uso de plantas medicinales, en un tiempo y lugar específicos, que asume que el aprovechamiento de la flora como estrategia para la atención de la salud y la enfermedad ha sido el mismo desde la época prehispánica.

No obstante, ciertos estudios realizados desde esta misma disciplina han reconocido que el uso de la flora con fines medicinales, así como los saberes construidos en torno a su aprovechamiento, son dinámicos, en la medida que tienden a perderse, crearse o reconfigurarse a lo largo del tiempo (Vázquez et al., 2019; Saynes et al., 2016). Como bien lo refieren Smith-Hall y sus colaboradores (2012), el cambio en los usos y saberes de las plantas puede ocurrir en un corto periodo de tiempo -menos de diez años- o gestarse en el transcurso de varias décadas. En cualquiera de los dos casos, el cambio siempre es gradual.

Algunos trabajos etnobotánicos han hecho hincapié en que en estos procesos de cambio pueden intervenir, de manera diferenciada, diversos factores. Entre ellos destacan la pérdida de la lengua local, la discontinuidad en la transmisión de saberes y el acceso y diversificación de los servicios de atención biomédica (Bentz et al., 2000; Smith-Hall et al., 2012; Saynes et al., 2013), así como otros factores de origen ambiental y ecológico, por ejemplo, la transformación de las condiciones climáticas. En ciertos casos, estos factores

llegan a ser considerados como la única causa del cambio, lo cual resta complejidad al proceso, presentándolo como producto de la relación causa-efecto.

Sumado a lo anterior, las escasas investigaciones etnobotánicas orientadas al estudio del cambio suelen distinguirse por el desvanecimiento de los actores sociales, es decir, aquellas personas que hacen uso de las plantas medicinales de distintas formas, y sus interacciones con la flora medicinal. La importancia de considerar a estos dos elementos reside en el hecho de que el uso de las plantas es resultado de las interacciones que los miembros de las sociedades construyen con ellas y a partir de ellas. Estas interacciones tienden a ser diversas e involucran tanto la siembra, recolección y comercialización de las plantas como la transmisión de conocimientos sobre sus propiedades, modos de preparación y espacios de obtención. Es preciso señalar que dichas interacciones también se transforman a través del tiempo y que tales transformaciones tienen sus efectos en el uso de las plantas.

No obstante, en los últimos años se ha fortalecido la tendencia de recurrir al uso de fórmulas estadísticas para determinar en qué medida un factor interviene en el cambio. Esta tendencia ha restado atención a los actores sociales y sus interacciones con la flora medicinal para centrarse en la obtención de cantidades y porcentajes.

Considerando lo expuesto en los párrafos anteriores, es preciso destacar que, al inicio de la maestría, el interés de la investigación estaba centrado en conocer el uso de las plantas alimenticias, rituales y medicinales en el municipio de Venustiano Carranza, Chiapas. No obstante, a medida que mi formación antropológica avanzaba, las posibilidades de estudio se fueron complejizando y extendiendo a otros horizontes, al mismo tiempo que conectaban con mi experiencia como habitante de ese municipio.

A partir del comentario de una de mis profesoras, la Dra. Dolores Palomo, comencé a explorar el tema del indigenismo, así como a recordar la presencia del Instituto Nacional Indigenista en Venustiano Carranza. Derivado de esta exploración y retomando algunos aspectos de mi experiencia personal, como las constantes referencias que los adultos hacían sobre la pérdida del uso de ciertas plantas, surgió la hipótesis de que el indigenismo -en tanto política de Estado- y todos los proyectos que impulsó en mi municipio pudieron causar el desuso de las plantas alimenticias y medicinales. Sin embargo, las observaciones

y comentarios realizados por los profesores de la línea de investigación Antropología e Historia: Estado, Nación y Pueblos Indígenas, siglos XIX-XXI, me condujeron a delimitar el tema de investigación.

Debido a que ya contaba con cierto panorama de la política indigenista y las acciones emprendidas por el Instituto Nacional Indigenista en el ámbito de salud, mi interés se orientó a conocer cómo estas acciones habían influido en el desuso de las plantas medicinales entre la población indígena de Venustiano Carranza. Este interés se vio fortalecido por mi pertenencia a una familia de origen indígena en la cual las plantas medicinales han constituido un recurso importante. Cabe mencionar que dicho interés continuó delimitándose y complejizándose hasta constituir el estudio que aquí se expone.

El presente trabajo tiene como principal objetivo el análisis de los cambios en el uso de las plantas medicinales y su relación con la implementación de la acción médico-sanitaria, auspiciada por el Instituto Nacional Indigenista (INI), a través del Centro Coordinador Indigenista (CCI) de Venustiano Carranza, Chiapas. Para ello se empleará un enfoque relacional, mismo que permitirá observar la relación entre actores sociales y plantas medicinales, así como las interacciones entre actores sociales que derivan de esta relación (humano-planta) y sus transformaciones a partir de la implementación de la acción médico-sanitaria. Sumado a este enfoque, se retomarán algunos conceptos desarrollados por autores en el campo la etnobotánica y la antropología médica.

Es preciso puntualizar que el hecho de que en este trabajo se analicen los cambios en el uso de las plantas y su relación con un evento en particular no significa que éste sea el principal o el único que interviene en el proceso. Esto más bien responde a la naturaleza misma del trabajo y el tiempo establecido para su realización. Pese a ello, resulta necesario exponer la relevancia de abordar la implementación de una acción sanitaria.

Autores como Rosa María Osorio (2001), Benoit Jorand (2008), Ricardo Monroy et al. (2016), Salvador Pérez (2017) y Juan Gallardo (2021) han puesto sobre la mesa el impacto que los programas de salud coordinados por instituciones federales, como la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), han tenido en la manera en que los diferentes grupos sociales atienden sus enfermedades y en los recursos que

emplean. Estos autores abordan la llegada de las instituciones de salud y la implementación de programas sanitarios en comunidades que no contaban con atención biomédica o que disponían de un acceso limitado a esta forma de atención.

El INI, pese a no ser una institución de salud, diseñó e implementó -desde 1950 y durante sus primeros 20 años- un conjunto de acciones orientadas a transformar las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y las de aquellas que se encontraban en situación de rezago económico. Esto con el objetivo de impulsar un proceso de cambio cultural dirigido (Aguirre, 1973; Sariago, 2002). Este conjunto de acciones recibió el nombre de acción médico-sanitaria y formaba parte de una política indigenista que contaba con objetivos, lineamientos y bases para la operación delimitados. Para cumplir con sus objetivos, el INI consideró necesario ampliar la cobertura de los servicios médico-asistenciales, así como secularizar las prácticas y conceptos médicos de las comunidades. Entre ellas, las creencias consideradas como mágico-religiosas por los artífices de la política indigenista, pero también el uso de plantas medicinales¹ (Sariago, 2002; Gallardo, 2003).

La modificación de los lineamientos y objetivos de la política indigenista -en la segunda mitad de la década de 1970- abrió paso a una nueva etapa. En esta etapa, las acciones del INI se dirigieron a la incorporación de las prácticas médicas tradicionales -particularmente el uso de plantas medicinales- y al fomento de la participación de los médicos tradicionales en el diseño de programas que permitieran atender las necesidades de salud de la población (Campos et al., 2017). No obstante, este objetivo estuvo lejos de cumplirse, en muchos casos. Es preciso señalar que, para la implementación de la acción médico-sanitaria, fue fundamental el papel de los Centros Coordinadores -los cuales se fundaron en casi todo el país y operaron sobre amplias regiones- así como el del personal que constituyó dichos centros.

En este trabajo, la creación del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza constituye un punto de referencia para el análisis del cambio en el uso de las plantas

¹ La política indigenista transitó por tres grandes etapas. A esta primera etapa, que duró más de 20 años, se le conoce como indigenismo integrativo.

medicinales y un suceso importante dentro del problema de investigación, el cual se presenta en el siguiente apartado.

Planteamiento del problema

El presente trabajo centra su análisis sobre el cambio en el uso de las plantas medicinales en tres localidades, Venustiano Carranza, Amatenango del Valle (cabeceras municipales) y Aguacatenango, las cuales se localizan en el centro-noreste del estado de Chiapas. Cabe aclarar que, a pesar de que el trabajo contempla a estas localidades, no se trata de un estudio comparativo, pues la intención no es identificar en qué espacio el cambio fue mayor o menor, sino analizarlo en su conjunto, ya que esta fue el área de operaciones del CCI.

Para los habitantes de estas tres localidades, las plantas medicinales han constituido uno de los principales recursos para el tratamiento de sus enfermedades. Antes de la creación del CCI de Venustiano Carranza, que ocurrió en 1976, el aprovechamiento de la flora con fines medicinales era la práctica más común y la primera a la que recurría la población - particularmente las madres de familia- para atender una amplia variedad de padecimientos.

Entre los padecimientos más frecuentes se encontraban la tosferina, el sarampión, las infecciones respiratorias y gastrointestinales, así como el daño o mal puesto. Las dos primeras se encontraban ampliamente difundidas en Chiapas y constituían un importante problema de salud (Romano, 2003). En Aguacatenango y Amatenango del Valle ya se habían presentado un brote epidémico de sarampión en la década de 1950 (Romano, 1996). El mal puesto, por su parte, era uno de los padecimientos asociados a creencias mágico-religiosas con mayor presencia. Además de las mencionadas, había otras enfermedades cuya aparición era más esporádica, por ejemplo, el cólico, el mal de orine y la sarna.

Algunas de las plantas que la población empleaba para curar estas enfermedades eran caña fístula, guaco, guarumbo, quina, curarina, malva, verbena, ajenjo, pumpumflor, nance mulato, caulote y tormentila (Morales, 1974). La mayor parte de las plantas utilizadas se obtenían de los huertos o patios familiares, la milpa y el monte². Sólo unas pocas plantas se

² La población denomina monte a aquellos terrenos no cultivados que se encuentran cubiertos de vegetación nativa, principalmente.

obtenían a través del comercio. La flora medicinal que se recolectaba en el monte, por lo general, era parte de la vegetación primaria ya que había sido poco perturbada por los habitantes de la localidad y sus actividades -agrícolas, principalmente-. Dentro de esta vegetación, además, era posible encontrar especies medicinales nativas, las cuales crecían de forma natural al presentarse las condiciones ambientales y climáticas apropiadas para su desarrollo.

Con respecto a la vegetación primaria, es preciso puntualizar que en estas tres localidades han predominado dos tipos. En Venustiano Carranza la vegetación distintiva es del tipo selva baja caducifolia, compuesta por árboles de copal, colorín, guayacán, nance, guayaba, jocote (ciruela), cuajilote, palo de Brasil, palo dulce, guaje y uña de gato (García et al., Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, 2022). En Aguacatenango y Amatenango del Valle, por su parte, la vegetación predominante ha sido la de bosques templados, caracterizada por la presencia de diferentes especies de ocote, pino y encino, así como árboles de roble, madroño, tepozán, saucillo y jaboncillo. En los matorrales que se forman en estos bosques es posible encontrar manzanita, jara, laurel, helechos, abrojos, hierba dulce, hierba del sapo y hierba del golpe (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas-CEIEG, s.f.³; Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, 2021).

El uso de las plantas medicinales era transmitido al interior de las familias (de generación en generación). Las principales transmisoras de éstos eran las mujeres. Otras formas de empleo se compartían a través de la socialización con vecinos, amigos y conocidos. Cuando las plantas que se empleaban en el espacio doméstico no eran suficientes para tratar una enfermedad, la población recurría a los curanderos, quienes poseían un conocimiento especializado y, por tanto, podían recetarles otras plantas.

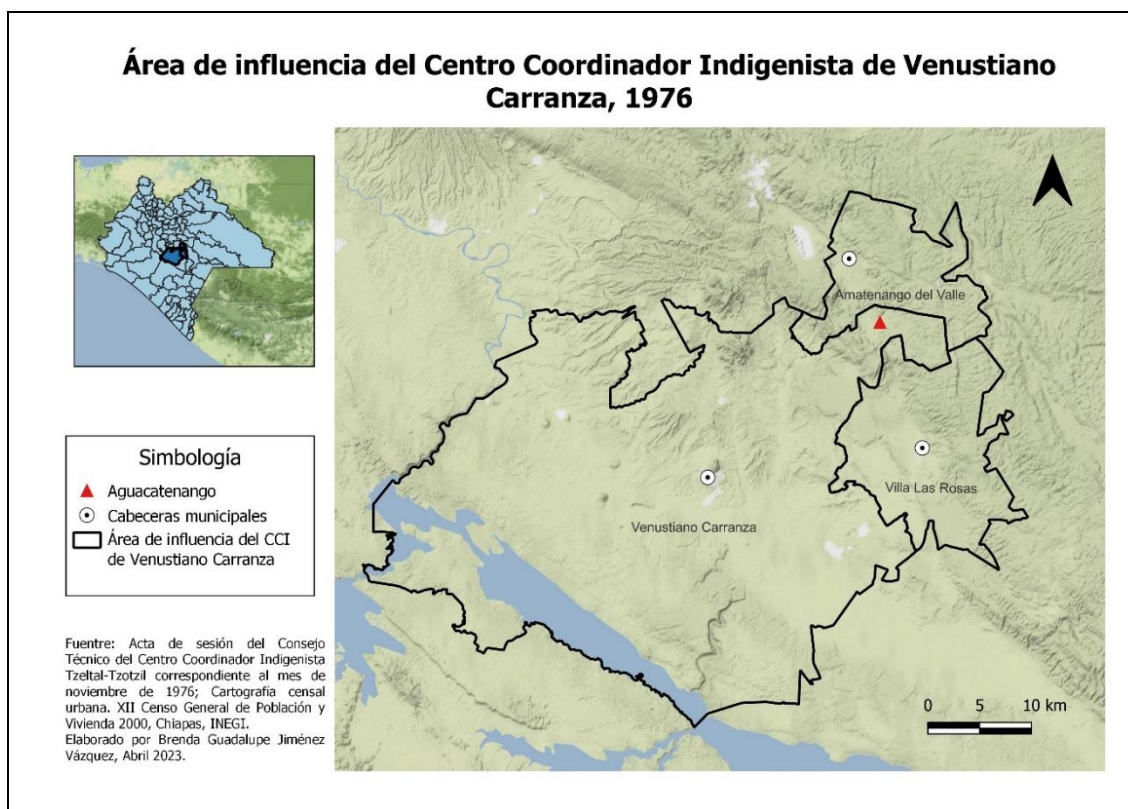
Además de los curanderos, previo a la creación del CCI de Venustiano Carranza, las tres localidades contaban con algún servicio de salud público, como un hospital, clínica o puesto médico, aunque la atención brindada en ellos era muy limitada. Sumado a ello, cabe mencionar que la población asistía muy poco a estos servicios debido a que no tenía la

³ De acuerdo con el CEIEG, el mapa fue elaborado con los datos de Mulleried (1957).

suficiente confianza en ellos, en su forma de diagnosticar y atender las enfermedades, sin mencionar la discriminación que llegaba a sufrir la población indígena en algunos de estos espacios de atención pública.

Con la creación del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza en 1976 se configuró un área de operaciones, misma que incluyó los municipios de Villa Las Rosas, Amatenango del Valle y, por supuesto, el municipio sede, Venustiano Carranza. Sobre esta área se planteó la implementación de una acción médico-sanitaria con la cual se pretendía atender y prevenir los principales problemas de salud, ampliar la cobertura de los servicios médicos y mejorar las condiciones de vida de la población a través de la introducción del agua potable y el drenaje (Vázquez, 1986). No obstante, en la práctica, la acción sanitaria fue limitada y poco homogénea, concentrándose en ciertas localidades, entre las que se incluyen Amatenango, Aguacatenango y Venustiano Carranza (Mapa 1).

Mapa 1. Área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza y ubicación de las localidades de estudio.



Estas tres localidades mantenían algunas diferencias en cuanto a sus actividades económicas y el tipo de vegetación aprovechada con fines medicinales. Aunque también compartían ciertas condiciones, una de ellas era la importante cantidad de población indígena tzotzil -en el caso de Venustiano Carranza- y tzeltal -en los casos de Amatenango y Aguacatenango- con la que contaban.

La acción médico-sanitaria implementada por el CCI en las localidades de estudio se centró en el programa de medicina asistencial, en cuyo marco se creó la clínica central en la localidad sede y se brindaron consultas a toda la población. Cabe aclarar que, cuando el Centro Coordinador de Venustiano Carranza comenzó con la aplicación de la acción médico-sanitaria en su área de operaciones, tanto Amatenango como Aguacatenango ya contaban con puestos médicos del INI. Dichos puestos fueron creados en 1957 por el CCI de San Cristóbal de Las Casas.

En las consultas, el promotor o médico se encargaba de diagnosticar los padecimientos con base en los síntomas, aunque también se apoyaba de otros procedimientos, como los análisis sanguíneos. Una vez identificada la enfermedad, se le otorgaba al paciente o a la madre de este (en el caso de los niños), los medicamentos que debía tomar para aliviarla. Aunque al inicio se debía cubrir una pequeña cuota por las medicinas, después de un tiempo éstas comenzaron a ser gratuitas.

Pese a que la política indigenista se modificó al año siguiente de la creación del CCI de Venustiano Carranza, este cambio no se vio reflejado en la acción médico-sanitaria, la cual continuó dando prioridad a la atención médico-asistencial. Esta situación se mantuvo así hasta la década de 1990, cuando comenzaron a realizarse esfuerzos por incorporar la participación de los médicos tradicionales en el diseño de acciones orientadas a promover el uso de las plantas medicinales⁴. Desafortunadamente, estos esfuerzos no rindieron los frutos esperados. A inicios de la década de los 2000, la acción médico-sanitaria llegó a su fin y otras instituciones asumieron la tarea de atender las necesidades de salud de la población, entre ellas el IMSS.

En los últimos 20 años, las tres localidades, como muchas otras en Chiapas, han transitado por una serie de cambios, entre los que se pueden mencionar la transformación de diversas prácticas socioculturales y de las condiciones de vida de la población. Dichas transformaciones guardan relación, entre otros aspectos, con la introducción de nuevos servicios y la implementación de programas de desarrollo en el marco de políticas sociales.

Desde mi condición de habitante y experiencia personal, he podido observar algunos cambios importantes en Venustiano Carranza, entre los cuales pueden destacarse dos. El primero es el descenso en la frecuencia de enfermedades que aquejaron a la población hace algunas décadas, por ejemplo, la viruela, la tosferina y la tuberculosis. En la actualidad dichos padecimientos se presentan de forma tan esporádica -tanto en la localidad como en toda la región- que incluso puede considerarse a algunos de ellos como erradicados.

El segundo cambio observado empíricamente, se encuentra relacionado con el aprovechamiento de los recursos vegetales -incluyendo aquellos a los que se les atribuyen propiedades terapéuticas, como son las plantas medicinales- y se trata de la disminución en su uso. Este tema es recurrente entre los habitantes de mayor edad de la localidad, quienes en las conversaciones se remiten a sus memorias para señalar las plantas que sus abuelos, padres e inclusive ellos mismos empleaban hace algunos años y que actualmente son poco usadas por sus hijos y nietos, pues han sido sustituidas por medicamentos u otros recursos. Desde el espacio familiar también me ha sido posible notar el desuso de algunas plantas de uso medicinal, entre ellas el sanalotodo, el achiote y el tronafrente. Sumado a estas plantas se encuentran otras que cayeron en desuso mucho antes -tal es así que no pude observar su uso en el espacio familiar-. Un buen ejemplo es el árbol de pumpumflor, el cual era empleado para tratar la tosferina.

El contexto actual y el existente en la década de 1970 -y previo a ella- dan cuenta, a grandes rasgos, de una transformación en el aprovechamiento de las plantas medicinales para el alivio de las enfermedades, así como en el panorama epidemiológico, al menos en Venustiano Carranza. Esta transformación, aunque se observa en la actualidad, no comenzó

⁴ Estos esfuerzos iniciaron en los últimos años del INI como institución ejecutora de la política indigenista y continuaron después de que se creó una nueva dependencia, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los

a gestarse en unos cuantos años, sino que ha venido desarrollándose desde algunas décadas atrás, llegando a coincidir temporalmente con la implementación de la acción médico-sanitaria del INI.

Preguntas y objetivos de investigación

La interrogante que, en un primer momento se planteó para aproximarse a la comprensión del cambio y, al mismo tiempo constituyó la base para la realización del trabajo de campo fue la siguiente: ¿De qué manera las transformaciones en las prácticas locales de prevención y curación de enfermedades, relacionadas con la acción indigenista en materia de salud, propiciaron cambios en el uso de la flora medicinal en el área de influencia del Centro Coordinador Indigenista Tzotzil (CCIT) y el Centro Coordinador para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CCDI)?

Además de esta pregunta central, otras interrogantes que se consideraban importantes para comprender el cambio y su relación con la acción médico-sanitaria del INI eran ¿cuáles fueron los principales usos medicinales en cada una de las etapas de la política indigenista?, ¿cómo afectaron los cambios la relación de las comunidades con la flora medicinal?, ¿cómo operaron los programas y acciones de salud diseñados por el CCIT y CCDI en las comunidades que constituyeron su área de influencia en relación con los Centros Indigenistas de la región de los Altos de Chiapas?, ¿cuál fue la respuesta de la población? Y, finalmente, ¿qué papel desempeñaron los funcionarios, personal de salud, promotores bilingües del Centro Coordinador y médicos tradicionales de las comunidades en los programas de salud coordinados e implementados por el CCIT y CCDI de Venustiano Carranza?

Estas preguntas se encontraban articuladas con el objetivo central de la investigación, el cual era analizar de qué forma las transformaciones en las prácticas preventivas y curativas de carácter local, relacionadas con la aplicación de acciones y programas indigenistas destinados a la atención de la salud, produjeron cambios en el uso de la flora medicinal en el área de influencia del Centro Coordinador Indigenista Tzotzil (CCIT) y el Centro

Coordinador para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CCDI)⁵-sede Venustiano Carranza, entre 1976 y 2018.

Este objetivo central se encontraba acompañado de tres objetivos específicos. El primero de ellos era conocer los usos de la flora medicinal a lo largo de las tres etapas de la política indigenista, así como la relación de las comunidades con dicha flora a partir de los cambios en su empleo. El segundo estaba orientado a examinar la implementación de las acciones y programas de salud diseñados por el CCIT y CCDI en las comunidades, así como la reacción de la población a dichos programas. El último objetivo se centraba en identificar la participación de los distintos actores sociales (funcionarios, personal de salud, promotores bilingües de CCI y médicos tradicionales) en los programas de salud impulsados por los Centros Coordinadores Indigenistas en Venustiano Carranza.

Tanto las preguntas como los objetivos planteados sirvieron como una base y una guía para la realización del trabajo de campo y de archivo. No obstante, una vez concluida la etapa de obtención de datos y a la luz de la información recolectada, se consideró necesario reformular las preguntas y objetivos de la investigación. Esto debido a varias razones. En primer lugar, la manera en que había sido planteada la pregunta central conducía a pensar que la acción médico-sanitaria del INI fue la causa directa (y única) del cambio en el uso de las plantas medicinales. Sin embargo, este proceso es más complejo de lo que se consideró en un inicio.

En segundo lugar, el enfoque en la transformación de las prácticas locales de prevención y curación limita la observación de los actores sociales y las relaciones/interacciones que se crean a partir del uso de las plantas medicinales. En tercer lugar, es preciso aclarar que la acción médico-sanitaria solamente fue implementada por el INI, pues la CDI no diseñó ni llevó a cabo programas de salud en las comunidades donde operó. Esto se debe, principalmente, a la transformación de los objetivos y lineamientos de la política indigenista ocurrido en 2003. Así, cuando la acción médico-sanitaria del INI llegó a su fin, otras instituciones continuaron brindando atención a la población.

⁵ Después de que el INI desapareció, en 2003, y en su lugar se creó la CDI, el Centro Coordinador de Venustiano Carranza modificó su adscripción.

A pesar de que la acción médico-sanitaria culminó a principios de la década de los 2000 y no en el 2018, como se pensó en principio, el marco temporal de la investigación (1976-2018) no se redujo, sino que se extendió a 2022. Esto con el fin de que la temporalidad estuviera en sintonía con el uso actual de las plantas y la percepción de las personas sobre este recurso medicinal. Otro propósito fue observar el proceso de cambio a largo plazo.

A raíz de estas reflexiones, se formuló la siguiente nueva interrogante: ¿de qué manera el cambio en el uso de las plantas medicinales se encuentra relacionado con la acción médico-sanitaria implementada por el INI a través del CCI de Venustiano Carranza hasta inicios de la década de los 2000?

De esta pregunta central surgieron otras que contribuyen a comprender mejor el proceso de cambio, estas son: ¿cómo operó la acción médico-sanitaria del INI en el área de influencia del CCI de Venustiano Carranza desde el momento de su inicio hasta su culminación?, ¿cuál fue el impacto de la acción médico-sanitaria en las relaciones que los distintos actores establecían con las plantas medicinales y a partir de ellas?, ¿de qué manera este impacto se manifestó en el cambio en el uso de las plantas medicinales? y ¿cuáles fueron los cambios en el uso de las plantas medicinales en las localidades estudiadas entre 1976 y 2022?

Con el surgimiento de estas nuevas preguntas se hizo necesaria la reformulación del objetivo central. El nuevo objetivo plantea analizar los cambios en el uso de las plantas medicinales y su relación con la implementación de la acción médico-sanitaria del INI en el área de operaciones del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza hasta principios de la década de los 2000.

Derivados del objetivo principal surgieron los siguientes objetivos específicos:

1. Examinar las acciones médico-sanitarias que se realizaron en el área de operaciones del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza desde 1976 hasta inicios de la década de los 2000, así como la manera en que se implementaron dichas acciones, tomando en consideración el papel que desempeñó el personal del Centro Coordinador.

2. Determinar el impacto de la acción médico-sanitaria en las relaciones entre actores sociales y flora medicinal y la manera en que dicho impacto se vio reflejado en el cambio en el uso de las plantas medicinales.
3. Identificar los cambios en el uso de la flora medicinal surgidos desde la creación del CCI de Venustiano Carranza hasta el 2022.

Hipótesis

La hipótesis planteada en este trabajo a partir del problema y las preguntas de investigación es la siguiente:

Las plantas medicinales utilizadas en Amatenango del Valle, Aguacatenango y Venustiano Carranza durante la década de 1970 -es decir, previo a la creación del Centro Coordinador- disminuyeron su uso en las últimas cinco décadas. Un factor que intervino en este proceso fue la acción médico-sanitaria implementada por el INI a través del CCI de Venustiano Carranza al promover la atención biomédica gratuita y el empleo de medicamentos como un recurso más eficaz para el tratamiento de las enfermedades.

La asistencia frecuente a las consultas médicas y el uso de medicamentos como una práctica cada vez más común incidió en que la población recurriera cada vez menos al uso de las plantas. Esto, a su vez, modificó la relación que los seres humanos mantenían con la flora de su entorno, al dejar de considerarlas como el principal y más efectivo recurso para la curación de las enfermedades. Las relaciones mediadas por el uso de plantas, como la transmisión de conocimientos, también se vio afectada, pues las personas dejaron de compartir con sus familiares y amigos las propiedades y formas de usar las plantas, contribuyendo aún más a la disminución de su empleo.

Una vez planteado el problema, las preguntas, objetivos e hipótesis -aspectos que constituyeron las bases de este trabajo de investigación- es necesario mencionar cuál es la relevancia de abordar el estudio del cambio en el uso de las plantas medicinales. En la sección que sigue se argumenta dicha relevancia.

Justificación

El cambio en el uso de las plantas medicinales ha sido un tema poco abordado, incluso por la etnobotánica. Las escasas investigaciones que se han aproximado a su estudio se han centrado en documentar el tipo de plantas cuyo uso cambia, pero no en comprender cómo ocurre el cambio mismo. Un buen ejemplo de estos estudios lo constituye el trabajo de Trillo et al. (2019), quienes documentaron la pérdida e incorporación de plantas medicinales en Córdoba (Argentina) a lo largo de 100 años. Si bien, estos autores asocian el cambio con ciertos procesos y factores, entre ellos la adopción de una alimentación vegetariana, el comercio y la cultura occidental, no explican de qué manera se encuentran relacionados.

Otras investigaciones tienden a simplificar los factores que intervienen en el cambio o, por el contrario, a inscribirlos dentro de amplios procesos, como la modernización o la urbanización, desde los cuales es difícil analizar su relación y comprender cómo operan. Entre estos estudios se pueden destacar los realizados por Saynes et al., (2013) y García (2019). Los primeros señalan como factor del cambio la modernización de las prácticas agrícolas y productivas⁶, mientras que la segunda autora se lo atribuye a la modernización.

Considerando lo anterior, la importancia del presente trabajo reside en el hecho de que más allá de identificar cuáles son las plantas cuyo uso se pierde o incorpora, pretende analizar cómo ocurre el cambio, en relación particular con un factor, la implementación de la acción médico-sanitaria del INI. Además, se pretende considerar la participación de quienes hacen uso de las plantas medicinales y se relacionan a partir de ellas.

Respecto a esto último, es preciso reconocer que otras disciplinas como la antropología -y particularmente la antropología médica y la etnomedicina- se han acercado al estudio de las transformaciones en las prácticas y conocimientos médicos tradicionales en general, entre los que se incluye el uso de plantas medicinales. Estas disciplinas, a diferencia de la etnobotánica, se enfocan más en los actores y sus prácticas, abordando las transformaciones

⁶ Saynes y sus colaboradores (2013) usan el concepto de modernización para hacer referencia a la industrialización o, bien, al abandono de las actividades primarias de producción y las prácticas agrícolas en las sociedades rurales.

como un tipo de cambio sociocultural. Si bien este tipo de estudios ha sido abordado desde distintas perspectivas teóricas, la mayoría tiende a polarizar el cambio, al considerarlo como una oposición entre lo moderno y lo tradicional.

En estos trabajos es frecuente la explicación del cambio como una ruptura o como la desaparición de prácticas y valores tradicionales y la adopción de prácticas nuevas. En ese sentido, el presente estudio propone abordar el cambio desde un enfoque relacional que dé cuenta de que este complejo proceso no necesariamente implica la ruptura con las prácticas de los grupos, sino una reconfiguración de éstas.

En cuanto a la importancia de elegir al Centro Coordinador de Venustiano Carranza para examinar la implementación de la acción médico-sanitaria y su relación con el cambio en el uso de la flora medicinal, ésta reside en la poca atención que dicho centro ha recibido por parte de los investigadores y en las particularidades que presenta.

Dentro de los estudios sobre el indigenismo como política de Estado existe una tendencia a estudiar la acción indigenista desarrollada en aquellos Centros Coordinadores ubicados en importantes centros poblacionales y económicos; tal es el caso de San Cristóbal de Las Casas, mientras que la acción llevada a cabo en los centros periféricos es, por lo general, ignorada⁷. Esto ha dado como resultado que el panorama del impacto de la política indigenista en el país sea muy difuso. Andrés Fábregas Puig ha sido uno de los pocos académicos que, reconociendo la diversidad cultural, económica, social y política de México, ha insistido en la necesidad de realizar historias regionales que permitan observar la aplicación de la política indigenista en contextos concretos.

Con respecto a las particularidades del CCI de Venustiano Carranza, hemos de mencionar que fue creado en un momento de transición de la política indigenista (del indigenismo integrativo al participativo) y operó sobre un área que ya contaba con algunos servicios médicos y carreteras que comunicaban a las cabeceras municipales y localidades importantes. Asimismo, la población indígena era un poco menor que en el área de otros

⁷ La cantidad de estudios sobre el Centro Coordinador de San Cristóbal de las Casas es considerablemente mayor que la existente acerca del Centro de Venustiano Carranza. En este trabajo se consultaron 9

Centros Coordinadores, entre ellos el de San Cristóbal de Las Casas. En Amatenango del Valle, el porcentaje de población indígena en 1976 era de 60.52%, de un total de 3,032 habitantes, mientras que, en Chanal, uno de los municipios que formaba parte del área de operaciones del CCI de San Cristóbal de Las Casas, el porcentaje era 74.76% de 3,951 habitantes⁸.

Finalmente, se espera que dicha investigación, además de permitir la comprensión del cambio desde una perspectiva no dual y dar cuenta del impacto de la acción indigenista en un contexto particular, contribuya a la preservación del conocimiento de la flora medicinal y su valoración entre las generaciones más jóvenes. Sumado a ello, se busca reconocer a las plantas como parte del patrimonio y la memoria biocultural de las localidades que habitan el área de estudio.

Esquema de trabajo

Atendiendo tanto a los objetivos que guiaron la investigación como a las interrogantes y al proceso mismo, el presente trabajo se encuentra organizado en cuatro capítulos. En el capítulo 1 se presenta una revisión crítica de los planteamientos teóricos y conceptuales que serán empleados en el análisis del cambio en el uso de las plantas medicinales y la manera en que serán aplicados. Asimismo, se exponen otras propuestas teóricas que han abordado el estudio del cambio sociocultural, sin perder de vista el impacto que algunas de estas propuestas tuvieron en un elemento relevante para la investigación, la política indigenista y su sustento teórico-político.

Los dos siguientes capítulos introducen la política indigenista con el fin de presentar aquellos planteamientos y procesos derivados de ésta que son importantes para comprender la implementación y el impacto de la acción médico-sanitaria en las localidades de estudio. En ese sentido, el capítulo 2 aborda, de manera puntual, aspectos generales de la política indigenista en México -sus artífices y bases teórico-políticas- y de la génesis del Instituto Nacional Indigenista desde la perspectiva institucional, así como la creación del Centro

investigaciones sobre la acción indigenista en el primer centro y tan sólo una -la única que se ha realizado hasta el momento- acerca del segundo.

Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza, su estructura, funcionamiento y las tareas que se planteó desarrollar en su área de operaciones.

El capítulo 3 se centra en la acción médico-sanitaria implementada por el CCI de Venustiano Carranza, su cobertura, los programas de salud que constituyeron la base de su acción y los actores sociales que tuvieron una participación fundamental en la aplicación de los programas sanitarios. Asimismo, a lo largo del capítulo se reflexiona en torno a la correspondencia entre las bases para la acción planteada por la política indigenista y las acciones concretas que se realizaron en el Centro Coordinador en el ámbito de salud.

En el capítulo 4 se analizan los cambios en el uso de las plantas por parte de la población de las tres localidades de estudio y la manera en que intervino la acción médico-sanitaria en dichos cambios. Para ello, se presenta el panorama de uso de las plantas y de atención de la salud previo a la creación del CCI, así como el impacto que los programas sanitarios, particularmente el de atención médico-asistencial, tuvieron en el uso de las plantas, la relación de la población con la flora medicinal y las interacciones que se establecen a partir del empleo de estos recursos vegetales.

El apartado final de la tesis está constituido por las conclusiones, en las cuales se efectúan algunas reflexiones sobre el cambio en el uso de las plantas y en las relaciones sociales a la luz del enfoque relacional y se señalan las ventajas y limitantes de la aplicación de dicho enfoque y de las estrategias metodológicas en la presente investigación. Asimismo, se exponen brevemente aquellos aspectos que no pudieron ser abordados a lo largo de la investigación y se plantea una nueva dirección para estudios futuros.

⁸ Los datos de Amatenango del Valle y Chanal fueron obtenidos del IX Censo General de Población 1970 del INEGI.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

El cambio, el tema central de este trabajo, puede definirse genéricamente como la transformación de un comportamiento, objeto o situación con características particulares en otro con propiedades distintas al anterior. Todos los aspectos de la vida social y natural tienden a transformarse de manera continua a lo largo del tiempo, aunque no lo hacen de manera fortuita ni esporádicamente. Como ejemplo puede mencionarse la forma en que se transforma la interacción entre los grupos humanos y los recursos naturales de su entorno, así como la modificación de los sistemas agrícolas, el sistema alimentario y el paisaje -a causa de la acción humana- (Palerm, 1993; Magazine, 2010; Ochoa y Pérez, 2010; Rodríguez, 2010; Toledo, 2015).

Esta continua transformación no ha pasado desapercibida para las diferentes disciplinas. Tanto para las ciencias naturales como para las sociales y las humanidades, el cambio ha constituido un importante tema de estudio, lo que ha generado que cada disciplina formule su propio aparato conceptual en torno al mismo. En el caso de la etnobotánica, como disciplina que aborda la interrelación entre los humanos con las plantas y desde la cual se ha estudiado el uso de la flora medicinal, el estudio del cambio no ha cobrado la suficiente relevancia. La mayoría de las investigaciones han centrado su atención en la documentación de las plantas y sus usos, empleando enfoques cualitativos o cuantitativos⁹ para tal fin. Esto a pesar de que autores como Saynes et al. (2016) y Velázquez et al. (2019) han reconocido que el uso de las plantas tiende a transformarse a lo largo del tiempo.

Con respecto al cambio en el uso de las plantas, es preciso mencionar que éste puede adquirir distintos matices. En el caso de los recursos medicinales, uno de estos matices se

⁹ Los estudios etnobotánicos de corte cualitativo tienden a realizar descripciones y un análisis centrado en las experiencias de la población con respecto al uso de las plantas. Un ejemplo de estos estudios es el Valdés (2013), en el que se analiza la percepción de los habitantes de la Mixteca Alta en Oaxaca sobre la efectividad de ciertas plantas para el tratamiento de las enfermedades más comunes. Los estudios etnobotánicos cuantitativos, por su parte, recurren a la estadística analítica para conocer, analizar o explicar diversos aspectos de la relación entre seres humanos y plantas. Por ejemplo, el nivel de variabilidad de especies empleadas por un grupo y el nivel de uso significativo de dichas especies. El trabajo de Toscano (2006) es representativo de este tipo de estudios. En él, la autora determina el índice de valor de uso (IVU) y el nivel de uso significativo a través del empleo de fórmulas estadísticas para analizar el aprovechamiento de las plantas medicinales en San José Paré, Colombia. Cabe destacar que este último tipo de estudios es cada vez más frecuente en la etnobotánica.

encuentra relacionado con su uso para el tratamiento de enfermedades. Se ha observado, empíricamente, que, con el paso del tiempo, algunas plantas dejan de ser empleadas en la atención de ciertos padecimientos, cayendo en un tipo de desuso, mientras que otras adquieren nuevos usos.

Otro matiz se asocia a la manera en que los hierberos, curanderos y la población en general preparan, aplican o consumen las plantas. Los estudios etnobotánicos han documentado una serie de formas de preparación y modos de uso de las plantas medicinales, los cuales van desde las infusiones, los jugos y los emplastos hasta la aplicación directa de las hojas sobre la parte del cuerpo afectada (León y Vásquez, 2003; Grupo Tlaxcallan, 2014). Asimismo, se ha observado la elaboración de tinturas y jarabes en sustitución de los tés e infusiones¹⁰. No obstante, este trabajo se centrará en el primer matiz, así como en la posible relación que guarda con la implementación de una política indigenista en el área de salud.

A pesar de que el presente trabajo aborda un tema que involucra el uso de las plantas medicinales, no puede estudiarse sólo desde un enfoque etnobotánico, debido a dos razones. En primer lugar, y más importante, porque las interrogantes que se buscan responder son más complejas, en el sentido de que van más allá de la identificación y documentación de los cambios en el uso de las plantas medicinales. Tanto en las interrogantes como en el problema planteado confluyen tres dimensiones: la relación humano-planta, la salud y las políticas públicas, por lo que es necesario emplear un enfoque teórico que permita integrar orgánicamente a estas tres dimensiones.

En segundo lugar, y no por ello menos importante, porque la etnobotánica, pese a ser una disciplina consolidada, carece de un marco teórico-conceptual que permita comprender y analizar a profundidad la relación que los seres humanos construyen con las plantas y los procesos de cambio observados en dicha relación y en vinculación con la estructura estatal sanitaria. Un aspecto recurrente en los trabajos etnobotánicos es la omisión del marco

¹⁰ En Nicolás Ruiz, uno de los municipios vecinos de Venustiano Carranza, desde hace algunos años un grupo de mujeres comenzó a elaborar tinturas y jarabes a base de plantas medicinales. Esta práctica se extendió a varias comunidades del municipio y de Venustiano Carranza, entre ellas Guadalupe Victoria y Paraíso del Grijalva. Cabe señalar que tal práctica fue y sigue siendo promovida por la diócesis de San Cristóbal de Las Casas a través del área de trabajo denominada Medicina Alternativa.

teórico-conceptual o, bien, el empleo de los planteamientos generales de etnobotánica -tanto disciplina- como marco teórico de referencia.

Sumado a ello debe destacarse que la gran mayoría de las investigaciones otorga mayor importancia a las estrategias metodológicas, entre ellas la recolección y registro de las especies botánicas. Esta situación ha obstaculizado la construcción de un aparato teórico-conceptual propio de la etnobotánica y, al mismo tiempo, ha limitado la incorporación de propuestas teóricas de otras disciplinas, por ejemplo, la antropología, la sociología y las ciencias naturales. Si bien, Bermúdez et al. (2005) ya habían advertido sobre este problema, los trabajos recientes dan cuenta de que aún no se realizan los esfuerzos suficientes para cubrir esta necesidad.

No obstante, algunos estudios etnobotánicos que abordan el cambio en el uso de las plantas desde la vertiente de la pérdida de estos usos han optado por retomar algunos conceptos y marcos explicativos procedentes de la antropología y la ecología, aunque esta no es una práctica generalizada. Un buen ejemplo de estos estudios es el realizado por Cortés (2007), quien evalúa la disminución del conocimiento y uso de las plantas al interior de una comunidad oaxaqueña empleando como marco teórico la restauración ecológica y el concepto de variabilidad intracultural¹¹. Asimismo, se pueden citar las investigaciones de Bentz et al. (2000) y Saynes et al. (2013) en la Reserva de la Biosfera Sierra de Manantlán (en los estados de Jalisco y Colima) y en las comunidades zapotecas de Oaxaca. Estos autores abordan la pérdida del conocimiento botánico y, en consecuencia, el uso de las plantas apoyándose en el concepto de modernización y la propuesta teórica del cambio cultural¹².

El cambio cultural y el cambio sociocultural han resultado ser propuestas teóricas de gran utilidad para la comprensión y en análisis del cambio en las prácticas médicas tradicionales,

¹¹ La restauración ecológica forma parte de una vertiente teórica mayor, la ecología de la restauración, que plantea la posibilidad de recuperar un ecosistema hasta el estado en que se encontraba antes de cualquier intervención humana. Con respecto al concepto de variabilidad intracultural, este se refiere a aquellas variables sociales que interfieren en el conocimiento tradicional sobre el uso de las plantas

¹² Para los autores, la modernización implica la introducción de nuevos servicios e infraestructura en comunidades consideradas como rurales. Mientras que el cambio cultural es entendido como un proceso derivado de la modernización que consiste en la adopción de nuevas prácticas, por parte de la población local, y la pérdida de otras prácticas o conocimientos tradicionales.

dentro de las cuales se incluye el uso de la flora medicinal. Las teorías del cambio cultural han sido empleadas por diversos autores que, desde la antropología médica y la etnomedicina, buscan estudiar la medicina tradicional y sus transformaciones, sin dejar de considerar a los distintos actores sociales, sus prácticas e interacciones. Por tanto, se ha considerado pertinente aproximarse al análisis del cambio en el uso de las plantas medicinales desde la perspectiva del cambio sociocultural, específicamente, empujando la propuesta de Pierpaolo Donati y su enfoque relacional. Uno de los aspectos positivos de este enfoque es que no polariza el cambio tal y como lo hacen otras propuestas teóricas al emplear los conceptos de tradicional y moderno.

Tomando en cuenta lo expuesto, el presente capítulo se encuentra organizado en tres apartados. En el primero se presentan los conceptos, aproximaciones teóricas y disciplinarias que se emplearán en el análisis del cambio en el uso de las plantas medicinales, a medida que se dialoga con los autores que plantean dichas aproximaciones y con propuestas diferentes. En el segundo apartado se efectúa una revisión de las distintas propuestas teóricas desarrolladas en antropología para abordar el cambio sociocultural, con el fin de señalar los aportes y límites de éstas. Asimismo, se exponen los planteamientos centrales del enfoque teórico desde el cual se analizará el cambio en el uso de las plantas y su aplicación al caso de estudio. Finalmente, el último apartado está destinado a la descripción de la metodología empleada en campo para la recolección de los datos. Cabe añadir que en este apartado también se realiza una breve reflexión en torno a la posición como antropólogo nativo y antropólogo externo, ajeno a la comunidad de estudio, y cuál es el impacto de ambas posiciones en la investigación.

1. Conceptos y aproximaciones en torno a la relación humano-planta, la salud y la política social.

La salud y la política social son dos dimensiones que se encuentran estrechamente relacionadas en este estudio. Esta relación se observa en el hecho de que los programas de salud del INI fueron diseñados e implementados en el marco de una política social, el indigenismo. En el presente trabajo se plantea además la participación de una tercera dimensión, la de la relación humano-planta, que se vería impactada por las dos primeras a través de los cambios en el uso de las plantas.

Dado la presencia y vínculo de estas tres dimensiones en el problema de investigación, se considera fundamental retomar algunas perspectivas y conceptos referentes a la relación humano-planta, la salud y la política pública que contribuyan al análisis del cambio en toda su complejidad.

1.1 La relación humano-planta

La relación entre los grupos humanos y las plantas constituye una dimensión importante en el estudio del cambio en sus usos, ya que el aprovechamiento de este recurso con fines medicinales implica un conocimiento de las propiedades de las plantas, el cual se produce a medida que las personas se relacionan e interactúan con la flora de su entorno. Por tanto, para los fines de esta investigación, es pertinente preguntarse ¿desde dónde aproximarnos al estudio de la relación entre humanos y plantas?

Las relaciones que los seres humanos establecen con la naturaleza en general, y con las plantas en específico, son diversas y complejas, por lo que pueden -y deben- ser comprendidas desde distintas perspectivas y enfoques, tanto teóricos como disciplinarios (Von Mentz, 2012; Milesi, 2013). La etnobotánica, como ya se ha mencionado, es el enfoque predilecto para el estudio de la relación humano-planta, a pesar de que carece de un marco teórico propio. Sin embargo, no es la única que se ha aproximado al estudio de dicha relación. Desde otras disciplinas se han formulado propuestas que, si bien no abordan exclusivamente a las plantas, aportan elementos útiles para comprender cómo los grupos humanos interactúan y establecen relaciones con ellas.

Uno de estos enfoques es la agroecología, desde la cual se han abordado las creencias y conocimientos que cada población posee del medio natural en el que habita y la forma en que este conjunto de creencias y conocimientos influye en el manejo y aprovechamiento de las plantas (Durand, 2002). Dentro de este enfoque han surgido algunas vertientes teóricas. Tal es el caso del metabolismo social, propuesto por Víctor Toledo. Esta teoría plantea que todos los grupos humanos se apropian de la flora -así como de otros elementos que conforman la naturaleza-, la transforman con el fin de consumirla o emplearla de otra manera (uso medicinal, por ejemplo) y finalmente la desechan (Toledo, 2013, 2018). La propuesta asocia el uso/aprovechamiento de las plantas con los conocimientos de las

comunidades y aborda, de manera más amplia y profunda, las relaciones que los seres humanos establecen con la flora a nivel material.

Desde la antropología surgieron algunas propuestas que pretenden superar la dicotomía entre naturaleza y cultura/sociedad establecida por la modernidad¹³ -la cual las concibió como entes separados-, haciendo énfasis en las relaciones simbólicas que se establecen entre ambas. Dichas propuestas han sido realizadas por un conjunto de autores, entre los que destacan Bruno Latour y Tim Ingold.

Bruno Latour plantea que los seres humanos y los no humanos -en este caso la naturaleza y las plantas- poseen características compartidas. Éstas son su capacidad de hablar, de actuar y de asociarse (Reynoso, 2015). De acuerdo con el autor, a partir de dichas características, humanos y no humanos -denominados actantes- establecen una red de asociaciones denominada colectivo, el cual se distingue de otro por el grado de articulación entre sus asociaciones (Ledesma, 2015).

Tim Ingold también aboga por abandonar la dicotomía entre naturaleza y cultura/sociedad por lo que, para lograrlo, propone desechar dos ideas: a) que la cultura es un sistema de adaptación al medio ambiente y b) que los seres humanos viven en un mundo culturalmente construido. El autor plantea, en su lugar, considerar que tanto las personas como la naturaleza forman parte de un proceso, donde uno aporta a la construcción del otro (Durand, 2002; Ingold, 2015). Para Ingold tanto la naturaleza como las personas son complementarias, es decir, ninguno se encuentra subordinado al otro.

Con base en las ideas de Ingold y Latour, así como las de Phillippe Descola, en años recientes se ha venido consolidando una propuesta que aborda la relación entre humanos y plantas: etnografía vegetal. Esta propuesta reconoce que las plantas poseen agencia y que son capaces de impactar la vida de los seres humanos, tanto como ellas pueden ser

¹³ El concepto de modernidad resulta un tanto ambiguo. Este justamente su carácter ambiguo lo que ha suscitado un sinfín de debates, aunque éstos no serán abordados aquí. De acuerdo con Cahoon (2003), la modernidad implica una serie de cambios en distintos ámbitos: económico (con el desarrollo y auge del capitalismo), literarios y artístico (emergencia de nuevas corrientes, por ejemplo, el expresionismo abstracto) y la filosofía. Con respecto a esta última, cabe mencionar el surgimiento del racionalismo y el humanismo, los cuales tuvieron una fuerte influencia en el desarrollo de las ciencias sociales y las humanidades.

impactadas por los fenómenos sociales y políticos que se producen en las sociedades (Durand, 2022). La etnografía vegetal hace especial énfasis en los diferentes vínculos materiales y emocionales que las personas establecen con las plantas a lo largo de sus vidas y, al igual que Ingold, señala que plantas y seres humanos coproducen el mundo que habitan.

Cada una de las propuestas y enfoques expuestos se centra en un aspecto particular de la relación entre los seres humanos y la naturaleza, además de aportar elementos útiles para su análisis. La etnoecología, por ejemplo, considera los conocimientos que la población posee sobre el aprovechamiento de las plantas, mientras que las propuestas de Latour e Ingold hacen énfasis en la creación de vínculos simbólicos entre los humanos y las entidades de la naturaleza, además de plantear que tales vínculos pueden constituir redes.

No obstante, debido a que el interés de esta investigación se centra en el uso de las plantas medicinales y sus cambios, nos concentraremos en la dimensión utilitaria/instrumental de la relación humano-planta. Esto no quiere decir que la dimensión simbólica carezca de relevancia, sino que se omitirá, puesto que se cuenta con poca información para abordarla. Por tanto, se considera que las propuestas de Latour, Ingold y la etnografía vegetal, al hacer posible otro tipo de aproximación a la relación entre humanos y plantas, no son aplicables a este estudio.

La etnoecología, aunque aborda la relación entre comunidades y recursos vegetales a nivel material, se centra en la cuestión productiva, es decir, en las prácticas de manejo que llevan a cabo los grupos humanos en el proceso de apropiación de la flora. Esto desdibuja el papel de los actores individuales, que son quienes hacen uso de las plantas medicinales en sus contextos inmediatos -el hogar, la familia-. Por ello, su enfoque tampoco puede ser retomado en este trabajo.

Una propuesta que se ajusta a los intereses de esta investigación y además está enfocada en el ámbito de la salud es la de Paul Hersch. Este autor ha abordado el tema de las plantas medicinales y su importancia terapéutica desde una perspectiva social, cultural y ambiental. Uno de los aspectos que es preciso destacar de la propuesta de Hersch es su esfuerzo por articular enfoques teóricos y metodológicos de diferentes disciplinas, especialmente de la

antropología social y médica, la etnobotánica y la sociología para estudiar la relación entre los seres humanos y las plantas medicinales.

Saberes locales sobre el uso de las plantas

La propuesta de Hersch plantea que las personas poseen un conjunto de saberes locales - también denominados saberes populares- relacionados con el uso de las plantas medicinales. Este concepto hace referencia al conjunto de conocimientos, representaciones, experiencias e ideas construidas a lo largo del tiempo a través de la interrelación entre sociedad y naturaleza y circunscritas territorialmente (Hersch, 2011).

De acuerdo con este autor, los saberes en torno a las características de las plantas, su distribución, crecimiento y disponibilidad se encuentran estrechamente relacionadas con las prácticas para restablecer o mantener la salud y las representaciones de la enfermedad. Esta relación juega un papel importante en la atención de la salud en la mayoría de las poblaciones, pero particularmente en las indígenas y campesinas, ya que involucra la preparación de remedios para el tratamiento de enfermedades o afecciones comunes (Hersch, 2011, 2012). Desafortunadamente, los saberes locales son usualmente subordinados y excluidos por la biomedicina a través de los programas y políticas de salud.

Es preciso mencionar que el concepto de saberes locales presenta ciertas diferencias con el concepto de conocimiento tradicional, el cual es frecuentemente usado en los trabajos etnobotánicos y antropológicos. El conocimiento tradicional es empleado para referirse al conjunto de ideas, percepciones, nociones y experiencias de las comunidades indígenas sobre su entorno natural, generados y transmitidos a lo largo del tiempo (Luna, 2002). Un aspecto que vale la pena subrayar es que el término “tradicional” que acompaña a este concepto es generalmente utilizado en oposición al de moderno y tiende a reproducir una visión dicotómica de la realidad.

En esta visión dicotómica lo tradicional hace referencia a todo aquello que se ha mantenido ininterrumpidamente en las comunidades indígenas -a quienes es frecuentemente adjudicable este conocimiento-, mientras que lo moderno se asocia con lo nuevo, aquello que se introduce en las comunidades con el propósito de generar una transformación (en

términos de progreso o desarrollo económico). En el caso particular de México, la modernidad se ha relacionado con cierto tipo de políticas públicas que buscan fomentar el desarrollo de determinados sectores de la población. Lo expuesto, deja ver que el conocimiento tradicional puede ser un concepto ambiguo, excluyente y dual.

Por tanto, el presente trabajo empleará el concepto de saberes locales para referirse al conjunto de conocimientos, ideas, percepciones y prácticas en torno a las plantas medicinales que la población de las localidades de Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y Aguacatenango ha acumulado a lo largo del tiempo.

Escenarios y actores de la flora medicinal

La propuesta de Paul Hersch (2002, 2012; Hersch y García, 2008) también plantea la existencia de dos espacios donde los saberes locales sobre las plantas medicinales cobran importancia. Estos son:

- a) *Comunidad/grupo social*, donde existe un conocimiento y uso de las plantas por parte de curanderos, parteras, hierberos, recolectores, vendedores y la población en general.
- b) *Industria farmacéutica*, donde el conocimiento sobre las propiedades de las plantas permite la extracción de sus principios activos para la elaboración de fármacos.

Dado que son los cambios en el uso cotidiano de las plantas lo que se desea analizar, este estudio se centrará en el espacio comunitario, dentro del cual Hersch (1999, 2011) identifica cuatro tipos de actores sociales que el autor denomina actores de la flora medicinal. Cada uno de estos actores posee cierto tipo de saberes en torno a las plantas medicinales y se desenvuelve en un escenario sociocultural específico. Dichos actores son:

Curanderos y parteras. Se desenvuelven en el escenario de la medicina popular y la terapéutica local. Además de los mencionados por Hersch, en el área de influencia del CCI se identificaron yerberos, hueseros, pulsadores y llamadores de espanto¹⁴.

¹⁴ Sobre ellos se explicará más en el capítulo 4.

Recolectores y acopiadores. Se sitúan en el escenario de los sistemas de abasto de flora medicinal. En el caso de estudio se identificaron a personas cuya actividad complementaria es la búsqueda y recolección de cierto tipo de plantas con propiedades medicinales en espacios con abundante vegetación, que generalmente se localizan lejos de las localidades. Otros actores identificados en campo fueron las vendedoras de plantas medicinales de los mercados locales quienes, a pesar de no ser mencionadas por el autor, podrían incluirse en este grupo, ya que se encargan de abastecer de flora medicinal a la población.

Gestoras domésticas de salud. Se sitúan en el escenario de la autoatención y la medicina doméstica. De acuerdo con Hersch, las mujeres constituyen las principales y únicas gestoras de salud al interior de los hogares. No obstante, autoras como Osorio (2001) han reconocido que, además de las mujeres, en la autoatención y la medicina doméstica también participan el esposo o la pareja de la mujer, familiares y amigos de manera complementaria. Durante el trabajo de campo también se identificó la participación de estos otros actores. Por tanto, en este trabajo se reconocerá la participación de ellos como gestores secundarios.

Médicos, farmacéuticos e investigadores. De acuerdo con Hersch estos actores se localizan en el escenario de la biomedicina. El autor señala que los integrantes de este último grupo generalmente no tienen una relación directa con las plantas medicinales, es decir que no participan en su recolección, comercio o uso. Por el contrario, tienden a cuestionar su efectividad y desestimar su empleo. Durante la investigación solamente se identificó a médicos particulares, personal sanitario del CCI (médicos y promotores) y de otras instituciones, así como a una persona que cumplía la función de boticario. Algunos de los actores identificados poseían ciertos conocimientos sobre el uso de las plantas medicinales.

Cuadro 1. Actores de la flora medicinal y escenarios de acción.

Escenarios	Actores
Medicina popular/alternativa (atención especializada)	Curanderos, parteras, yerberos, llamadores de espanto, pulsadores, hueseros
Abasto de plantas medicinales	Recolectores y vendedoras del mercado
Autoatención y medicina doméstica	-Gestoras domésticas de salud principales: madres de familia. -Gestores domésticos de salud secundarios: vecinos, familiares, esposo/pareja.
Biomedicina	Médicos particulares, personal sanitario (INI, centro de salud, IMSS), boticarios.

Tomado y adaptado de Hersch (1999) con información obtenida en campo.

1.2 La dimensión sanitaria

La dimensión sanitaria se encuentra estrechamente vinculada a la atención de la salud, particularmente a los recursos a los que recurre la población para el tratamiento de sus enfermedades. Por tanto, aunque este trabajo no aborda un tema de salud propiamente, se considera importante reconocer las aportaciones que las disciplinas sociales enfocadas en el ámbito médico -entre ellas la sociología de la salud, la salud colectiva y la antropología médica- pueden realizar.

Una de estas aportaciones es la distinción de tres formas o modelos de atención de la salud. Dichos modelos fueron propuestos por Arthur Kleinman (1980), Eduardo Menéndez (1988) y Carlos Zolla (1988; Zolla et al., 1992), y aunque poseen distintos nombres, hacen referencia a una misma forma de atención. Para Kleinman los tres modelos son: a) científica-occidental, que incluye la biomedicina; b) folk, aquella que practican los médicos tradicionales y c) doméstico-familiar, que involucra el autotratamiento, la automedicación, así como aquellas acciones que no requieren de un conocimiento especializado.

Menéndez (1988), por su parte, identifica a estos tres modelos como: a) modelo médico hegemónico, b) modelo alternativo subordinado y c) autoatención. Este último, de acuerdo

con el autor, constituye el primer nivel de atención e incluye las actividades relacionadas con la prevención de las enfermedades y no sólo el diagnóstico y atención de éstas. Carlos Zolla (1988; Zolla et al., 1992), por su parte, plantea tres ámbitos de atención a las enfermedades: a) medicina académica -institucional o privada, b) medicina tradicional y c) medicina doméstica

La propuesta de Kleinman pone mayor énfasis en el aspecto simbólico de las formas de atención. Zolla y Menéndez, por otro lado, consideran las relaciones de poder -relaciones asimétricas en el caso de Zolla- que permean entre los distintos modelos de atención a la salud, aunque el primero se limita a mencionar la presencia de tales relaciones, no profundiza en ellas. Pese a sus diferencias, los tres modelos presentan coincidencia con los escenarios en que se desenvuelven los actores de la flora medicinal. También es preciso señalar que el uso de las plantas forma parte del modelo de autoatención y del alternativo subordinado.

Durante el trabajo de campo, fue posible identificar la presencia de estos tres modelos, -incluso antes de que la acción médico-sanitaria del INI diera inicio- coexistiendo en un mismo espacio social. Los habitantes de Venustiano Carranza, Aguacatenango y Amatenango del Valle tenía la posibilidad de acceder a la atención biomédica a través de los centros de salud públicos (incluyendo la clínica y los puestos médicos del INI) y los consultorios particulares. Asimismo, acudían con parteras, hierberos, curanderos, hueseros, pulsadores para tratar alguna enfermedad. No obstante, lo primero que hacía la población era recurrir a sus propios saberes o los de sus familiares, vecinos y amigos cuando identificaban los síntomas de un malestar.

De los tres modelos presentados, el de autoatención es de especial interés en este trabajo debido a que ocurre en el ámbito doméstico y es en este dónde puede observarse el proceso de cambio en el uso de las plantas medicinales. Como se señaló en la sección de actores de la flora medicinal, en la autoatención participan distintas personas (familiares, amigos, vecinos, conocidos (Dean, 1986). No obstante, destaca una figura, la de las madres de familia, quienes son, por lo general, las encargadas de atender las enfermedades en el núcleo doméstico.

Cuidados

Otro aspecto que cobra relevancia en la atención de la salud son los cuidados, los cuales involucran el conjunto de saberes y estrategias empleadas en la prevención y el tratamiento de las enfermedades (Osorio, 2001, 2014). Rosa María Osorio (2001), Karina Batthyány - (2020) y el mismo Paul Hersch (2011) afirman que la autoatención y los cuidados (en el ámbito terapéutico) son actividades feminizadas ya que son las mujeres quienes muestran mayor preocupación y desarrollan más actividades asociadas a la procuración de la salud. Por esta misma razón, Hersch las considera como gestoras domésticas de salud. En las localidades estudiadas, es a las mujeres a quienes se les delega la responsabilidad de velar por el bienestar de su familia.

Osorio (2014) reconoce la participación de los hombres en las actividades de cuidado, aunque señala que, si se compara con los saberes y funciones que poseen las madres de familia, el papel de éstos queda en segundo lugar. De acuerdo con esta autora, los saberes de las madres son producto de la combinación de dos modelos de atención, el biomédico y el alternativo (Osorio, 2001, 2007). Las madres de familia o gestoras domésticas de salud adquieren y manejan dichos saberes a partir de experiencia, la transmisión de sus familiares, amigos, vecinos, así como a través de las prescripciones médicas y las recomendaciones de los médicos tradicionales. Los episodios previos de una misma enfermedad le ayudan a reconocer qué tratamientos son efectivos y cuáles no para la atención de dicha enfermedad. Este conocimiento se actualiza constantemente conforme más experiencia se adquiere a lo largo del tiempo (Osorio, 2001).

Atendiendo a los planteamientos de Osorio (2001, 2007, 2014), después de que las madres de familia realizan el diagnóstico de la enfermedad, ellas deciden qué recursos emplear o a cuáles estrategias recurrir para que su hijo o algún otro miembro de su familia se alivie. Entre los recursos empleados para la atención de las enfermedades se encuentran los medicamentos de patente (pastillas, jarabes, ungüentos, gotas nasales, entre otros) y las plantas medicinales, mismas que pueden ser preparadas de distintas formas. Cabe mencionar que el uso de este último recurso requiere de un conjunto de saberes sobre las plantas y sus propiedades medicinales. Algunas madres de familia consideran que el uso de medicamentos puede ser más efectivo para el tratamiento de ciertas enfermedades, aunque

reconocen que pueden afectar otra parte del cuerpo. El uso de plantas, por su parte, es considerado menos dañino, pero también menos efectivo o de acción tardía.

Además de estos recursos, las madres de familia recurren a los médicos de las instituciones de salud, o bien, a los médicos tradicionales. Los aspectos que se toman en cuenta para recurrir a uno u otro tipo de especialista son la disponibilidad de estos, su accesibilidad, la distancia y los costos de la atención. Osorio (2001: 200) considera que a pesar de que en la autoatención y los cuidados se sigue combinando el uso de medicamentos con remedios naturales, hay una tendencia “a ampliar el repertorio de los primeros respecto de los segundos, por lo que se observa que el modelo médico hegemónico subordina y recorta los saberes médicos y el uso de la medicina popular”.

La propuesta de Hersch y la de Osorio coinciden en el hecho de que ambas consideran a las madres de familia como las principales encargadas del cuidado de la salud en el espacio doméstico. Además de reconocer que poseen saberes en torno al uso de las plantas medicinales, los cuales adquirieron a través de diversas vías.

El concepto de cuidados resulta de gran utilidad para este estudio al ser un aspecto inherente de la atención de la salud y el tratamiento de las enfermedades, así como una práctica que involucra el uso de plantas medicinales. Sumado a ello, es necesario mencionar que este concepto guarda un estrecho vínculo con el de pluralismo médico, mismo que se abordará a continuación.

Pluralismo médico

El pluralismo médico -también conocido como pluralismo asistencial- es un concepto propuesto por Charles Leslie en la década de 1980 (Muñoz, 2020) para hacer referencia a la coexistencia de dos o más formas de prevención, diagnóstico y atención de enfermedades en el espacio doméstico y a nivel local, aunque es en el primero donde se observa de manera más clara (Langdon, 2018; Papalini y Avelín, 2021). En este espacio, las madres de familia recurren al cúmulo de saberes sintetizados que poseen sobre cada forma de atención presente en su vida cotidiana y eligen aquellas prácticas y recursos que, con base en su experiencia, consideran más efectivos para aliviar los padecimientos.

Dos formas de atención cuya complementariedad ha sido ampliamente documentada son la biomedicina y la medicina tradicional, aunque ello no quiere decir que sean las únicas que coexisten y se complementan. Otras formas de atención que se han reconocido son la medicina alternativa -aquella cuyas prácticas no son propias de una localidad, sino que han sido adoptadas por ella- la medicina naturista y la herbolaria. De acuerdo con Vanina Papalini y María Josefina Avelín (2021), el acceso a estas otras formas de atención depende de la capacidad económica, la disponibilidad de dichos servicios en la localidad y el bagaje cultural de cada persona -incluyendo los saberes e imaginarios-.

Con respecto a esto último, algunos investigadores han señalado que las creencias -y no sólo las prácticas- también desempeñan un papel importante en la atención de la salud. Carlos Piñones y colaboradores (2016) y Rubén Muñoz (2020), documentan la construcción y articulación de nuevas formas de tratar las enfermedades a partir de las creencias pentecostales. El primer trabajo se centra en la “agarradura”, una enfermedad que afecta el alma de los aymaras en Chile, mientras que el segundo aborda el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre los tzeltales de los Altos de Chiapas.

Uno de los aspectos que ponen sobre la mesa ambos trabajos y que constituye una crítica a la idea de que pluralismo médico involucra la complementariedad armónica de las distintas formas de atención, es la desigualdad. Autores como Barbara Kazianka (2012) han enfatizado que tanto las prácticas médicas tradicionales como los conocimientos biomédicos, a pesar de ser divergentes en la mayoría de los casos, en ocasiones llegan a integrarse e incluso a aportarse mutuamente dando origen a una especie de sincretismo. No obstante, otros, como Papalini y Avelín (2021) hacen hincapié en el hecho de que la biomedicina es la única forma de atención reconocida y promovida por el Estado y sus instituciones. De acuerdo con las autoras, para que exista un verdadero pluralismo es necesario reconocer y proteger los otros sistemas de atención, aunque es probable que por “otros” se refieran a la medicina tradicional y a la herbolaria antes que a la alternativa y el resto de las formas de atención a las que se recurren en el espacio doméstico.

El pluralismo médico constituye un concepto fundamental para abordar y explicar la presencia de dos formas de atención en el área del Centro Coordinador de Venustiano Carranza: por un lado, la atención biomédica a través de la acción médico-sanitaria del INI

y los servicios preexistentes al inicio de esta, y por el otro, las prácticas y saberes populares, entre los que se incluyen el uso de las plantas medicinales.

El abordaje epidemiológico

El diagnóstico de las enfermedades es un aspecto de suma importancia para la elección de las acciones a realizar para combatirlas, tanto en el ámbito familiar como en el público. En este último ámbito, la identificación de los padecimientos que se presentan con frecuencia en una población ha contribuido al diseño de los programas de salud implementados por las instituciones sanitarias. No obstante, es común que estos programas contrasten con la realidad de las comunidades (Spinelli, 2016).

Para llevar a cabo un análisis del cambio en el uso de las plantas medicinales es importante la identificación de las enfermedades que han aquejado a las poblaciones estudiadas. El proceso de identificación de las afecciones por parte de las instituciones de salud se realiza siguiendo los métodos de la epidemiología tradicional/convencional, la cual sólo considera los factores ecológicos y biológicos para explicar el surgimiento o incremento de los padecimientos. Además, tiende a atribuir toda la responsabilidad de estos a las personas, al hacer referencia, por ejemplo, a su falta de hábitos higiénicos (Alazraqui et al., 2007; Haro 2013).

Por ello y por no tomar en cuenta las desigualdades sociales, políticas y económicas, mismas que también representan factores de riesgos para la salud, es que la epidemiología convencional ha sido muy criticada. Esta situación ha conducido al surgimiento de propuestas alternativas que buscan teorizar desde una perspectiva social, cultural y de género los perfiles epidemiológicos de los distintos espacios sociales (Spinelli, 2010; Haro, 2010, 2013). Entre las propuestas se encuentran la epidemiología crítica, la salud colectiva y la epidemiología sociocultural.

La epidemiología crítica es una propuesta que se interesa en el estudio del proceso de salud-enfermedad de los grupos humanos sociales e históricos, denominados colectivos. De acuerdo con esta propuesta, la principal causa de las enfermedades y de los niveles de mortalidad al interior de una población y en un momento determinado son las condiciones

sociales y económicas de los colectivos, derivadas de las desigualdades sociales y las relaciones de poder (González, 2014; Bastidas y Bastidas, 2022). La metodología de la epidemiología crítica pretende integrar información sobre las condiciones socioeconómicas y sociodemográficas de la población, así como las prácticas y saberes individuales relacionados con la salud (Zaldúa et al., 2010).

La salud colectiva es considerada una corriente de pensamiento, una práctica y campo de conocimiento que integra a las ciencias sociales en salud, epidemiología y administración de la salud. El objeto de la salud colectiva son las necesidades de los grupos sociales, así como las condiciones económicas y sociales que impactan en la salud y la enfermedad, desde una perspectiva histórica (Bertolozzi y De la Torre, 2011). A partir de la identificación de las condiciones socioeconómicas, la salud colectiva busca soluciones para promoción, prevención y control de la salud. Ésta también guarda una estrecha relación con la epidemiología crítica, ya que considera los conocimientos de la población en la definición de los problemas sanitarios (Haro, 2013).

La epidemiología sociocultural, por su parte, busca conocer y analizar el origen, distribución y frecuencia de las enfermedades en los grupos sociales, así como los factores que influyen en su desarrollo, mediante la recuperación de los conocimientos de la población (Hersch, 2013). Esto no solo implica la inclusión de los síndromes de filiación cultural en la visión epidemiológica sino también nutrir las clasificaciones de las enfermedades y los factores de riesgo desde la perspectiva de los propios actores sociales (Haro, 2013). Para lograr su objetivo, la epidemiología plantea articular los datos estadísticos con acercamientos etnográficos sobre las enfermedades y las condiciones sociales, políticas y culturales de la población (Arana y Castro, 2008; Menéndez, 2008).

Un aspecto fundamental para las tres propuestas es el territorio -entendido como el espacio en el cual convergen diversas relaciones socioculturales que generan expresiones de apropiación y representación (Toledo y Ortega, 2018)-, pues éste contribuye a comprender las desigualdades sociales, políticas y económicas que intervienen en el surgimiento e incremento de las enfermedades y los índices de mortalidad. Es así como la salud y enfermedad en una población no pueden comprenderse al margen de las dinámicas histórico-territoriales (Borde y Torres, 2017).

En este trabajo no puede efectuarse un perfil epidemiológico sociocultural o crítico tal y como fue descrito en este apartado debido a que no se cuentan con los suficientes datos estadísticos sobre las enfermedades y los niveles de mortalidad, así como al hecho de que ese no constituyó el objetivo principal de las indagaciones en campo y archivo. No obstante, sí puede realizarse un acercamiento etnográfico a los saberes que las personas poseen sobre las enfermedades, así como un breve esbozo de las condiciones socioeconómicas de la población y sus transformaciones a lo largo del tiempo, con el fin de encontrar posibles asociaciones con el cambio en el uso de las plantas medicinales¹⁵.

1.3 La dimensión de las políticas públicas

La política pública es un aspecto importante del trabajo, ya que la acción médico-sanitaria fue implementada en el marco de una política social, el indigenismo. Esta política estaba dirigida a la población indígena del país, aunque también pretendía atender a aquellas comunidades económicamente rezagadas.

Aproximación antropológica a las políticas sociales

Las políticas públicas son concebidas como “entidades objetivas, resultado de decisiones racionales adoptadas por alguna autoridad competente [...] que organizan acciones sobre la base de un conocimiento igualmente racional y experto, con el objeto de resolver problemas o situaciones específicas” (Franzé, 2013:10). Las políticas poseen un carácter instrumental ya que también son herramientas de acción para administrar y cambiar la sociedad (Shore, 2010). En México, la relación entre la antropología y las políticas públicas ha sido muy cercana. Esto se debe a que, durante muchos años, esta disciplina contribuyó al diseño y la implementación de las políticas (Agudo, 2015). El ejemplo que mejor ilustra esta situación es el de la política indigenista, la cual constituye uno de los ejes del presente trabajo.

Cabe señalar que, si bien la antropología ha abordado muy poco el tema de las políticas públicas, en los últimos años ha crecido el interés de los antropólogos en torno a este tópico. Este interés se aleja de los clásicos temas abordados por la antropología en el ámbito político, entre ellos la organización de las sociedades sin Estado, y abre paso a una

¹⁵ Estas asociaciones serán abordadas en el capítulo 4.

diversidad de temas y enfoques desde los cuales abordar las políticas públicas (Franzé, 2013).

Shore (2010) señala que los estudios pueden estar enfocados en: a) las instituciones y funcionarios que las formulan, b) los mecanismos y procesos mediante los cuales se implementan las políticas, c) los discursos y narrativas construidas alrededor de las políticas y d) el impacto que las políticas públicas tienen en la población. Con respecto a este último, la autora menciona que éstas, al ser un reflejo de la manera en que se concibe el mundo, contienen y reproducen modelos de la sociedad y las relaciones entre individuos, dando origen, en algunas ocasiones, a un nuevo conjunto de relaciones.

Agudo (2009, 2015) propone otros enfoques para abordar el tema de las políticas públicas. Estos son:

- a. *Política como forma de conocimiento.* Aborda la relación entre la producción de conocimiento y las políticas públicas. Esta producción de conocimientos tiene lugar antes de la implementación -en los diagnósticos previos- y/o después, al momento de la presentación de resultados y la evaluación.
- b. *Política como forma de escritura.* Orientada al análisis de los discursos, el lenguaje y las narrativas de las políticas como formas de poder.
- c. *Política como forma de poder.* Se enfoca en el estudio del dominio que las políticas ejercen sobre las relaciones, las conductas, las prácticas y la organización de la población.
- d. *Política como producto de la intermediación y la traducción.* Aborda el estudio de las interacciones entre los diferentes actores sociales que participan en la implementación de las políticas públicas (funcionarios, operadores de los programas, receptores o beneficiarios).

Uno de los intereses de este trabajo es identificar los mecanismos o procesos mediante los cuales se implementó la acción médico-sanitaria, en el marco de una política de amplio

alcance y el impacto que dicha acción tuvo en la población. Este interés se aproxima más a uno de los enfoques temáticos propuestos por Shore.

El hecho de incluir este apartado y presentar algunas propuestas para abordar el estudio de las políticas públicas, no significa que este estudio se centrará en este tema, sino que, más bien, se busca dar cuenta de la amplitud del campo y desde dónde se abordará esta dimensión en el presente trabajo.

2. El cambio sociocultural desde la mirada antropológica

Como se mencionó previamente, la antropología -particularmente la antropología médica y la etnomedicina- han abordado el tema de la medicina tradicional y la transformación de las prácticas, creencias y saberes que la constituyen. Los trabajos que estudian este último tópico generalmente tratan de explicar o analizar las transformaciones mediante las teorías del cambio cultural.

Estas teorías son muy diversas y han estado presentes en la antropología desde sus inicios, debido al interés de esta ciencia por comprender las transformaciones que tienen lugar al interior de las sociedades¹⁶. Cada una de las teorías del cambio cultural surgidas en la antropología experimentaron un periodo de auge, el cual, abrió paso a importantes discusiones dentro de la disciplina y contribuyó al desarrollo de las propuestas subsecuentes. Algunas de las cuales continúan empleándose en la actualidad.

Vale la pena mencionar que el concepto de cambio cultural como proceso que involucra la transformación de las formas de vida, prácticas sociales/culturales, cosmovisión, valores y percepciones de los miembros de una sociedad o grupo humano, no cobró relevancia en la antropología sino hasta el siglo XX. Previo a ello, las transformaciones sociales y culturales de la sociedad eran estudiadas en términos de evolución y atendiendo a criterios muy específicos.

¹⁶ Es preciso señalar que la antropología no ha sido la única disciplina con este interés, puesto que, para la sociología, el cambio en la estructura económica y las instituciones al interior de una sociedad ha sido un tema central. Este interés puede observarse, tempranamente, en los trabajos de Emile Durkheim (1983) y Max Weber (1944).

2.1 El cambio cultural como evolución

Alrededor de un siglo antes de que Charles Darwin publicará su texto *El origen de las especies* y que el concepto de evolución se popularizara entre el resto de las ciencias, ya existían en Europa algunas nociones sobre lo que posteriormente se denominaría evolución cultural. Estas nociones planteaban que la transformación sociocultural de una sociedad estaba relacionada con el incremento del contenido racional de los pensamientos, las costumbres y las instituciones (Harris y Del Toro, 1999), lo cual indica que, para este momento, el principal agente del cambio era la capacidad de razonar. Esto suponía la existencia de sociedades con mayor capacidad de raciocinio que otras y comenzaba a perfilar la idea de estadios culturales, aunque ésta no se consolidaría hasta casi un siglo después.

Estas nociones sobre la transformación social-cultural, sumadas al impacto que tuvo la teoría de la evolución de Darwin en las ciencias y el contexto de la expansión europea que se vivía a mediados del siglo XIX, constituyeron un terreno fértil para el desarrollo de la evolución sociocultural, cuyos principales teóricos¹⁷ fueron Lewis H. Morgan¹⁸ y Edward B. Taylor (Harris y Del Toro, 1999; Aparicio, 2021). A pesar de que los planteamientos de estos dos autores difieren en algunos aspectos, ambos coincidían en que todas las sociedades tienden a transformarse progresivamente de simples a complejas transitando por tres estadios, a los que Morgan denominó salvajismo, barbarie y civilización.

Además de dichos estadios, el autor propuso que la evolución cultural de una sociedad podía observarse en cuatro aspectos: la tecnología, el parentesco, el derecho de propiedad y el sistema político (Aparicio, 2021). Esto denota una clara diferencia con las ideas del siglo XVIII, donde el incremento de la capacidad de raciocinio constituía el principal marcador

¹⁷ El filósofo y sociólogo Herbert Spencer constituye uno de los principales impulsores de la evolución cultural en las ciencias en general. A través de sus obras difundió la idea de que la evolución consiste en una transformación continua, desde un estado homogéneo y simple hasta uno heterogéneo y complejo. De acuerdo con Spencer, esta idea podía ser aplicada tanto en el ámbito biológico como en el cultural (Álvaro y Garrido, 2003).

¹⁸ Existen algunos debates acerca de las bases del pensamiento evolucionista de Morgan. Hay quienes señalan que sus planteamientos teóricos se basaron en las ideas de Darwin, mientras que otros mencionan que no es posible conocer, a ciencia cierta, sobre qué teoría de la evolución biológica se sustentaron. Sin embargo, lo que parece no estar en duda es que la base de su pensamiento era la evolución biológica. Parte de esta discusión es presentada en Hume (2011).

de la transformación social y cultural, pues para la segunda mitad del siglo XIX, los aspectos tecnológico y social adquirieron una mayor relevancia como indicadores de transformación.

Los planteamientos de la evolución cultural fueron introducidos en México, décadas después, por Adolph Bandelier y adaptadas por Andrés Molina, quien los difundió a través de su libro *Los grandes problemas nacionales*, publicado en 1909. Esta obra representa uno de los primeros esfuerzos por clasificar a los grupos sociales de México e identificar el nivel de desarrollo cultural de cada uno. Cabe destacar que las ideas planteadas por Molina en esta y otras de sus obras fueron fundamentales para el surgimiento del discurso indigenista (De la Peña, 2008).

Si bien las ideas de Morgan y Taylor se difundieron y tuvieron un impacto positivo en otras ciencias -por ejemplo, en la filosofía-, éstas fueron criticadas por otros autores que buscaban comprender y explicar la transformación sociocultural desde otros enfoques antropológicos. No obstante, a pesar de las críticas y la desacreditación, el concepto de evolución cultural no desapareció, sino que se reformuló a partir de los planteamientos de Gordon Childe y Julian H. Steward.

Las propuestas desarrolladas por estos autores entre la primera y segunda mitad del siglo XX diferían de las ideas propuestas por Morgan y Taylor. Para Childe y Steward, la evolución sociocultural podía ocurrir a través de diferentes pautas y estaba influenciada por factores humanos, así como también por factores ambientales (Harris y Del Toro, 1999). El desplazamiento de la posición del ser humano como único agente del cambio y el reconocimiento de la influencia del medio ambiente en el proceso de evolución sociocultural permitió observar la evolución sociocultural desde otras perspectivas.

Childe, por ejemplo, fue uno de los autores que más se alejó de los planteamientos evolucionistas de Taylor y Morgan. Si bien él reconocía que las sociedades evolucionan a lo largo de la historia, planteaba que era imposible desarrollar leyes o procesos universales que explicaran la evolución de estas sociedades, tal como lo hacían las teorías de la evolución biológica. Esto debido, principalmente, a que el contexto de desarrollo y las características de cada sociedad eran diferentes (Harris y Del Toro, 1999; McGuire, 2015).

Steward (1955), por su parte, planteaba que la tecnología y el ambiente eran las principales causas del cambio cultural. Además, este autor, a diferencia del resto de evolucionistas, se interesó por los cambios en pequeña escala que ocurrían al interior de las sociedades (Álvarez, 2002).

Un aspecto que caracterizó a la evolución sociocultural -como a la mayoría de sus vertientes teóricas- y al mismo tiempo estableció una diferencia con otras teorías antropológicas del cambio cultural fue que abordó la evolución de la sociedad en su conjunto y no la evolución de ciertos aspectos sociales y culturales al interior de dichas sociedades, además de que se encontraba estrechamente vinculada a la idea de progreso. En ese sentido, los planteamientos de Childe y Steward supusieron una excepción al esquema general de interpretación de la evolución sociocultural.

Ángel Palerm (1997) señaló que el concepto de evolución dejó de ser empleado en la antropología -llegando al punto de convertirse en un concepto tabú- y fue reemplazado por los conceptos de cambio cultural, cambio social, adaptación, transculturación y aculturación. Cabe destacar que el autor no solo realizó reflexiones en torno a la aplicación del concepto de evolución en la antropología mexicana, sino que también se interesó en el estudio del cambio cultural a través de la revisión de las teorías sobre la evolución de Mesoamérica (Palerm, 1997b).

Atendiendo a sus reflexiones sobre la evolución sociocultural, Palerm reconoce que a la luz de este concepto se desarrollaron investigaciones que hicieron posible la obtención de datos antropológicos y etnográficos, que, a su vez, condujeron al desarrollo de nuevas teorías del cambio cultural.

2.1 Cambio cultural y aculturación

Además de la evolución sociocultural, desde otras escuelas y corrientes antropológicas se desarrollaron conceptos y propuestas teóricas para abordar el estudio del cambio cultural. Los impulsores de esta corriente fueron, en buena medida, la Escuela Cultural o Norteamericana, representada por Franz Boas, Melville Jean Herkovits, Robert Redfield y Ralph Linton y la Escuela Funcionalista o Británica, cuyos máximos exponentes fueron Alfred Reginald Radcliffe Brown y Bronislaw Malinowski.

La teoría del cambio cultural de la Escuela Funcionalista fue desarrollada en el contexto de colonización de las sociedades africanas. Para esta escuela, el cambio cultural tenía dos características fundamentales, ambas relacionadas estrechamente. En primer lugar, el cambio era de corte estructural-funcionalista, ya que implicaba la transformación de la función de las instituciones culturales. Debido a que todos los elementos que componían a una cultura se encontraban interconectados, según la perspectiva funcionalista, esta transformación funcional producía cambios en otros aspectos de la sociedad, por ejemplo, en las relaciones sociales o bien en la estructura de las mismas instituciones (Olea, 1975; Aparicio, 2021).

En segundo lugar, el cambio tenía un carácter endógeno, puesto que los factores que lo producían se encontraban dentro de las mismas sociedades (Palerm, 1997a). Una de las principales críticas a esta teoría es que no consideraba el factor histórico, por lo que no toma en cuenta los cambios que se desarrollaron en el pasado, sino solamente aquellos que el antropólogo podía observar de manera sincrónica a su trabajo. Pese a esta crítica, es importante destacar que el funcionalismo observó el cambio en aspectos de la sociedad que no había sido considerados antes; las instituciones sociales, sus funciones y, en menor medida, las relaciones sociales.

Al tiempo que se desarrollaba la teoría funcionalista del cambio cultural, en Estados Unidos se consolidaba la teoría de la aculturación. Herkovits, Redfield y Linton, los principales representantes de esta teoría, definían a la aculturación como el cambio en los patrones culturales originales de un grupo. A diferencia de la teoría funcionalista del cambio, esta propuesta considera el cambio como un proceso exógeno, puesto que se derivaba del contacto e interacción con otros grupos culturalmente distintos (Baucells, 2001). Franz Boas, el principal exponente de la historia cultural, también adoptó la teoría de la aculturación. De acuerdo con este autor, el fenómeno de aculturación implicaba la introducción de nuevos elementos culturales al interior de una sociedad y la reconfiguración de estos elementos de acuerdo con los patrones de su nuevo entorno (Phillip, 2017).

Tanto los estudios de aculturación como la historia cultural tuvieron una gran influencia en la antropología mexicana. Esta influencia es claramente observable en los trabajos de

Gonzalo Aguirre Beltrán (1957), quien fue director del primer centro coordinador indigenista, ubicado en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, y uno de los principales representantes del indigenismo. Aguirre Beltrán desarrolló de manera más amplia la teoría de la aculturación para aplicarla a los grupos étnicos de México, particularmente. En su texto *El proceso de aculturación*, el autor señala la importancia de conocer la condición previa de los grupos para poder analizar el fenómeno de aculturación (perspectiva histórica), así como la presencia de relaciones de poder/dominación. Para ejemplificar sus ideas, el autor aborda el caso del contacto entre indios y ladinos, exponiendo la adopción de elementos culturales por parte de ambos grupos.

Los estudios de aculturación en México tuvieron su auge entre 1950 y 1980. Estos trabajos fueron efectuados tanto por investigadores extranjeros como por estudiantes mexicanos y se enfocaron en el cambio que estaba siendo provocado, en distintas regiones étnicas, por la acción del Instituto Nacional Indigenista (INI). Un buen ejemplo de estas investigaciones lo constituye el de William R. Holland (1963), quien abordó el impacto del programa médico del INI en las prácticas médicas de la población que habitaba en San Andrés Larráinzar y otras localidades de los Altos de Chiapas, cercanas a Larráinzar. Los resultados obtenidos por el autor dan cuenta de la combinación de dos formas de atención de la salud, una que él denomina como tradicional y otra a la que llama moderna.

Un estudio similar al de Holland fue realizado por Robert Charles Harman (1974) en Yochib, una comunidad de Oxchuc, Chiapas. Este autor también se centró en observar y registrar el proceso de aculturación en el ámbito médico a raíz de la implementación de la acción sanitaria del INI, pero también de otras instituciones, entre ellas las religiosas. Harman, al igual que Holland, observó la coexistencia de la medicina tradicional (uso de hierbas) y la moderna (uso de medicamentos). Ulrich Köhler (1975) por su parte llevó a cabo sus investigaciones en la región de los Altos de Chiapas. A diferencia de sus predecesores, el autor no se enfocó en observar los cambios en un solo ámbito, sino que optó por un estudio más integral, en el que analizó el proceso de aculturación en la economía, la educación y la salud. Los resultados de su investigación también demostraron una aceptación de la medicina moderna.

Otro destacado antropólogo mexicano que abordó la cuestión del cambio cultural fue Guillermo Bonfil Batalla (1988). Si bien, este autor no desarrolló una teoría sobre este proceso, sus planteamientos contribuyeron, en su momento, a la comprensión del cambio. Bonfil, en su teoría del control cultural, hace referencia al cambio cultural por apropiación, pero también al control que los grupos sociales ejercen sobre sus propios elementos culturales, decidiendo sobre su conservación o desaparición. Este último planteamiento da cuenta de que el cambio cultural no siempre es impulsado por factores externos, sino que puede emerger al interior de los mismos grupos sociales.

Años después del auge de los estudios de aculturación, se continuaron desarrollando investigaciones que buscaban analizar este proceso. Una de estas investigaciones fue la realizada por Fernando Cámara (1996). Este autor efectuó un estudio comparativo entre los municipios de Tenejapa y Oxchuc e identificó algunos factores de aculturación, entre los que destacan el contacto interétnico, la diversificación de las actividades productivas, el uso de medicamentos, la educación y la migración. No obstante, a diferencia del resto de autores mencionados, Cámara no atribuyó a la acción del INI, al menos no explícitamente, el proceso de aculturación.

Las críticas realizadas a esta teoría se centran en el hecho de que pretendía abordar todos los procesos que ocurren en situaciones de contacto interétnico bajo el concepto de aculturación, dejando fuera a otros procesos/fenómenos como la transmisión unilateral (Baucells, 2001). A diferencia de las otras propuestas que abordan el cambio y que fueron señaladas previamente, la teoría de la aculturación continúa vigente y ha sido empleada en estudios que analizan la adopción de nuevos sistemas de salud.

2.2 Enfoques contemporáneos

Entre las propuestas que se han realizado a partir de la década de 1980 para abordar el cambio cultural se encuentran algunos estudios sobre modernización. Desde estos estudios se plantea que el cambio cultural es un fenómeno exógeno, producto de la influencia de elementos propios de la modernización, que implica la transformación de actividades productivas, valores, creencias, formas de tenencia de tierra e inclusive de la estructura social, por lo que estos estudios toman en consideración aspectos ecológicos, económicos, sociales y culturales para su análisis (Montes, 2012).

La teoría del cambio cultural planteada por estos estudios reproduce la dicotomía modernidad-tradición, además de que no incluyen el factor histórico. Este enfoque es empleado con frecuencia en los estudios que abordan el tema de las prácticas curativas en México. En dichos estudios, la medicina institucional es concebida como un indicador de modernización. Un buen ejemplo de estos trabajos lo constituye el realizado por Juan Gallardo (2021), en el cual observa el cambio en el sistema de salud local a partir de la llegada de los servicios médicos institucionales en dos municipios p'urepechas de Michoacán: Cherán y Chilchota.

Los análisis enfocados en el actor constituyen otra propuesta para abordar el cambio social y cultural. Esta propuesta surgió tanto en la antropología como en la sociología a finales de la década de 1970, y uno de sus principales exponentes es Norman Long (2007). De acuerdo con Long, el análisis enfocado en el actor pretende entender, de manera etnográfica, la vida social de los proyectos de desarrollo (implementados por los Estados), así como las respuestas y experiencias vividas de los actores sociales¹⁹ que participan en dichos proyectos, con el fin de comprender y explicar los procesos de cambio. Una crítica a este tipo de análisis, que Long señala ha sido muy frecuente, es la centralidad excesiva en la agencia y la racionalidad de los individuos, pues se argumenta que no todas las acciones que realiza el ser humano son producto del análisis o, en otras palabras, las personas se encuentran constantemente pensando en estrategias para afrontar ciertas situaciones.

A pesar de que la propuesta del análisis enfocado en el actor no antepone la idea del cambio como confrontación entre tradición y modernidad, que es lo que se pretende en este trabajo, los planteamientos de esta, muy orientados al estudio de las transformaciones sociales en el marco de los proyectos de desarrollo, no permiten integrar la parte de la relación entre seres humanos y plantas al análisis del cambio. Para ello se necesitaría de una propuesta más flexible, haga posible la observación de las relaciones sociales y la relación ser humano-planta.

¹⁹ De acuerdo con esta propuesta, las instituciones también son ejemplos de actores sociales, ya que tiene la capacidad de actuar, aunque carecen de agencia.

3. El cambio sociocultural desde un enfoque relacional

Los enfoques relacionales han venido cobrando importancia en las ciencias sociales durante las últimas décadas, aunque su génesis ocurrió casi un siglo atrás, a finales del siglo XIX y principios del XX, con las aportaciones de Emile Durkheim, Gabriel Tarde y George Simmel desde la sociología, así como de Charles Sanders Peirce desde los estudios semióticos, entre otros (Herrera, 2001). Desde hace algunos años, varios círculos académicos han manifestado la necesidad de poner atención en las redes sociales, es decir, en los vínculos, las interacciones y las redes, antes que en los actores y las estructuras (Forni y Castronuovo, 2022). De acuerdo con Salas (2022), uno de los aspectos que distingue a estos enfoques de aquellos que también abordan las relaciones sociales es el hecho de que buscan superar las dicotomías, particularmente la de agencia vs estructura, que ha generado múltiples debates en las ciencias sociales.

Hasta el momento los enfoques relacionales han sido empleados para comprender una amplia variedad de tópicos, entre ellos, los movimientos sociales, el consumo, la identidad, las políticas sociales, el género, la salud y el cambio social. Uno de los autores que ha abordado este último tópico desde un enfoque relacional ha sido el sociólogo italiano Pierpaolo Donati. La propuesta de este autor será expuesta y discutida en los apartados siguientes.

3.1 El enfoque relacional de Pierpaolo Donati

Pierpaolo Donati desarrolló su enfoque relacional en la década de 1980 como una crítica a la sociología accionista y sistémica funcionalista (Lorusso, 2021). La base fundamental de esta propuesta teórica es la noción de relación social, al ser esta la unidad básica del tejido social (Garro, 2017). Este concepto es definido como aquello que conecta a los actores sociales a medida que genera o renueva un vínculo entre ellos (Donati, 2006).

Tanto el cuidado de la salud como el uso de las plantas con fines medicinales pueden ser considerados aspectos relacionales, en el sentido de que crean vínculos entre los actores de la flora medicinal. Por ejemplo, se crea una conexión entre curanderos, las gestoras y

gestores de salud²⁰, ya que les recomiendan a los segundos qué tipo de plantas emplear para tratar ciertas enfermedades.

Para el autor, la relación social enlaza los diversos elementos que conforman la esfera social, al tiempo que promueve sus particularidades (Lorusso, 2021). El uso de las plantas y el cuidado de la salud se encuentran enlazados, debido a que el primero constituye un recurso del segundo. Si bien Donati no es el único autor que fundamenta su enfoque en las relaciones sociales, pues varios autores ya lo han hecho²¹, es necesario reconocer que es uno de los pocos que concibe a la sociedad como una relación social y no cómo el espacio donde éstas ocurren (Forni y Castronuovo, 2022).

El enfoque relacional de Donati se encuentra sustentado epistemológica y ontológicamente en el realismo crítico, así como en las aportaciones de Margaret Archer. El realismo crítico es una postura filosófica sobre la ontología y la epistemología propuesta por Roy Bhaskar. A nivel ontológico, esta postura plantea que la realidad se encuentra compuesta por estructuras, ordenadas en diferentes niveles o capas, que se reproducen y transforman a partir de las relaciones sociales. Mientras que a nivel epistemológico propone que, dada la manera en que se encuentra organizada la realidad, es necesario trascender el nivel empírico para acceder al conocimiento de ésta, buscando los mecanismos causales que la configuran (Hernández, 2017).

En cuanto a las aportaciones de Archer, es preciso señalar que esta autora coincide con Donati en cuanto a su fundamentación teórica, ya que ambos basan sus planteamientos en la ontología y epistemología del realismo crítico. Archer es considerada una de las más importantes exponentes de la teoría sociológica contemporánea, y sus principales propuestas abordan la relación estructura-agencia. El enfoque que desarrolla la autora para estudiar esta relación es denominado dualismo analítico desde el cual se “concibe a la sociedad como el resultado emergente del juego mutuo entre estructura y agencia” (Hernández, 2017: 350). Uno de los aspectos que distinguen la propuesta de Archer de las

²⁰ Como se señaló en la primera sección del apartado uno de este capítulo, los gestores domésticos incluyen a la población, tanto masculina como femenina, que hace uso de los recursos terapéuticos (plantas, animales y minerales) para la atención de la salud y de la enfermedad.

efectuadas por otros autores es que analiza la estructura y la agencia como dos dimensiones separadas (pero con la misma importancia) que interactúan constantemente. Este tipo de análisis permite observar las propiedades de cada dimensión, así como la manera en que una influye sobre la otra.

Es importante mencionar que la autora no desestima el factor tiempo, sino que lo considera una variable fundamental para comprender la dinámica social derivada de la interacción estructura-agencia. Tomando en cuenta estos tres elementos (tiempo, estructura y agencia), Archer desarrolla el enfoque morfogenético, con el cual busca explicar las dinámicas entre las dos dimensiones. De acuerdo con la autora, “el elemento morfo es un reconocimiento al hecho de que la sociedad no tiene una forma predecida o estado preferido [estructura]; la parte genética es un reconocimiento a que la sociedad toma su forma y está formada por agentes [agencia]” (2009: 32-33).

Dos conceptos son centrales en el enfoque morfogenético: la morfogenénesis y la morfostásis. La primera se relaciona con la tendencia que muestran las relaciones para modificar las estructuras y las atribuciones de sentido (cambio), mientras que la segunda hace referencia al fenómeno inverso, es decir a la propensión de las estructuras y las atribuciones de sentido a reafirmarse y mantenerse (continuidad). En ese sentido, se reconoce que, pese a que las relaciones puedan modificarse, éstas no siempre darán origen a un cambio, sino que en algunas ocasiones su estructura tenderá a continuar igual.

Con base en estos planteamientos, Donati señala la necesidad de concebir a las relaciones sociales como un efecto emergente del proceso de morfogénesis, que a su vez implica la creación de nuevas formas sociales (Lorusso, 2021; Forni y Castronuovo, 2022). Desde la perspectiva del autor, cada relación constituye un intercambio recíproco entre las personas, por lo tanto, relacionarse implica mantener un vínculo con otras y otros sujetos, vínculo que los une y al mismo tiempo los trasciende (Donati, 2006).

En las relaciones que se crean a partir del uso de las plantas pueden observarse estas tres dimensiones, ya que todas tienen una intención. Un ejemplo útil para explicar esto es la

²¹ Mustafa Emirbayer es uno de los autores cuyo enfoque se encuentra basado en la relación social. La propuesta de este autor ha sido criticada por Donati debido a que su definición de relación social es bastante ambigua (Forni y Castronuovo, 2022).

relación entre curanderos y las gestoras domésticas de salud. En este caso, lo que motiva la creación de esta relación es el alivio de una enfermedad y el vínculo que los une puede ser el conocimiento que el curandero posee en torno a las hierbas de uso medicinal o bien la efectividad de las plantas que recomiendan usar. La acción recíproca se refleja en la compensación (económica principalmente) que la madre de familia le otorga al curandero por brindarle alivio a través del uso de plantas.

El enfoque relacional de Donati es sumamente amplio e incluye los aportes de Talcott Parsons y su paradigma AGIL²². No obstante, estos planteamientos no serán abordados en esta tesis ya que no resultan de utilidad para la comprensión problema de estudio. En el apartado que continúa se abordará la propuesta de Donati para abordar el cambio social.

3.2 El cambio sociocultural en el enfoque de Donati

Para Donati (1993) ni las teorías sistémicas (aquellas que priorizan las estructuras sobre las acciones) ni las accionistas (las cuales prestan mayor atención a la acción de los individuos), pueden comprender adecuadamente el cambio social, debido a que ofrecen una visión parcial de la realidad. Ante esto el autor plantea el paradigma relacional, desde el cual se define al cambio social como “la emergencia de realidades sociales cuyo motor son sujetos (individuales y colectivos) que están en relación entre sí dentro de un contexto determinado” (Donati, 1993: 34).

Hacia la primera mitad de la década de 1970, la población indígena (tzeltal y tzotzil) y no indígena que habitaba los municipios de Villa Las Rosas, Venustiano Carranza y Amatenango del Valle, como muchas otras del país, se caracterizaba por la presencia de ciertas condiciones de salud, como la alta frecuencia de enfermedades infecciosas, respiratorias y parasitarias, al igual que un ambiente insalubre. No obstante, la población contaba con sus propias prácticas y recursos para hacer frente a sus necesidades de salud. Entre éstas se encontraban usar diversas especies de plantas con fines medicinales, acudir al

²² El paradigma AGIL consiste en un esquema sociológico utilizado para el estudio de los sistemas sociales. Este paradigma distingue cuatro funciones de los sistemas sociales: adaptación/adaptation (A), logro de objetivos/goal attainment (G), integración/integration (I) y mantenimiento del modelo latente/latency (L) (Donati, 2006).

curandero, hierbero, partera y, en menor medida a los médicos particulares y centros de salud para tratar sus enfermedades.

Con la creación del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza, en 1976, el Instituto Nacional Indigenista (INI), en cumplimiento los objetivos de la política indigenista, comenzó a implementar una acción sanitaria en el área de influencia de este Centro, que comprendía los tres municipios mencionados. Dicha acción fue implementada por el personal sanitario del Centro (médicos y promotores) y consistió en una serie de programas y proyectos orientados a atender las necesidades de salud de la población. Es en este contexto que emergen nuevas realidades en cuanto a la atención de las enfermedades y el mejoramiento de las condiciones sanitarias.

Para el desarrollo de una teoría relacional del cambio social Donati (1993) señala que es importante considerar los siguientes aspectos:

1. Cambio en la idea de causalidad. Es necesario tener presente que ningún actor o sistema es un motor primario del cambio social, existen múltiples factores que ejercen una influencia. De este modo, la acción sanitaria implementada por el INI en el área de influencia del CCI no puede ni debe ser considerada el principal factor causal del cambio en el uso de las plantas medicinales, sino como un factor que influyó de cierta manera en el desarrollo de estos cambios, puesto que el proceso es más complejo e involucra la participación de otros factores.
2. Cambio en la idea de tiempo. El tiempo en el que ocurre el cambio social no es tiempo estandarizado, sino uno cultural e histórico. Así, el cambio en el uso de las plantas medicinales que aquí se analiza ocurrió a lo largo de casi cincuenta años, durante los cuáles la acción sanitaria del INI tuvo su auge, desapareció y en su lugar surgieron nuevos espacios para la atención de la salud (clínicas del IMSS-COPLAMAR, farmacias con consultorios particulares).

Partiendo de lo anterior, el enfoque relacional plantea que existe un cambio social cuando las relaciones propias y específicas de una entidad social se forman con cualidades particulares, que las hacen diferentes a las anteriores. En cuanto al problema de investigación, se buscará observar la creación de nuevas relaciones en torno a dos aspectos,

1) el tratamiento de las enfermedades, 2) el uso de las plantas. Con respecto a este último se centrará la atención en los actores sociales de la flora medicinal, para observar el surgimiento de nuevas relaciones mediadas por la recolección, el comercio y uso de las plantas.

Para poder comprender la adopción de estas nuevas cualidades, Donati sugiere la necesidad de distinguir analítica y empíricamente las formas estructurales socioculturales preexistentes, así como las acciones de los sujetos condicionadas por dichas formas (García, 2006). Es decir, que no basta observar qué formas estructurales asociadas a la atención de la salud existían antes de la implementación de la acción sanitaria en el CCI de Venustiano Carranza, sino que es necesario conocer cómo actuaban los diferentes actores sociales (curanderos, parteras, médicos particulares, población en general) en función de dichas formas.

Con respecto a los factores que generan el cambio, el autor enfatiza que para la generación de un cambio social no es suficiente la introducción de nuevos elementos o una nueva relación, sino que las relaciones preexistentes deben cambiar su manera de interactuar. En otras palabras, debe surgir una nueva relación entre las relaciones que ya existían. En ese sentido, podría plantearse que la implementación de la acción sanitaria en el área de estudio no bastó para producir cambios en el uso de las plantas medicinales, sino que fue ineludible que esta acción modificara las relaciones existentes en el ámbito de las formas de atención de la salud y del uso de las plantas.

La tendencia a la modificación de las relaciones puede dar lugar a dos fenómenos importantes para la comprensión del cambio social, la morfogénesis y la morfostásis, procesos a los que ya se hicieron referencia en la sección anterior. La implementación de la acción sanitaria pudo generar cambios en el sentido de las relaciones construidas a partir de la atención de las enfermedades y el uso de las plantas o bien logró que estos sentidos se mantuvieran.

A diferencia de muchas otras teorías y enfoques que abordan el cambio social, cultural o sociocultural, la teoría relacional plantea que el cambio social no implica la transición hacia una sociedad moderna, un estado de progreso o evolución, sino una forma distinta de ordenar los elementos que constituyen una unidad (grupo, comunidad, pueblo) y las

relaciones que ocurren entre ellos (Donati, 1993, 2006), lo cual permite superar la dicotomía tradición- modernidad, que se ha convertido en una constante en las investigaciones que abordan temáticas relacionadas con las comunidades indígenas, rurales o campesinas.

No obstante, es de suma importancia advertir que, aunque la teoría relacional busca romper la oposición tradición-modernidad que ha caracterizado a otros estudios sobre el cambio social y cultural, es importante tener en consideración que, en sus inicios, la política indigenista tenía como principal objetivo modernizar a las comunidades indígenas a través del proceso de aculturación y, en el caso del Centro Coordinador de Venustiano Carranza, modernizar incluso a las no indígenas que mostraran signos de atraso económico de acuerdo con los parámetros trazados por el Estado.

4. Metodología

Dada la naturaleza de los datos que se buscaban obtener para dar respuesta a la pregunta central y las interrogantes secundarias, se diseñó una metodología que comprendió la revisión de archivo, realización de entrevistas semiestructuradas y recorridos con observación simple. Sobre las dos primeras es preciso plantear algunas cuestiones.

De acuerdo con Florencia Mallon (2004), el trabajo de archivo y las entrevistas constituyen herramientas metodológicas muy útiles para la reconstrucción de procesos históricos. Mallon (2004: 19), en su libro *La sangre del copihue*, señala que la memoria y el archivo pueden entablar un diálogo que “ayude a recuperar algunos aspectos olvidados de la historia local” a través de la recolección y contrastación de las diferentes visiones de una misma historia o suceso en particular, permitiéndonos conocerla a mayor profundidad. El diálogo al que la autora se refiere y que ella misma implementó en su investigación surge del compartir documentos y otros materiales de archivo con los miembros de la comunidad y favorecer el desarrollo de una conversación en torno a los hechos o asuntos descritos en los mismos y viceversa, de la búsqueda de documentos que apoyen los relatos que permanecen en la memoria de los habitantes de la comunidad.

Aunque la autora reconoce las ventajas y el potencial del diálogo entre las fuentes orales y las escritas, también pone sobre la mesa los inconvenientes de este. Por ejemplo, el hecho

de que para ciertos momentos no existen las suficientes fuentes orales para complementar la versión que se narra en los documentos, especialmente si estos se remontan a muchas décadas atrás. Sumado a ello, Mallon menciona un hecho que considero de suma importancia. Este es que, aunque nunca podremos conocer por completo los procesos históricos, sí es posible profundizar en la complejidad de estos aplicando la metodología adecuada.

La investigación aquí presentada, si bien recurre a fuentes documentales -los materiales de la acción médico-sanitaria que se encuentran en los archivos- y de fuentes orales -el testimonio y/o experiencias de médicos, habitantes y trabajadores del CCI-, no logra desarrollar, cabalmente, el diálogo entre estas dos. Esto se debe a que la información de los archivos es bastante limitada y sólo cubre -de manera intermitente- los primeros 10 años de la implementación de la acción médico-sanitaria. Una situación contraria ocurre con las fuentes orales, donde los testimonios dan cuenta de esta acción en sus últimos 20 años de implementación. Sólo pudieron registrarse testimonios que proporcionan algunos datos sobre la atención médica en los puestos médicos y los primeros años del CCI, por lo que el verdadero diálogo sólo puede entablarse por breves momentos a lo largo de casi 30 años de duración de la acción médico-sanitaria.

A pesar de estas limitaciones, es necesario reconocer y destacar una de las principales aportaciones de las fuentes documentales y orales a este trabajo: la reconstrucción -a grandes rasgos- de la acción médico-sanitaria en el área de influencia del CCI y particularmente en Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y Aguacatenango. Retomando a Florencia Mallon, esta reconstrucción no constituye la historia del indigenismo y su acción sanitaria en el Centro Coordinador de Venustiano Carranza, sin embargo, nos permite conocer cómo se dio este proceso y el impacto que tuvo en localidades específicas.

4.1 Revisión de archivo

El trabajo de archivo constituyó la base del trabajo de campo, ya que los documentos revisados permitieron formular las preguntas que serían parte del guion de entrevistas, así como determinar los lugares en donde se realizarían recorridos y la observación simple. No obstante, cabe mencionar que la revisión de archivo no fue tarea fácil, en particular para

alguien que no se encuentra familiarizada con la lectura de documentos oficiales de naturaleza histórica e institucional. Se requirió de la lectura detenida de cada uno de los expedientes, los cuales agrupaban solicitudes, oficios, reportes, informes, memorándums, planes de trabajo, actas de sesión, recortes de periódicos y discursos, entre otros más.

Durante los meses de septiembre y octubre se efectuó la revisión del Archivo Histórico del Centro Regional de Información Documental (CRID) “Agustín Romano Delgado”, mismo que alberga el Archivo Histórico del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil como una de sus colecciones principales y se localiza en el CCI de San Cristóbal de Las Casas. En este centro fue posible acceder a los informes de actividades correspondientes al Centro Coordinador de Venustiano Carranza, actas de consejo técnico, datos estadísticos, lineamientos de la política indigenista e informes sobre proyectos.

Otra breve etapa de archivo se realizó en el Fondo Documental del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas ubicado en la Ciudad de México. En el transcurso de esta estancia se revisaron los informes y actas de consejo técnico de la Coordinadora Estatal, evaluaciones de los programas implementados por el INI en el Estado de Chiapas, la cobertura del INI, así como una serie de mapas correspondientes al área de influencia del CCI de Venustiano Carranza, los cuales se encuentran resguardados en la mapoteca Germán Parra.

Los documentos revisados fueron producidos entre 1976 y 1993. La información contenida en los mismos brindó datos sustanciales acerca de la creación y el desarrollo de actividades sanitarias en el Centro Coordinador de Venustiano Carranza.

Es preciso señalar que una limitante del trabajo de archivo fueron los vacíos de información sobre los últimos años de la acción sanitaria en el Centro Coordinador, así como la ausencia de trabajos antropológicos desarrollados por el mismo Centro o por la Coordinadora Estatal que permitan conocer las prácticas y los recursos para el cuidado de la salud presentes en el área de estudio. Aunque estas ausencias limitan el ejercicio de complementación y contraste de la información, no invalidan los datos obtenidos a través de otras fuentes. Sumado a ello debe mencionarse la dificultad para acceder al Archivo Histórico de San Cristóbal de Las Casas que, por inventario o actividades del Centro Coordinador, se mantuvo cerrado en múltiples ocasiones.

4.2 Entrevistas semiestructuradas

Para los fines de esta investigación se consideró adecuado efectuar entrevistas de tipo semiestructurado, ya que éstas permitirían establecer un diálogo más ameno con las y los colaboradores. Para esta etapa fue fundamental la redacción de un guion de preguntas, ya que permitió orientar la entrevista hacia los dos grandes ejes temáticos: el uso de plantas medicinales y la acción sanitaria del INI. Este no fue una camisa de fuerza, sino una guía muy flexible y práctica que evitó que la entrevista se apartara de sus objetivos.

Durante el periodo octubre-diciembre de 2022 se realizaron un total de 47 de entrevistas a los siguientes tres grupos:

Grupo 1. Población beneficiada con la acción sanitaria del Centro Coordinador de Venustiano Carranza. Si bien las entrevistas estuvieron dirigidas tanto a hombres como a mujeres, fue este último sector de la población el que proporcionó la mayor cantidad de entrevistas. Esto se debe a que las mujeres eran, y continúan siendo, las principales encargadas de atender la salud en el ámbito doméstico y, por tanto, quienes mayor conocimiento poseen sobre los programas de salud y las plantas empleadas en el tratamiento de enfermedades.

Las entrevistas realizadas a este grupo estuvieron, desde un inicio, dirigidas a un sector de la población que se encontraba en un rango de edad de entre 40 y 80 años. La elección de este rango de edad se realizó en función de los datos que se buscaban obtener: su experiencia como beneficiario de las acciones implementadas por el INI, su percepción en cuanto al uso de plantas medicinales en la actualidad, así como las enfermedades, plantas medicinales u otras formas de atención empleadas por la población antes de la llegada del Centro Coordinador.

Se consideró que la población que se ubicaba en este rango de edad, por su experiencia, era la que más información podría aportar sobre el uso actual y previo de las plantas, además de que era más probable que recordara su participación en alguna de las acciones sanitarias del INI. Por tanto, cabe destacar que la mayoría de las entrevistas que sustentan este trabajo fueron realizadas a personas mayores de edad, que se ubican entre los 50 y 80 años. Sumado a ello se realizaron algunas entrevistas, muy pocas, a personas menores de 40 años,

las cuales ayudaron a complementar información sobre el uso de las plantas en la época actual.

La pertenencia a un grupo étnico, aunque no fue un criterio para la elección de los entrevistados, si fue un dato importante, ya que a través de este se planteó observar diferencias en cuanto a los saberes de las plantas, los cambios en sus usos e incluso el acceso a la atención biomédica, en general, y la brindada por el INI, en particular. Cabe mencionar que la pertenencia a algún grupo étnico se determinó por autoadscripción y que la mayoría de los entrevistados mencionó ser parte de una comunidad indígena.

Otros aspectos que es necesario mencionar sobre los informantes es que todos pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo, lo que les ha permitido el acceso a la atención biomédica privada local -a través de los médicos particulares-, la adquisición de medicamentos de venta libre en las pequeñas farmacias instaladas en su localidad y ser beneficiario de programas de salud del gobierno federal -entre ellos IMSS-PROSPERA e IMSS OPORTUNIDADES. Entre los criterios que se consideraron para determinar el nivel socioeconómico al que pertenecía la población se encuentran la: a) ocupación -durante las entrevistas se observó que la mayoría de los colaboradores se dedicaban al campo, las labores del hogar y, en menor medida, a alguna actividad artesanal como la alfarería o elaboración de textiles-, b) el acceso a atención médica especializada privada, la cual era accesible en muy pocos casos y en situaciones específicas, y c) las características de la vivienda, -la mayoría de los colaboradores poseen viviendas de ladrillos, block, lámina galvanizada y piso rústico de cemento. Sólo algunos colaboradores poseen un techo de losa o piso de tierra.

Además de dichos criterios, se consultaron los porcentajes de población en situación de pobreza 2020 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y el Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas (CEIEG)²³. De acuerdo con dichos porcentajes, Amatenango del Valle y Venustiano

²³ Disponible en <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/Paginas/principal.aspx> y https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/productos/files/OBPOBREZA/CHIAPAS_POBREZA_MUNICIPAL_2020.pdf en

Carranza se encuentran dentro de los 30 municipios con mayor porcentaje de población en condición de pobreza y pobreza extrema, respectivamente.

La migración también fue un aspecto que se tomó en consideración al implicar la adopción de nuevas formas de tratar las enfermedades o bien el uso de nuevas plantas. Entre los colaboradores de Venustiano Carranza se registraron varios casos de migración, aunque esta fue interna y solo implicó mudarse de una ranchería a la cabecera municipal, de un barrio a otro o bien de la cabecera a una colonia cercana. Únicamente hubo dos casos en los que un hombre y una mujer migraron temporalmente fuera del municipio y fuera del estado a causa del trabajo. La gran mayoría de colaboradores no ha migrado fuera de su municipio de origen.

La cantidad de y características de los entrevistados, por localidad, se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Características y cantidad de población entrevistada

	Aguacatenango	Amatenango del Valle	Venustiano Carranza
Población indígena	7	7	15
Mujeres	6	7	16
Hombres	1	0	8
Menores de 60 años	4	5	8
Mayores de 60 años	2	2	16
Total de personas entrevistadas	7	7	24

Grupo 2. Médicos tradicionales beneficiados y no beneficiados con las acciones del INI. Se entrevistaron a pulsadores, parteras y hueseros -tres en total- que formaron parte de algunos proyectos y/o acciones impulsadas por el Centro Coordinador para promover la medicina tradicional. Esto con el fin de conocer su experiencia participando en dichos proyectos, así como el impacto que los mismos tuvieron en la población.

También se entrevistó a dos parteras y un curandero que no participaron en ninguna de las acciones promovidas por el Centro Coordinador, para observar el cambio en el uso de las plantas desde su práctica. Es importante mencionar que todos los terapeutas tradicionales entrevistados tienen más de 30 años tratando a las familias de Amatenango y Venustiano Carranza.

Grupo 3. Personal del Centro Coordinador que desempeñó actividades en el periodo comprendido por la investigación. Debido a que hay algunos aspectos de la relación entre los médicos del INI y la población que no pueden conocerse a partir de los documentos de archivo -los cuales eran escasos-, se consideró necesario entrevistar a algunos de los médicos y promotores que trabajaron en el Centro Coordinador, así como al personal que estuvo a cargo de promover e implementar los proyectos de medicina tradicional. De este grupo se entrevistaron a tres personas, entre ellos al último médico del CCI.

El total de personas entrevistadas -incluyendo los tres grupos- se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Cantidad de entrevistas por grupo.

	Grupo 1 Población en general	Grupo 2 Médicos tradicionales	Grupo 3 Personal del CCI
Cantidad de entrevistas	38	6	3
Total, de entrevistas	47		

Las entrevistas se realizaron en tres puntos importantes del área de operaciones del centro coordinador: la cabecera municipal de Venustiano Carranza, la cabecera municipal de Amatenango del Valle y la localidad Aguacatenango.

Adicionalmente se realizaron dos visitas al Fraccionamiento Trinidad Oquil, en el cual habitan personas desplazadas de la cabecera municipal de Venustiano Carranza, con el fin de identificar colaboradores y realizar entrevistas, así como una visita a un médico tradicional en la comunidad de Laja Tendida, municipio de Venustiano Carranza. Sobre el

anonimato de los entrevistados, vale la pena destacar que a lo largo del trabajo se utiliza el nombre real de los mismos. Cada uno de ellos autorizó y, en algunos casos, solicitó que se mantuviera su nombre pues consideran que, de esta manera, su participación en la investigación es reconocida.

En cuanto a las dificultades que surgieron durante esta etapa del trabajo de campo debe mencionarse la obtención de colaboradores en Aguacatenango. Esto se debe, en buena medida, al estrecho vínculo que sustentan sus habitantes con los procesos de autonomía, defensa del territorio y recursos naturales que han promovido diversas organizaciones en el estado de Chiapas.

Por último, es preciso mencionar que en este trabajo se empleará el término colaborador y no informante para hacer referencia a las personas entrevistadas, pues se considera que su participación va más allá de compartir información sobre las plantas medicinales y su experiencia con otras formas de atención. Durante las entrevistas surgieron preguntas y reflexiones interesantes -tanto de parte de ellos como de mi parte- que contribuyeron a comprender más el problema de investigación y a la vez, propiciaron el surgimiento de más preguntas.

4.3 Recorridos y observación simple

Los recorridos y la observación simple, al igual que las entrevistas, se realizaron en cuatro lugares: el mercado de Villa Las Rosas, la cabecera municipal de Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y la localidad de Aguacatenango. Se eligió el mercado de Villa Las Rosas como punto de observación al ser señalado por las entrevistadas como el lugar donde se obtienen ciertas plantas de uso medicinal. La elección del resto de los puntos está relacionada con la presencia de puestos médicos.

Los espacios designados para la observación fueron mercados, huertos familiares distribuidos en toda la localidad y espacios destinados a puestos médicos, así como a proyectos de saneamiento ambiental. Cabe mencionar que durante esta etapa se conversó brevemente con algunas vendedoras del mercado sobre cuáles son las hierbas medicinales que ofrecen y cómo las obtienen. De la misma manera se obtuvieron fotografías de algunos huertos familiares y obras de saneamiento construidas por el INI.

Un aspecto particular de la metodología empleada es que no solo ha permitido conocer la acción sanitaria del centro coordinador a través de la información documental (informes, programaciones, etc.), sino también apelando a la memoria y percepciones de la población que, en algún momento, fue beneficiaria de dicha acción o bien, desempeñó algunas funciones en el centro. Esto, a su vez, resulta de gran utilidad, en el sentido de que permite complementar y, en algunos casos, contrastar la información documental generalmente elaborada por quienes plantearon, dirigieron o supervisaron la acción sanitaria con la experiencia de las personas que se beneficiaron a partir de la implementación de dicha acción.

4.4 La posición del antropólogo nativo y el antropólogo externo

Cada trabajo de campo es “único” pues se construye a partir de los intereses de investigación, el contexto espacial y temporal en el que se pretende trabajar, los actores sociales, las herramientas metodológicas empleadas para realizar el acercamiento a lo que se pretende estudiar, así como la propia subjetividad del investigador. Si bien no existe un manual que nos indique paso a paso lo que debemos hacer o no hacer durante el trabajo de campo, sí podemos partir de las experiencias y reflexiones que diversos investigadores han planteado sobre el mismo para ir construyendo nuestro propio acercamiento al campo.

No obstante, uno de los aspectos que diversos investigadores han puesto sobre la mesa para discutir es la posición del investigador/a y su relación con las y los actores sociales, algo a lo que Rossana Guber (2012) e Itziar Gandarias (2014) se aproximan como un ejercicio de reflexividad.

La reflexividad conduce a los investigadores a pensar y cuestionar cómo es percibido por la comunidad/grupo/actores sociales y al mismo tiempo, cómo ella o él percibe a los actores sociales; esto implica reconocernos, no sólo como investigadores, sino como sujetos con capacidad de actuar, pensar y sentir, dentro de los propios espacios de investigación y no como un ente abstracto, invisible e insensible, como se planteó durante mucho tiempo en la antropología bajo el concepto de objetividad. Esto a su vez, nos conduce a reconocer que nuestra presencia tiene un impacto en las comunidades o grupos con los cuales trabajamos, en las relaciones que se establecen e incluso en los fenómenos que analizamos. Omitir o invisibilizar nuestra presencia en campo es negar el impacto de esta.

Para el presente trabajo, considero importante efectuar una breve reflexión sobre mi posición como miembro de una de las localidades estudiadas, es decir, como “antropóloga nativa”, pero también como una antropóloga ajena a las otras dos localidades. Esta posición de “antropólogo nativo”, término empleado por Guber, pareciera eximirnos del ejercicio de reflexibilidad y del reconocimiento de nuestras posiciones. Esto debido a que se parte de la premisa de que, al estar inmersos dentro de las dinámicas del espacio de estudio y mantener una relación más cercana con los actores sociales, nuestra percepción sobre ellos y la manera en que nos conciben a nosotros, está definida y, por tanto, no es necesario un ejercicio de reflexión.

Durante el trabajo de campo, mi experiencia como antropóloga nativa contrastó en varios aspectos con mi experiencia como antropóloga ajena a la comunidad. En mi posición de antropóloga nativa no fue necesario realizar recorridos de reconocimiento del espacio. Las veces en que recorrí algunos barrios en busca de informantes, mi presencia no causaba mayor sorpresa, en comparación con las ocasiones en las que visité Aguacatenango, en donde la población parecía incluso evitarme o alejarse. En ese sentido, de algún modo mi presencia tuvo cierto impacto en su cotidianidad. En Amatenango, la población está acostumbrada a recibir la visita de mucha gente de fuera, quienes acuden a comprar todo tipo de utensilios cerámicos. Sin embargo, hay ciertos momentos del día y en ciertos espacios de la localidad en que la presencia de personas ajenas puede resultar extraña para la población. Por ejemplo, al anochecer y, en cuanto al espacio, en la periferia que está alejada de la carretera.

La búsqueda de colaboradores clave también fue distinta en ambos escenarios. En mi localidad de origen pude identificar con mayor facilidad a estos colaboradores y no fue difícil que accedieran a una entrevista, sobre todo porque algunos me conocían a mí, conocían a mi familia o al menos sabían que vivía en el mismo lugar. No obstante, es importante reconocer que la pertenencia puede resultar contraproducente en algunos casos, sobre todo en aquellos en los que hay conflictos o diferencias entre los colaboradores y algunos miembros de la familia -ceranos a nosotros-. Esto puede ser un motivo para que se nos niegue la entrevista o para acrecentar la desconfianza.

En Amatenango tuve experiencias diversas, pues mientras había personas que me invitaban a pasar a sus hogares al enterarse a qué me dedicaba y de dónde venía, otras personas - especialmente algunas parteras- mostraban desconfianza e incluso se negaban a hablar conmigo. Esta localidad durante años ha sido visitada por diversos investigadores, entre ellos antropólogos, por lo que muchas personas se encuentran familiarizadas con el trabajo que realizan y la manera en que se relacionan con la población.

En Aguacatenango fue aún más complicado al inicio, debido a la desconfianza de gran parte de la población. Una de las estrategias a las que recurrí fue acercarme, a través de mi red de amigos y conocidos, a los miembros de la iglesia católica para pedirles su apoyo y así encontrar colaboradores. Esta estrategia me ayudó a realizar algunas entrevistas. El hecho de mencionarles que una persona cercana a ellos -otro miembro de la iglesia- me había proporcionado sus datos y explicarles sobre qué era mi trabajo creaba más confianza y permitía que la entrevista fuese más fluida.

Otro aspecto en el que también diferían ambas experiencias es en la percepción de los colaboradores. Retomando lo expuesto en párrafos anteriores, se tiende a pensar que la presencia del antropólogo nativo pasa desapercibida durante el trabajo de campo o, bien, que no requiere de una reflexión constante, aunque, personalmente considero que no es así. Si bien, las personas nos reconocen como miembros de la comunidad, al asumir la posición de antropólogos la percepción cambia, pues ya no sólo nos perciben como un habitante más, un miembro de cierta familia, sino también como estudiante/investigador.

Desde mi perspectiva, la doble posición de investigador y miembro de la comunidad implica una mayor reflexividad, sobre todo por el hecho de que nos encontramos inmersos en las dinámicas y relaciones sociales de la población con la que trabajamos. En algunas ocasiones podemos caer en el error de externar prejuicios o alguna opinión, construida socialmente, sobre ciertos miembros de la comunidad.

En cualquiera de las dos posiciones es importante reflexionar constantemente sobre cómo nos comportamos y expresamos nuestras opiniones, ya que éstas van a ser percibidas de cierta manera por el resto de la población, lo que también puede tener repercusiones en el trabajo de campo. Aunque, cuando no pertenecemos a la comunidad, es menos probable que externemos prejuicios o ideas sobre los otros, a quienes aún no conocemos. Asimismo,

es sustancial la construcción del *rapport*²⁴. Contrario a lo que pueda pensarse, el pertenecer a la misma comunidad que nuestros colaboradores no asegura el surgimiento del *rapport* “en automático”.

Me resta mencionar que, en la posición de antropóloga nativa, mi experiencia y vivencias personales han permeado la investigación -consciente e inconscientemente- desde el momento en que comencé a plantear el proyecto, durante el proceso de recolección de la información hasta el momento del análisis de los datos obtenidos. Por otro lado, desde mi posición como antropóloga ajena a la comunidad, pude reflexionar y cuestionarme sobre prácticas y creencias que había interiorizado y naturalizado. En otras palabras, me ayudó a ver aspectos que no había considerado desde mi posición como antropóloga nativa, algo que sin duda me fue de gran utilidad.

²⁴ El concepto de *rapport* hace referencia a la conexión y empatía que establece el antropólogo con las personas que se relaciona durante el trabajo de campo. Esta empatía permite superar las barreras culturales y las diferencias de posiciones, así como establecer una mejor comunicación con nuestros colaboradores.

CAPÍTULO 2. LA POLÍTICA INDIGENISTA EN MÉXICO Y LA CREACIÓN DEL CENTRO COORDINADOR INDIGENISTA DE VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS

Desde hace varias décadas, el Estado se ha propuesto atender las necesidades y solucionar las problemáticas de la población indígena y, de manera paralela, las de la población no indígena que vive en condiciones similares. Si bien se han puesto en marcha diversas políticas públicas, programas y acciones para lograr este propósito, todas ellas han sido definidas por un sector ajeno a la población indígena y no indígena, ignorándose, en la mayoría de los casos, la participación y demandas de estos grupos.

No obstante, es preciso señalar que cada una de estas políticas y acciones emprendidas ha tenido un impacto en las comunidades donde han sido aplicadas, en la medida que trastocan diferentes ámbitos de la vida de sus habitantes y reconfiguran las relaciones que establecen en su entorno. El presente capítulo tiene como objetivo central analizar, desde una mirada crítica, los planteamientos de uno de los proyectos políticos más importantes del país, la política indigenista, y la manera en que estos planteamientos se operativizaron al crearse el Centro Coordinador Indigenista (CCI) de Venustiano Carranza. Si bien este no fue el primer ni el único Centro Coordinador creado en el marco de la política indigenista, éste ha sido uno de los que menor atención ha recibido por parte de antropólogos e historiadores y, por tanto, del que menos se conoce su impacto en el área que operó.

La política indigenista ha sido un tema que ha suscitado críticas, debates, revisiones históricas y evaluativas, así como estudios de caso centrados en regiones o actores sociales específicos. La mayoría de estos trabajos, como casi todo lo que se sabe de esta política, fueron conducidos por antropólogos y publicados por el desaparecido Instituto Nacional Indigenista (INI), con el propósito de difundir los avances y aportaciones de la acción indigenista en el país y acallar las críticas de sus detractores. Ante la proliferación de trabajos de esta naturaleza, algunos autores han dedicado tiempo y esfuerzo a realizar un contrapunteo y crítica de la acción indigenista implementada en regiones específicas, permitiendo conocer la otra cara de la política bajo la cual se ejecutó dicha acción. Un buen

ejemplo son las investigaciones efectuadas por Luis Sariego (2002) acerca del Centro Coordinador Indigenista de la Tarahumara.

La política indigenista es también conocida como indigenismo oficial (Núñez, 2000) o, simplemente, como indigenismo (Korsbaek y Sámano, 2007; Saldívar, 2008; Lewis, 2020; Fábregas, 2021). Este último es descrito como el conjunto de ideas, valores, actitudes y postura que los no indios²⁵ han construido sobre los indios a lo largo del tiempo²⁶ (Valencia, 1990; Villoro, 2019). Como ideología, el indigenismo se encuentra estrechamente vinculado a la política de Estado (Krotz, 2013) pues fue este conjunto de ideas el que trazó el camino para el desarrollo y consolidación de una política orientada a la población indígena, y posteriormente a la no indígena que vivía en condiciones de pobreza y subdesarrollo.

Debido a que el objetivo del capítulo es analizar la política indigenista y su aplicación en un caso concreto, el mismo se compone de cinco apartados. En el primer apartado se exponen los fundamentos ideológicos y el entramado institucional que constituyeron los antecedentes de la política indigenista. En el segundo apartado se realiza una revisión crítica de las bases teóricas y el aparato institucional que dieron sustento a la política indigenista oficial. El tercer apartado presenta las distintas etapas por las que ha transitado el indigenismo como política de Estado, así como los cambios que se han suscitado en su orientación y forma de operar. En el cuarto apartado se analiza el papel que desempeñaron los centros coordinadores como instancias ejecutoras de la política indigenista. Finalmente, en el último apartado se aborda la creación del Centro Coordinador de Venustiano Carranza y cómo los planteamientos de la política indigenista se ven reflejados en este caso.

1. El preámbulo de la política indigenista

Los antecedentes de la política indigenista se sitúan en México, de acuerdo con Valdivia (2009) y Fábregas (2021), en el periodo posrevolucionario -entre 1917 y 1940-, mismo que

²⁵ Durante la mayor parte del siglo XX, intelectuales, políticos, instituciones y gran parte de la sociedad empleó el término indio para referirse a la población que hablaba alguna lengua y vivían en comunidades aisladas (Aguirre Beltrán, 1957).

se caracterizó por la transformación social, cultural y política del país. En el ámbito político, la construcción del Estado posrevolucionario y la búsqueda de la democracia hizo posible que una clase media con una ideología distinta a la del porfiriato y apoyada por los sectores populares, accediera al poder a medida que la oligarquía porfirista era desplazada. Esto, a su vez, permitió a intelectuales, como José Vasconcelos y Moisés Sáenz⁵, ocupar importantes puestos en la administración pública. Asimismo, los esfuerzos por promover la democratización del país dieron como resultado el surgimiento y fortalecimiento del nacionalismo, uno de corte cultural más que político, de acuerdo con Javier Garciadiego (2020). Sumado a ello, es preciso mencionar que durante este periodo también se vivieron momentos de tensión y crisis, reflejados en el asesinato de Álvaro Obregón en 1928, la guerra cristera entre 1926 y 1929, y las movilizaciones obreras y campesinas de la década de 1930 (Blanquel, 2017; Aboites, 2020).

En los ámbitos social y cultural también hubo importantes sucesos, algunos de estos fueron la atención de las demandas agrarias de ciertos grupos revolucionarios y la introducción de nuevas tecnologías para la producción agrícola; la creación de confederaciones obreras; el fomento de la educación, las artes y la literatura, así como el surgimiento de distintas instituciones culturales y económicas con el fin de que contribuyeran a la reconstrucción nacional. Entre estas instituciones se encuentran el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), el Banco de México y el Banco de Crédito Agrícola (Garciadiego, 2020; Aboites, 2020).

Es en el contexto sociocultural presentado que comenzó a gestarse una ideología indigenista, misma que constituyó la base para la formulación de una política oficial. Esta ideología emergió de un grupo de intelectuales²⁷ -principalmente antropólogos- y políticos pertenecientes a la denominada población mestiza, entre los que se encontraban Manuel Gamio, Moisés Sáenz, Vicente Lombardo Toledano, Narciso Bassols, Lázaro Cárdenas, Miguel Othón de Mendizábal (Reynoso, 2013; Villoro, 2019; Fábregas, 2021). Los integrantes de este grupo manifestaron sus ideas en torno a lo indígena, las condiciones de

²⁶ El indigenismo como concepción del otro, del indio empezó a construirse desde la llegada de los españoles al continente americano y fue transformándose con el paso de los siglos.

vida de este sector y las acciones que debían llevarse a cabo para mejorar tales condiciones a través de sus textos y discursos pronunciados en distintos eventos. Cabe mencionar que estas ideas se nutrieron, en buena medida, de la corriente nacionalista surgida en México a partir de la Revolución Mexicana (Stavenhagen, 2013).

Si bien todas las propuestas eran distintas en mayor o menor grado, ya que cada una planteaba una manera distinta de solucionar los problemas de los núcleos indígenas, había aspectos en los que la mayoría coincidía. Uno de estos aspectos era el hecho de que la población indígena vivía en condiciones desfavorables, de atraso (o estancamiento) y poco desarrollo económico, social, educativo, político e incluso biológico (Gamio 1916a, b; Lombardo, 1940; Cárdenas, 1940).

Esto era, en buena medida, cierto, puesto que la gran mayoría de la población indígena (y una parte de la población no indígena) carecía de servicios básicos y tierras para trabajar y vivir. Sin mencionar la discriminación y explotación que sufrían por parte de algunos sectores mestizos, así como las epidemias que constantemente les aquejaban, ocasionando una importante cantidad de decesos cada año (Sariego, 2002; Romano, 2004a). No obstante, ninguna de las propuestas intentó comprender o explicar las causas profundas de estas condiciones pues se le atribuía al aislamiento de las comunidades. Aunque sí se reconoció que eran resultado de un proceso histórico conducido por la población mestiza (Lombardo, 1940).

Otro aspecto sobre el que coincidían era en la idea de que el indígena no era completamente ajeno a la población mestiza, pues ésta en realidad había sido el resultado de una mezcla entre lo europeo y lo indígena (Gamio 1916b; Saénz, 1928; Lombardo, 1940). Por ello consideraban importante que algunas características de esta población se preservaran e incorporaran como parte de la identidad nacional.

En cuanto a las acciones que debían realizarse para mejorar la condición de las comunidades indígenas, las opiniones y propuestas eran muy diversas. Lombardo (1940), por ejemplo, sugería su integración económica a través de la industrialización de las

²⁷ La mayoría de estos intelectuales participaba activamente en la política del país o, al menos, había ocupado

actividades agrícolas, la emancipación de los núcleos indígenas y la transformación de sus condiciones materiales. Gamio (1916 a) y Caso (1962), por otro lado, sostenían una posición más radical, al considerar que no era suficiente cambiar las prácticas de la población a nivel material, sino que se debían eliminar aquellas creencias que resultaban negativas e impedían su desarrollo. En ese sentido, abogaban por una transformación profunda de la población indígena, lo cual implicaba la desaparición de aspectos relacionados con su cosmovisión y, en particular, con su manera de concebir y atender la salud y la enfermedad.

En torno al tema de la salud, tanto Manuel Gamio (1916 a), Miguel Othón de Mendizábal (1945), Alfonso Caso (1962) y Narciso Bassols (1964) consideraban necesaria la introducción de los servicios de salubridad en las comunidades indígenas. Se esperaba que a través de estos servicios se enseñara a la población prácticas y hábitos que les permitieran mantener una buena salud y así disminuir los niveles de mortalidad. Además de contribuir a la desaparición de creencias consideradas mágico-religiosas que interferían con los asuntos de la salud.

Pese a lo diferente de las propuestas, se puede identificar un común denominador en todas ellas. Este es la idea de que el desarrollo e integración de la población indígena a la sociedad nacional solo se podría lograr a través de la implementación de una acción integral, coordinada por el Estado²⁸. Esta idea desestimaba la capacidad y acciones que diversos grupos indígenas habían emprendido en busca de mejorar sus condiciones de vida. Por ejemplo, la lucha que el pueblo yaqui había realizado desde la Independencia de México para recuperar su territorio y liberarse de la explotación (Cárdenas, 2017).

La acción integral que, de acuerdo con políticos e intelectuales, el Estado debía implementar, consistía en la construcción de escuelas y centros de salud, el otorgamiento de créditos y la introducción de nuevas tecnologías para mejorar la producción agrícola

algún cargo público, como director de una dependencia.

²⁸ Vicente Lombardo era el único que se alejaba un poco más de esta idea, pues para él era necesario dotar de autonomía política a los núcleos habitados por indígenas. Para ello las autoridades indígenas debían ser miembros del mismo grupo étnico y no personas ajenas él. No obstante, al parecer su propuesta no pretendía que los indígenas se hicieran cargo de su propio desarrollo, sino más bien buscaba hacer más productivos los espacios habitados por indígenas para que contribuyeran al desarrollo económico del país.

(Sáenz, 1928; Lombardo, 1940; Mendizábal, 1945, Caso, 1962). Si bien con esta acción se pretendía cubrir algunos de los servicios básicos, en el fondo no se tomaban en cuenta las verdaderas necesidades de la población indígena, al ser quienes la planteaban ajenos a las realidades cotidianas de las comunidades.

Para conocer estas realidades, Manuel Gamio (1916 b) y Julio de la Fuente (1949) proponían la realización de investigaciones en las comunidades indígenas. De acuerdo con ellos, el papel de la antropología sería crucial, ya que proporcionaría las herramientas teórico-metodológicas para efectuar las investigaciones. Por un lado, esto contribuiría a conocer las necesidades de la población indígena, pero, por el otro, se continuarían ignorando la participación real de las comunidades en la planeación y ejecución de acciones para su desarrollo. Así su papel se limitaría a ser objetos de investigación y no sujetos/agentes de cambio.

De la mano de este conjunto de ideas y propuestas sobre el indígena fueron surgiendo proyectos y organismos cuyo principal objetivo era la integración y asimilación de la población indígena, aunque sin seguir una serie de lineamientos y un plan de acción diseñado por el Estado. Entre ellos se encontraban la Dirección de Antropología, las Misiones Culturales y el Departamento de Asuntos Indígenas (Korsbaek y Sámano, 2007; Valdivia, 2009 y Fábregas, 2021).

El Departamento de Antropología fue creado en 1917, durante el mandato de Venustiano Carranza (1917-1920). Su función principal era la realización de investigaciones integrales sobre poblaciones indígenas con el fin de conocerlas y mejorar sus condiciones de vida (López, 2013). Las Misiones Culturales, por su parte, iniciaron en 1922 -momento en el que Álvaro Obregón (1920-1924) ocupaba la presidencia de la república- como un proyecto para atender las necesidades educativas y sanitarias de la población indígena y campesina que vivía en zonas geográficamente aisladas. No obstante, en 1926 este programa se institucionalizó, lo que condujo a la creación de la Dirección de Misiones Culturales (Martínez, 2016). El Departamento de Asuntos Indígenas fue una institución creada por Lázaro Cárdenas (1934-1940) en 1935, con el objetivo de atender las necesidades sociales y económicas de la población indígena de México. Este organismo implementó diversas acciones en los poblados, entre los que destacan la construcción de escuelas, la difusión y

enseñanza de medidas higiénicas, cívicas y deportivas, así como la creación de cooperativas (López, 2013).

Las acciones de estos proyectos y organismos fueron implementadas en el ámbito educativo y económico, principalmente, ya que eran considerados fundamentales para lograr la asimilación e integración de la población indígena. En cuanto al ámbito de salud, también se comenzaron a efectuar algunas acciones por parte de las instituciones mencionadas, así como también gracias a los esfuerzos de algunos antropólogos, tal es el caso de Miguel Othón Mendizábal.

Othón Mendizábal impulsó el surgimiento de la carrera de médico rural, la cual tenía como principal objetivo formar a jóvenes, preferentemente de origen rural, para que brindaran una atención integral en las zonas aisladas por periodos prolongados y no por breves estancias como ocurría con las brigadas de salud (Agostoni, 2013). La estancia de los médicos en las comunidades tenía, en realidad, una doble intención. Por un lado, se pretendía expandir la atención médica a las comunidades indígenas y rurales, mientras que, por el otro, se buscaba erradicar las prácticas insalubres, creencias y supersticiones que prevalecían en dichas comunidades ya que eran consideradas dañinas por los artífices de la política indigenista y solo representaban el atraso en el que se encontraban sumidos los indígenas.

El conjunto de ideas sobre el indígena, así como el entramado institucional que se había ido formando con el paso del tiempo, constituyeron la base para la formulación y articulación de la política indigenista oficial. No obstante, haría falta el fundamento teórico que sustentaría dicha política y su aplicación.

2. El indigenismo como política de Estado

En abril de 1940 se celebró en Pátzcuaro, Michoacán, el Primer Congreso Indigenista Intercontinental, el cual abrió un espacio de discusión entre políticos, intelectuales y

representantes de diversos grupos étnicos²⁹ de distintos países, quienes, al igual que en caso mexicano, habían dirigido su atención hacia la situación de la población indígena. Tal es el caso de Miguel Ángel Asturias en Guatemala, quien en sus trabajos expresaba su simpatía con el proceso de aculturación y se mostró de acuerdo con la introducción de prácticas que ayudaran a mejorar las condiciones de vidas de esta población. Ejemplos de otros intelectuales que también discutieron en torno al indígena-en Perú, sus condiciones de vida y su futuro son José de la Riva-Agüero, Víctor Andrés Belaúnde y Julio C. Tello, así como José Carlos Mariátegui, Luis E. Valcárcel y José María Arguedas (Giraud y Lewis, 2012; Fábregas, 2021). Estos tres últimos autores -quienes estaban de acuerdo con la defensa de los pueblos indígenas- participaron activamente en el Congreso de Pátzcuaro.

Cabe destacar que las reflexiones sobre el indígena ganaron importancia no sólo en México, sino también en el resto de los países que integran el continente americano debido a que este no era el único país en dónde los grupos indígenas se encontraban aislados, excluidos y en condiciones de pobreza, pues en muchos otros se vivía una situación similar (Pineda, 2012). A esto debe sumársele una la necesidad compartida, la de asimilar a la población indígena para lograr la consolidación de los Estados-nación latinoamericanos (Fábregas, 2021).

Las reflexiones y el diálogo suscitado durante el Congreso dieron como resultado la formulación de acuerdos y recomendaciones en torno a las comunidades indígenas, mismos que fueron plasmados en el Acta del Primer Congreso Indigenista Interamericano. Dichos acuerdos abarcaban temas tan diversos, pero de gran importancia para los indígenas, como son el reparto y la tenencia de tierra, las lenguas indígenas, el fomento de las expresiones artísticas y culturales, la educación, la alimentación, la relación de la antropología con las comunidades indígenas, la situación de la mujer, la salud e higiene.

²⁹ De acuerdo con Vásquez (2011), los indígenas y delegados oficiales de los países asistentes al congreso dialogaron en espacios distintos, lo que provocó que los representantes de los grupos étnicos expresaran su inconformidad. Gracias a ello fue posible que ambas partes establecieran un diálogo más horizontal. Pineda (2012) pone en duda la veracidad de este suceso, que habría sido un acto de discriminación, señalando que no existen hechos que lo confirmen. Además, menciona que muchos indígenas tuvieron, incluso, la oportunidad de presentar ponencias ante los delegados.

Las recomendaciones efectuadas en materia de salud se dividieron en dos grandes campos: investigación y acciones concretas. En el campo de la investigación el Primer Congreso Indigenista Interamericano llegó a diversas conclusiones para el estudio y la atención de la salud en las poblaciones indígenas. Sobre el estudio de las enfermedades, el Congreso llegó a dos conclusiones:

“Primera. -Deben aprovecharse los servicios de los médicos y trabajadores de la medicina que ejercen en el medio indígena, para reunir datos acerca de las creencias populares sobre las enfermedades y sus tratamientos.

Segunda. -Que los médicos y trabajadores de la medicina destacados en regiones indígenas reciban cursos en los que se impartan conocimientos de carácter antropológico, histórico y social [...] (Instituto Indigenista Interamericano, 1940: 13)”.

Con respecto a la botánica medicinal indígena una de las conclusiones fue “la creación de Institutos Nacionales de Fisiología y Farmacología, que estudien permanentemente las plantas indígenas medicinales” (Instituto Indigenista Interamericano, 1940: 14). En cuanto a la implementación de acciones concretas, la conclusión a la que se llegó fue la siguiente: “Deben implementarse en todas las regiones indígenas Centros de Medicina Social, Preventiva y Curativa, que se ocupen de mejorar las condiciones de salud de los habitantes y de combatir las enfermedades” (Instituto Indigenista Interamericano, 1940: 15). Asimismo, se planteó la instalación de escuelas para la formación de parteras, médicos y enfermeras. Estas acciones tenían un propósito, inducir un cambio cultural en el ámbito sanitario (Pineda, 2012).

Muchas de las acciones recomendadas y acordadas por los países asistentes al Congreso tenían la intención de fomentar las prácticas médicas y costumbres de las comunidades indígenas. Sin embargo, esta intención parece no coincidir completamente con los objetivos y la acción sanitaria implementada por la política indigenista mexicana que se consolidaría años después, ya que éstos buscaban la desaparición de ciertas prácticas y creencias.

Como resultado del Congreso se elaboró una convención en la que se acordó la creación de un instituto internacional, así como de institutos indigenistas nacionales (Pineda 2012),

cuya función principal sería “concentrar la atención sobre los problemas del indio; garantizando de una manera efectiva todos los servicios del Gobierno a favor de la resolución de aquellos y constituyéndose en todo tiempo, en defensores del indio” (Instituto Indigenista Interamericano, 1948: 23).

Un aspecto en el que se hizo mucho énfasis durante el Congreso fue la necesidad de estudiar las prácticas y costumbres de las comunidades indígenas, así como la importancia de la antropología para llevar a cabo esta labor, un aspecto que ya habían señalado Manuel Gamio, Moisés Sáenz y Julio de la Fuente varios años atrás.

Este Primer Congreso Indigenista estableció el indigenismo como política continental, aplicada por todos los Estados-Nación del continente americano. Se planteó que el objetivo principal de esta política sería la atención de los problemas presentes en la población indígena, con el propósito de lograr su integración nacional (Stavenhagen, 2013).

Dos años después de la celebración del Congreso, en 1942, se creó el Instituto Indigenista Interamericano (III), el cual tuvo como sede la Ciudad de México y como director a Manuel Gamio³⁰. Con la creación del Instituto Indigenista Interamericano se pretendía, además de discutir en torno al “problema indígena”, trazar el rumbo de la acción indigenista mediante la elaboración de un programa panamericano.

Para el desarrollo del indigenismo panamericano fue fundamental la creación de institutos indigenistas nacionales. Aunque se esperaba que esto ocurriera después del Congreso de Pátzcuaro y la creación del III, no sucedió así debido a distintos factores, políticos principalmente. En Guatemala, por ejemplo, la dictadura de Jorge Ubico impidió la creación del Instituto Indigenista Nacional (IIN) hasta 1945, mientras que en Ecuador la fundación del Instituto Indigenista Ecuatoriano tuvo lugar en 1955 (Giraudó, 2012; Fábregas, 2021).

Es importante mencionar que Estados Unidos y México, a través de los intelectuales Manuel Gamio y John Collier, así como de los comisionados Emil Sady y Ernest Maes,

jugaron un importante papel en la creación de los institutos indigenistas nacionales en América Latina. Por un lado, se emprendieron proyectos de investigación integrales sobre aspectos como la alimentación, la salud -el estudio abordó el problema de la oncocercosis- y la música de la población indígena, de los cuales Estados Unidos fue uno de los principales financiadores, mientras que, por el otro, se impulsó la creación de los institutos indigenistas. Collier mantuvo correspondencia con distintos indigenistas latinoamericanos, al mismo tiempo que Gamio y Sady viajaban por distintos países centroamericanos -El Salvador, Nicaragua, Panamá- para promover la fundación de dichos institutos (Giraudó, 2012).

A pesar de los esfuerzos de estos intelectuales y comisionados, no fue posible el establecimiento de un sólo programa panamericano para todos los países. Esto debido a la diversidad de contextos sociales y políticos, así como a la falta de recursos económicos en la mayoría de ellos. Por tanto, la política indigenista desarrollada en los países latinoamericanos después la creación del III fue sumamente diversa en su postura política, ideología y acciones. No obstante, hubo dos características que intentaron mantenerse en todos los países, su carácter científico y apolítico (Giraudó, 2012; Giraudó y Lewis, 2012; Fábregas, 2021).

En México, para que la política indigenista pudiera llevarse a cabo, se necesitó de la creación de un aparato institucional, además de una base teórica que diera sustento tanto a la política como a las acciones que se implementarían.

2.1 El aparato institucional de la política indigenista mexicana

El Instituto Nacional Indigenista (INI) constituyó la instancia ejecutora de la política indigenista de mayor importancia en México. Para la creación de este instituto fue necesaria la redacción de una iniciativa de ley, en donde fueron expuestos, además de las razones para su creación, las funciones que esta institución desarrollaría (Diario de debates, 1948a). Algunas de las razones que se expusieron para sustentar dicha iniciativa fueron la

³⁰ Inicialmente se había designado como primer director a Moisés Sáenz, quien fue uno de los principales impulsores y organizadores del Congreso Indigenista. No obstante, éste nunca llegó a ocupar tal cargo debido a su inesperado fallecimiento (Villoro, 2019).

diversidad de grupos indígenas presentes en el país, la importancia de estudiarlos y la ausencia de una institución que se hiciera cargo de ellos, puesto que para ese momento el Departamento de Asuntos Indígenas había pasado a formar parte de la Secretaría de Educación Pública (Diario de debates, 1948a).

La iniciativa fue discutida en la Cámara de Diputados, en donde se sometió a un intenso debate la participación de la población indígena. En dicho debate surgieron varias posturas. Una, en particular, criticaba el papel que adquiriría el INI frente a la población indígena una vez que fuera creado, ya que consideraba que sería como una especie de institución tutelar o, en el mejor de los casos, de beneficencia e impediría que éstos participaran de manera activa y directa en la implementación de la acción indigenista. Para evitar esta situación se propuso que el Consejo del INI estuviera integrado por un representante de cada grupo étnico del país. Otras posturas se encontraban en contra de la participación de los indígenas, pues consideraban que no estaban acostumbrados a participar de manera democrática en consejos o asambleas. Sumado a ello argumentaban que sería difícil incorporar a los representantes de cada grupo étnico al consejo, debido a la cantidad de éstos. Pese a este último argumento, la participación de la población indígena fue aceptada (Diario de debate, 1948b).

La iniciativa de ley que creaba al Instituto Nacional Indigenista fue aprobada el 4 de diciembre de 1948, en un momento de expansión del capitalismo como sistema económico y de consolidación hegemónica del partido en el poder, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) (López, 2020). Un aspecto que no debe pasarse por alto es que la iniciativa de ley que creó al INI fue elaborada por el Ejecutivo, discutida y finalmente modificada por un grupo de diputados que no tenían el suficiente conocimiento del contexto, situación y exigencias de la población indígena del país.

El nuevo instituto tendría entre sus principales funciones: a) estudiar los problemas relacionados a los núcleos indígenas del país, b) realizar acciones que permitieran mejorar las condiciones de las comunidades, en coordinación con otras dependencias y c) difundir el resultado de las investigaciones. El INI estaría integrado por un director y un Consejo compuesto por los representantes de las secretarías de educación, de salud, de agricultura y obras públicas, así como del departamento agrario, instituciones académicas y miembros de

los principales grupos étnicos del país. La tarea de dirigir las actividades del recién creado instituto, así como de conducir la política indigenista fue encomendada a Alfonso Caso, quien se mantuvo en el cargo hasta su fallecimiento, en 1970.

De acuerdo con el reglamento del instituto, el papel del Consejo dentro del INI fue muy importante, ya que en él recaía la facultad de plantear y aprobar los programas de trabajo del instituto, el presupuesto anual e informes mensuales. Esto permitiría que tanto el quehacer como las decisiones del INI no recayeran en una sola persona o institución, sino que involucraría al resto de las dependencias gubernamentales. Además, de ese modo podría coordinarse mejor la acción sanitaria (Poder Ejecutivo Federal, 1948).

Un elemento fundamental para que el INI pudiera realizar su labor en las comunidades indígenas fueron los Centros Coordinadores, cuya función principal era la implementación de una acción integral en estos espacios (Aguirre, 2009). De acuerdo con el Reglamento de la Ley Constitutiva del Instituto Nacional Indigenista estos centros estarían a cargo de un director, quién se desempeñaría como el representante legal del centro ante el INI y otras instituciones. Además, tendría bajo su responsabilidad la dirección de las tareas y trabajos del centro, así como la planeación del programa de trabajo y del presupuesto anual. También se conformaría un Consejo Técnico Local integrado por los jefes de las secciones del centro, el administrador, un representante de las comunidades indígenas, uno de la Dirección de Asuntos Indígenas y uno del Gobierno del Estado (Poder Ejecutivo Federal, 1948).

El aparato institucional constituyó un elemento importante de la política indigenista, ya que a través de este se realizaron las gestiones administrativas y de recursos humanos y materiales que permitieron implementar la acción indigenista. No obstante, la presencia de instituciones no fue suficiente para el desarrollo de esta política, ya que se necesitó de una base teórica que sustentara y definiera la acción del INI en las comunidades.

2.2 Las bases teóricas del indigenismo

Uno de los académicos cuyos planteamientos realizó las mayores contribuciones a la política indigenista fue el antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán. Las dos propuestas

teóricas de este autor que constituyeron la base de la acción indigenista fueron la Teoría de la Aculturación y las Regiones Interculturales de Refugio, ésta última derivada de la primera.

La Teoría de la Aculturación se nutrió de las aportaciones de los antropólogos estadounidenses Melville J. Herskovits, Ralph Linton y Robert Redfield, así como de las investigaciones sobre el cambio social realizados por este último autor en Tepoztlán y Yucatán. Como se mencionó en el capítulo anterior, estos antropólogos habían realizado reflexiones sobre la cultura de los grupos humanos en África, Estados Unidos (tribus americanas), Guatemala y México entre 1930 y 1950. Debido a sus trayectorias, como a las interesantes discusiones en torno a la cultura, la Asociación Norteamericana de Antropología les delegó la responsabilidad de construir una definición del concepto de aculturación en un intento de explicar el proceso y evitar el uso indiscriminado de dicho concepto. Es preciso mencionar que, de los tres, solamente Herskovits era discípulo de Frans Boas y, por tanto, antropólogo culturalista (Aguirre, 1957; Baucells, 2001).

El concepto de aculturación fue definido por Aguirre Beltrán (1957) como el proceso de transformación de los patrones culturales que resulta del contacto continuo entre dos grupos con culturas distintas. En el caso de México, estos dos grupos serían la población mestiza y las comunidades indígenas. El autor, además, agregó que la situación de aculturación no solamente se producía cuando dos grupos entraban en contacto, sino que también tenía lugar entre individuos y un grupo de culturas distintas.

Tomando como punto de partida el contacto surgido con la llegada de los españoles, así como los cambios suscitados durante el México independiente y aquellos que observó durante su estancia en los Altos de Chiapas, Aguirre Beltrán identificó importantes aspectos del cambio cultural por aculturación, mismos que constituirían la base de su acción indigenista. Un aspecto que vale la pena mencionar es que tanto para Aguirre Beltrán como para los funcionalistas Alfred R. Radcliffe Brown y Bronislaw Malinowski, el proceso de colonización -como proceso que implicaba la introducción de nuevas prácticas- fue importante para observar el cambio en las sociedades. No obstante, una de las diferencias entre ambas propuestas era que los funcionalistas no consideraban el factor histórico.

Aguirre Beltrán logró detectar la presencia de normas y patrones culturales que regían el cambio, incluyendo las distintas reacciones que un grupo podía tener ante la introducción de nuevas prácticas, a las cuales organizó en tres niveles: aceptación, reacción y adaptación. El autor también notó que la implementación de acciones que buscaban modificar, de manera intencional, ciertos rasgos o patrones de un grupo generaban transformaciones profundas, un proceso que nombró aculturación dirigida. A diferencia de las teorías que abordan el cambio sociocultural como un proceso evolutivo -entre ellas la de Julien Steward-, la propuesta de Aguirre Beltrán no toma en cuenta la existencia de “estadios” o niveles de desarrollo. Sumado a ello, esta propuesta si considera a la población o grupo humano como un participante activo, más que pasivo, en el proceso de cambio, algo distinto a lo que plantean el cambio cultural desde el enfoque funcionalista.

La idea de una aculturación dirigida condujo a Aguirre Beltrán a plantear que, para cumplir con el objetivo de integrar al indígena en la sociedad nacional era necesario impulsar un proceso de cambio cultural dirigido³¹. No obstante, este proceso sólo podría lograrse mediante la implementación de una acción integral que considerara todos los aspectos de la vida de la población indígena, desde el ámbito educativo, económico y agrícola hasta el sanitario. Esto, además, conduciría a una aculturación más rápida y efectiva. Sumado a lo anterior, también señaló que, en el caso particular de los programas de salud, para que éstos pudieran tener éxito en las comunidades debían estar contenidos dentro de programas de desarrollo más amplios, como el que planteaba la política indigenista.

Con respecto a la teoría de las Regiones Interculturales de Refugio, Aguirre Beltrán (2009) propuso que, a diferencia de lo que algunos estudios antropológicos e intelectuales, habían señalado, las comunidades indígenas no eran cerradas ni tampoco se encontraban aisladas, sino que formaban parte de una estructura regional. Dicha estructura estaba conformada por un centro rector o metrópoli, la cual era una ciudad mestiza, así como por varias comunidades satélites distribuidas en su hinterland y habitadas, en su mayoría, por población indígena y, en menor medida, por mestizos. De acuerdo con el autor, entre la

³¹ De acuerdo con Korsbaek y Sámano (2008) fue Ulrich Köhler quien introdujo el concepto de cambio cultural dirigido.

ciudad mestiza y las comunidades indígenas existía una interdependencia económica y social que articulaba a la región y configuraban un sistema de integración regional.

Considerando esta estrecha relación, Aguirre Beltrán dedujo que la acción indigenista no tendría éxito si ignoraba por completo a los centros rectores y se concentraba únicamente en las comunidades indígenas. Por tanto, planteó que, para lograr la aculturación, la acción sanitaria, en particular, y la acción indigenista, en su conjunto, debían desplegarse en toda la región intercultural de refugio y fortalecer su interacción mediante el fomento de la interdependencia entre ciudades nucleares y satélites. Asimismo, debía incluirse, como sujeto de la acción, a la población mestiza que habita en las comunidades satélite.

Para que la acción sanitaria alcanzara a cubrir toda o, al menos, la mayor parte de la región intercultural, Aguirre Beltrán propuso la creación de los Centros Coordinadores, cuya sede se localizaría en la ciudad rectora de la región de refugio. Estos Centros tendrían la función de coordinar la acción indigenista en conjunto con otras dependencias o, bien, aplicarla directamente. Cada uno de estos organismos estaría constituido por un grupo de profesionistas y otro de promotores culturales en los ámbitos agrícola, sanitario y educativo, quienes se encargarían de la aplicación de los programas diseñados por el INI y, por tanto, se desempeñarían como agentes de aculturación. De acuerdo con Aguirre Beltrán (2009), estos agentes debían ser indígenas bilingües capacitados, por el INI, en alguna ocupación profesional para desempeñar la función de auxiliares, así como en la manipulación de dos culturas, la indígena y “la nacional”.

Además, cada centro debía contar con la presencia de un antropólogo que tuviera conocimiento sobre los procesos que regían el cambio cultural y que fuera capaz de realizar estudios antropológicos, ya que éstos contribuirían a conocer las realidades de la población indígena y mestiza que habitaba las regiones de refugio. A su vez, dichas investigaciones permitirían determinar qué acciones era necesario implementar para lograr la aculturación.

La propuesta de Aguirre Beltrán era aplicar la Teoría de la Aculturación y de las Regiones Interculturales de Refugio a todos los contextos indígenas por igual a través de la acción indigenista. Sin embargo, el autor no consideró el hecho de que existían comunidades indígenas que no se encontraban organizadas bajo el esquema de las regiones de refugio y

donde las relaciones interétnicas poseían otras características, llegando, incluso, a ser nulas. Esto repercutió en la práctica, en la implementación de acciones y proyectos concretos desde los Centros Coordinadores.

No obstante, una vez establecidos el aparato institucional y las bases teóricas que darían sustento a la acción indigenista, la política comenzó a implementarse en el país, transitando por diversos cambios a lo largo del tiempo.

3. Etapas de la política indigenista

Durante los 55 años que el Instituto Nacional Indigenista estuvo a cargo de la implementación de la política indigenista, ésta transitó por tres etapas, en las cuales ocurrieron cambios sustanciales en sus objetivos, bases para la acción y, en general, en su manera de operar. El surgimiento de estas etapas estuvo asociado a cambios en la política económica internacional (la adopción del neoliberalismo, por ejemplo), los planes de desarrollo implementados en cada sexenio, así como el conjunto de ideas y percepciones que cada presidente poseía respecto a la situación de las comunidades indígenas.

Las tres etapas en que la mayoría de los antropólogos ha dividido la política indigenista implementada por el INI son: indigenismo integrativo, indigenismo participativo y neoindigenismo. Para la definición de estas etapas, los investigadores tomaron en cuenta los objetivos de la política, los ejes o bases para la acción, así como los programas prioritarios. A continuación, se presentan las características más destacadas de cada etapa.

3.1 Indigenismo integrativo

Esta primera etapa es también conocida como indigenismo oficial (Saldívar, 2008) e indigenismo de asimilación (Valdivia, 2009) y sus inicios se sitúan en 1948, con la creación del INI. A lo largo de esta etapa, el principal objetivo de la política indigenista fue la asimilación e integración de la población indígena a la sociedad nacional a través de la implementación de una acción integral en las regiones interculturales de refugio.

La acción integral buscó atender las necesidades de salud y educación, brindar acompañamiento en los procesos de solicitud y dotación de tierra y otros asuntos legales,

introducir nuevas tecnologías agrícolas y pecuarias para mejorar la productividad e impulsar el desarrollo de la población a través de programas de corte paternalista (Korsbaek y Sámano, 2007, Saldívar, 2008; Fábregas, 2021). Al mismo tiempo, se priorizó la investigación antropológica, misma que, en algunos casos, dio buenos resultados, permitiendo conocer más sobre la dinámica y realidades de las comunidades indígenas. Mientras en otros fue deficiente, parcial y sin planeación previa (Lewis, 2020).

En el transcurso de esta etapa comenzaron a observarse los primeros efectos y debilidades prácticas y teóricas de la política indigenista. Entre ellos la resistencia de la población hacia la introducción de la medicina moderna (Romano, 2004) y otras acciones implementadas por el INI; la falta de disposición de algunas instituciones gubernamentales para llevar a cabo una acción coordinada, así como la imposición de proyectos de desarrollo y la baja cantidad de presupuesto destinado a los CCI (Saldívar, 2008; Stavenhagen, 2013). A esto debe sumarse la burocratización del INI y los Centros Coordinadores, lo que obstaculizó las tareas antropológicas (Valdivia, 2007; Saldívar, 2008). Algunas de estas situaciones se observan en el área de operaciones del CCITT de San Cristóbal de Las Casas, donde la mayoría de la población indígena desconfiaba de la atención médica brindada por el INI, razón por la cual no asistía a las consultas ni participaba en las campañas de vacunación. A ello debe sumársele la falta de compromiso de la Secretaría de Salubridad y otras instituciones para coordinarse con el CCCITT.

Hacia la década de 1960, la política indigenista comenzó a sectorizarse para atender a las necesidades de la administración pública, la cual estaba más enfocada en la población marginada y pobre, lo que marcó el inicio de una crisis del indigenismo integrativo (Korsbaek y Sámano, 2007; Stavenhagen, 2013). A principios de los 70, durante la administración de Luis Echeverría Álvarez -iniciada en 1970 y culminada en 1976-, comenzaron a surgir una serie de críticas tanto hacia la política indigenista como hacia la antropología. Estas críticas provenían de un grupo de antropólogos críticos, entre los que destacan Guillermo Bonfil Batalla, Arturo Warman, Margarita Nolasco, Enrique Valencia y Mercedes Olivera.

Las críticas al indigenismo estaban orientadas a la idea misma de asimilación e integración de la población indígena, el principal objetivo de la acción del INI y la naturaleza

paternalista de los programas. Así como el desinterés por la identificación de las causas profundas de la condición del indígena y la falta de reconocimiento de la capacidad que las poblaciones indígenas poseían para transformar su propia realidad (Bonfil, 2022). Otra parte de las críticas estaba dirigida a la teoría antropológica que sustentaba la acción indigenista, la teoría de la aculturación y las regiones de refugio, ya que no lograban explicar muchas de las dinámicas sociales presentes en las comunidades indígenas y mestizas (Campbell, 1978).

Ante la creciente crítica al indigenismo, el presidente Echeverría tomó la decisión de destinar más recursos al INI, lo que condujo a la apertura de nuevos CCI en todo el país, multiplicándose la cantidad de estos y el número de población atendida. Autores como Esteban Krotz (2013), Cristina Oehmichen (1999), Leif Korsbaek y Miguel Sámano (2007) y Emiko Saldívar (2008) han señalado a éste como un periodo de auge del indigenismo. No obstante, más que un periodo de auge parece tratarse de un periodo de expansión de su base material-institucional -los Centros Coordinadores- ya que los diversos programas carecían de los recursos suficientes para su operación, mientras la base teórica de la política se encontraba sumamente desgastada. Este desgaste, sumado a la separación entre Estado y antropología, que comenzaba a gestarse, tuvieron sus repercusiones en la organización de los nuevos CCI, los cuales, en su mayoría carecían de un antropólogo (Campbell, 1978).

Una de las consecuencias más importantes de la crisis del indigenismo integrativo es que el INI dejó de ser una institución coordinadora de carácter semiautónomo, que priorizaba la investigación, para convertirse en otra dependencia burocrática más (González, 1997).

3.2 Indigenismo participativo

La transición hacía una política indigenista participativa fue lenta. No obstante, sus inicios se pueden ubicar a finales de 1976 y principios de 1977, con la llegada de José López Portillo a la presidencia de la república y el nombramiento de Ignacio Ovalle como director del INI y encargado de la Coordinadora General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) (Sarmiento, 1985; Saldívar, 2008). La relación entre el INI y la COPLAMAR fue muy estrecha en esta etapa ya que el primero fue el brazo

ejecutor del segundo y, por tanto, su acción quedó subordinada a los lineamientos de este último (Oehmichen, 1999).

Esta etapa se caracterizó por una mayor participación del gobierno federal en el diseño y la administración de los programas implementados por el INI en las comunidades indígenas. Uno de los documentos claves para el indigenismo de participación fue *Bases para la acción 1977-1982. Guía para la programación*, publicado por el INI en 1976. En él se anunció la determinación del gobierno de López Portillo de replantear la política indigenista mediante el cambio de orientación de los proyectos, otorgándole mayor importancia a la producción local que al bienestar social. Esto con el fin de promover el desarrollo económico de las comunidades indígenas. El cambio se vio reflejado en la estructura y organización de los Centros Coordinadores, con la desaparición de las secciones de salubridad y educación, ya que ambas quedaron contenidas, en una sola sección denominada Mínimos de Bienestar Social, que también tenía a su cargo implementar acciones para mejorar la alimentación y la vivienda. Con ello, el Estado definía los cuatro elementos que consideraba básicos para el bienestar de la sociedad - alimentación, educación, salud y vivienda-.

Las Bases para la acción también establecían que el objetivo de la política indigenista ya no sería la asimilación e integración del indígena a través de la aculturación, sino mediante el fomento de su participación (Oehmichen, 1999; Saldívar, 2008; Valdivia, 2009). De este modo se reconoció la capacidad de decisión que poseían las comunidades indígenas, así como el hecho de que debían ser sujetos y no objetos de las decisiones políticas (Instituto Nacional Indigenista, 1976). Asimismo, se promovió la participación masiva de la población y la celebración de asambleas comunitarias como mecanismo de consulta (Oehmichen, 1999). Desafortunadamente la participación que pretendía fomentarse estuvo limitada a la aprobación de proyectos, pues no se tomó en cuenta la opinión de la población indígena en el diseño de los programas. Un claro ejemplo de esto se puede observar en el ámbito de salud, donde solo se solicitó la participación de la población para que autorizaran la instalación de unidades médicas, más nunca se les consultó acerca de qué tipo de programas o acciones sanitarias consideraban que se ajustaban a sus necesidades o bien, sobre la posibilidad de desarrollar programas de medicina tradicional. Así, la salud

continúo siendo un aspecto que únicamente les competía a las instituciones y no a la población o a otro tipo de actores, como los médicos tradicionales.

En cuanto al papel de la investigación antropológica, si bien se planteó la reanudación de las actividades de investigación en los CCI con el fin de que contribuyeran al fomento económico y el fortalecimiento de las comunidades, la acción dejó de seguir buena parte de los principios antropológicos que le habían servido de guía durante la etapa previa (Instituto Nacional Indigenista, 1976; Saldívar, 2008). Sumado a ello debe mencionarse que los Centros Coordinadores dejaron de ser dirigidos por antropólogos y en su lugar asumieron el cargo economistas, agrónomos, médicos y otros especialistas. Esta situación fracturó aún más la relación de la antropología y de los antropólogos con el Estado (Oehmichen, 1999; Saldívar, 2008).

El indigenismo participativo fracasó en su objetivo de incorporar la participación de las comunidades indígenas ya que terminó por imponer una normatividad y un esquema organizativo a dichas comunidades para hacer encajar su participación en la oferta gubernamental. El fracaso de la acción del INI fue tal que, a principios de 1981, el Consejo Nacional de Pueblos Indios (CNPI) solicitó su desaparición (Sarmiento, 1985).

Ante tal situación Guillermo Bonfil Batalla propuso al etnodesarrollo como una alternativa al indigenismo de participación. El etnodesarrollo, definido como la puesta en práctica de la capacidad de un pueblo para construir su futuro, tomando en cuenta sus recursos y experiencia (Bonfil, 1982), fue asumido por Miguel de la Madrid (1982-1988) en su discurso de ascenso a la presidencia y promovido por Salomón Nahmad, como director del INI. Entre las acciones que Nahmad buscaba promover con el etnodesarrollo se encuentran la defensa del territorio, el reconocimiento de los derechos colectivos y el establecimiento de un Estado multinacional, es decir, una transformación política en favor de las comunidades indígenas. Desafortunadamente estas acciones se redujeron, en la práctica, al apoyo de proyectos productivos y al fomento de expresiones culturales como la danza y la música (Sarmiento, 1985; Oehmichen, 1999; Saldívar, 2008).

Hacia 1984, Miguel Limón Rojas, quien asumió la dirección del INI después de la destitución de Salomón Nahmad, realizó un último intento por incorporar la participación

de los indígenas. Para ello creó los Comités Comunitarios de Planeación (COCOPLAS) y Comités de Planificación y Desarrollo de los Estados (COPLADES), dos espacios desde donde la población indígena podría participar en la definición de los proyectos implementados por el INI (Sariego, 2002). No obstante, este intento tampoco funcionó ya que no se logró incorporar la participación de la población indígena (Oehmichen, 1999).

3.3 Neoindigenismo

Esta última etapa es también conocida como indigenismo liberal (Saldívar, 2008) e indigenismo de reconocimiento de los derechos (Valdivia, 2009). Los inicios del neoindigenismo se sitúan en 1988, con la llegada de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) a la presidencia de la república y la de Arturo Warman a la dirección del INI. Durante esta etapa el principal objetivo de la política indigenista fue promover la participación de las comunidades indígenas en su propio desarrollo y el reconocimiento de sus derechos. Para ello Arturo Warman (1989) propuso tres ejes que guiarían la acción de INI: a) participación comunitaria tanto en la planeación como en la implementación de los programas, b) transferencia de las funciones de desarrollo y bienestar social a las comunidades indígenas, c) involucramiento de otras instancias gubernamentales en los asuntos indígenas.

A lo largo de esta etapa se implementaron proyectos estratégicos novedosos como los Fondos Regionales de Solidaridad, Procuración de Justicia y Apoyo al Patrimonio Cultural (Oehmichen, 1999). Además de estos programas se continuaron realizando acciones en el área de salud y educación. En cuanto al primero, las acciones se orientaron a la promoción de la salud, siguiendo el esquema de atención primaria³² y con la participación de la población y los médicos tradicionales. Fue en esta etapa que los proyectos de medicina tradicional y la capacitación de los médicos tradicionales cobraron relevancia y tuvieron su mayor auge en la mayoría de los CCI, aunque muchos de ellos fracasaron. Con respecto al área de educación, el INI siguió apoyando a la comunidad mediante los programas de albergues y becas (Warman, 1989). Pese a ello, los programas de bienestar social e

³² La atención primaria de salud es el primer nivel de contacto que la población tiene con los servicios médicos, generalmente consultorios médicos donde se proporcionan consultas familiares (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018)

infraestructura fueron perdiendo importancia dentro de la política indigenista (Saldívar, 2008).

Esta etapa llegó a su punto más álgido en 2003, cuando el INI se transformó en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (Valdivia, 2007). Aunque la desaparición del INI venía siendo anunciada desde hacía algunos años atrás, esta institución había logrado mantenerse vigente durante más de 50 años, tiempo en el que acumuló críticas de distintos sectores de la sociedad, el político -representado por los partidos de izquierda y derecha-, los antropólogos, la población indígena, los defensores de derechos humanos y los periodistas. Este descontento, sumado a la caída del Partido Revolucionario Institucional (PRI) -partido que había durado más de cinco décadas en el poder y bajo el cual se implementó la política indigenista- y el ascenso del Partido Acción Nacional (PAN) a la presidencia de la república, jugaron un papel importante la transformación del INI (Castells, 2011).

El candidato del PAN, Vicente Fox (2000-2004), quien asumió la presidencia en el 2000, anunció una serie de cambios en el país, entre ellos la transformación de la política indigenista para adaptarla a su proyecto administrativo. La nueva administración pretendía mejorar su relación con la población indígena, lo que implicaba tratarlos como sujetos libres y capaces de decidir sobre aspectos como la venta de sus recursos y propiedades. No obstante, para lograr esto era necesaria la transformación del INI en una institución que se ajustara a los objetivos e intereses de la nueva política indigenista. Esta institución fue la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (Castells, 2011; Gutiérrez, 2015).

Los principales objetivos de la CDI fueron coordinar, fomentar y evaluar acciones para el desarrollo integral y sustentable de la población indígena. Esta nueva dependencia, al igual que el INI, estuvo integrada por un director general, un Consejo consultivo y una Junta de gobierno (Presidencia de la República, 2003). Aunque esta instancia gozaba de una mayor cantidad de funciones que el INI, ninguna le confería la facultad de introducir cambios en las comunidades indígenas.

Como bien se mencionó, con la creación de la CDI el Estado mexicano pretendía realizar cambios sustanciales en la política indigenista. No obstante, lo único que cambió fue el nombre del enfoque, el cual pasó a denominarse “desarrollo de los pueblos indígenas”, pero en realidad se continuó implementando una política de corte paternalista y asistencialista que no permitía la participación de la población indígena (Korsbaek y Sámano, 2007) y que, en muchos casos, se centraba en el aspecto cultural, esto es el fomento de las expresiones culturales de los pueblos indígenas, más que promover su autonomía.

Aunque es preciso reconocer que, contrario a lo que se puede llegar a pensar, la creación de esta nueva institución y el enfoque otorgado a la política permitieron a más profesionistas de origen indígena acceder a puestos administrativos y de poder (Gutiérrez, 2015). Fue en este momento que figuras políticas como Xóchitl Gálvez asumieron importantes cargos en instituciones públicas, ella, por ejemplo, fue la primera directora de la CDI. Si bien Gálvez tenía ascendencia indígena -por parte de su padre- llevaba ya varios años desconectada de la realidad que vivía la población indígena en su pueblo natal, Tepatepec, Hidalgo -y en el resto del país- logrando consolidarse, en la capital del país, como una exitosa empresaria. Este ejemplo da cuenta de que, en la práctica, el acceso de la población indígena a cargos públicos estaba lejos de ser una posibilidad.

La culminación del neoindigenismo, de acuerdo con Valdivia (2007) llegó en 2006. Una vez concluido, inició una etapa orientada al fortalecimiento del ejercicio de la libre determinación y la autonomía de las comunidades indígenas mediante la aplicación de programas de apoyo a la producción indígena, fomento y desarrollo de las culturas, turismo e infraestructura (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2008, 2010).

4. Los Centros Coordinadores Indigenistas (CCI) y su papel en la política indigenista

Los CCI fueron creados con el objetivo de coordinar e implementar una acción integral en las regiones de refugio a través de la inducción al cambio cultural (Aguirre, 2009). Partiendo de este objetivo, se le asignaron -en un principio- tres funciones a los Centros

Coordinadores (Aguirre, 1976), las cuales buscaban cubrir los aspectos más importantes de la vida de las comunidades indígenas. Estas funciones eran las siguientes:

1. Función agraria: consistía en brindar asesoría y acompañamiento a las comunidades indígenas durante el proceso de solicitud y dotación de tierras, para ello se contaba, en el caso de algunos centros, con un abogado. La existencia de esta función podría estar relacionada con la gran cantidad de conflictos por tierras que se habían desarrollado en el país desde varias décadas atrás.
2. Función agrícola: orientada a la introducción de nuevas prácticas y tecnologías para la producción agropecuaria -la principal actividad económica de las poblaciones indígenas en México-, así como la realización de talleres de capacitación y un área demostrativa.
3. Función económica: enfocada en la implementación del desarrollo económico en las regiones de refugio a través de la construcción de cuatro tipos de infraestructura: vial, crediticia, sanitaria y educativa. Si bien, los cuatro aspectos eran importantes, la presencia de epidemias y endemias³³ en la población indígena condujeron a que se priorizara la atención de la salud. En este ámbito, de la salud, la acción indigenista buscaba, además de la construcción de unidades médicas, la desaparición de creencias y prácticas mágico-religiosas que eran consideradas negativas para la población y su desarrollo.

Para desarrollar estas funciones de manera eficiente, cada CCI contaba con seis secciones: educación, infraestructura, asuntos legales, antropología, agricultura y salud. Las secciones estaban conformadas -al menos en teoría- por un jefe, generalmente un especialista en la materia (un agrónomo, un médico y un antropólogo, por ejemplo), un auxiliar y, al menos, un promotor cultural de origen indígena (Romano, 1976; Saldívar, 2008).

El área de operaciones o área de influencia de los CCI se encontraba delimitada por la extensión de la región de refugio (Beltrán, 1976), aunque es importante mencionar que la intensidad de la acción indigenista no fue la misma en toda su área. Esto se debía a la

³³ Se refiere a aquellas enfermedades que se presentan de manera frecuente entre los habitantes de un grupo o población en particular (Idrovo, 2000).

dificultad para acceder a algunas comunidades a causa de la ausencia de caminos o al mal estado de éstos. Los espacios en los que se planteaba operarían los Centros Coordinadores eran diversos, algunos se distinguían por ser de atención permanente (área de demostración) y, por lo general, cercanos a la sede; otros eran lugares más alejados, donde la acción se implementaba de manera esporádica a través de campañas (área de difusión). Además de estos, también se planteó que los CCI atendieran a aquellas constituidas por población migrante (área de migración) y desplazada (área de movilización).

El primer Centro Coordinador se creó en 1951 y tuvo como sede la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. El Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil (CCITT), como fue denominado, se creó como una especie de proyecto piloto en donde se puso a prueba la metodología de la política indigenista (Fábregas, 2021), bajo la dirección de Aguirre Beltrán. El área de influencia de este centro se extendió por toda la región de los Altos de Chiapas.

El segundo CCI se creó un año después, en la Sierra Tarahumara de Chihuahua y trató de reproducir la experiencia del primer centro. No obstante, en este caso la política indigenista se enfrentó con su primer obstáculo, pues a diferencia de los Altos de Chiapas, la Sierra Tarahumara no poseía las características de una región de refugio, ya que no contaba con una ciudad mestiza que desempeñara la función de centro rector, además de que las relaciones interétnicas se encontraban configuradas de otra manera. Esto demostraba que no todos los contextos indígenas eran iguales, sino que eran más diversos de lo que Aguirre Beltrán consideró. Pese a ello se decidió que el nuevo centro operaría bajo la misma lógica de las regiones de refugio (Sariego, 2002).

En 1954 se crearon cuatro nuevos centros, el de Temascal, Tlaxiaco y Jamiltepec en Oaxaca y Peto en Yucatán. En los años que siguieron y hasta 1970 se crearon siete centros más en todo el país. La década de 1970 fue la de mayor auge, ya que se crearon alrededor de 80 CCI, incluyendo casi todos los centros de Chiapas (Instituto Nacional Indigenista, 1978). En 1980 y 1990 se continuó creando Centros Coordinadores, aunque en menor número.

Cada CCI contaba con oficinas centrales, cuya sede se localizaba en la ciudad mestiza de mayor importancia dentro de la región intercultural de refugio. Algunos centros también llegaron a contar con una escuela formativa de promotores, una procuraduría legal, una clínica, campos de experimentación, laboratorios y talleres, tal es el caso de Centro Coordinador de la Tarahumara y de San Cristóbal de las Casas. Estos centros se encargaron de llevar a la práctica los planteamientos teóricos que sustentaban la política indigenista, tomando en cuenta las características de la región, así como su desarrollo histórico (Saldívar, 2008).

Aunque los Centros Coordinadores no eran totalmente autónomos, tenían la facultad de decidir qué áreas o acciones priorizar (Sariego, 2002) con el fin de cubrir las necesidades de la población de una manera más efectiva. Algunos lograron coordinarse con otras instituciones e, incluso, con los gobiernos estatales para la construcción de carreteras, mientras que, en otros casos, lograr dicha coordinación fue sumamente difícil, ya que se negaban a participar con el INI (Beltrán y Pozas, 1976).

En un inicio, el trabajo que se realizaba en los CCI del país era supervisado y aprobado por las oficinales centrales. A ellas se enviaban las solicitudes, programaciones anuales e informes. No obstante, en la década de 1980, se crearon coordinadoras regionales con el objetivo de supervisar el trabajo realizado en varios centros que presentaban características similares. Años después estas coordinadoras fueron sustituidas por delegaciones estatales que actuaron como intermediarios entre oficinas centrales y los CCI, aunque, en la mayoría de los casos, su existencia burocratizó aún más diversos procesos (Saldívar, 2008).

Para que los Centros Coordinadores funcionaran adecuadamente era necesario que contaran con la presencia de personal técnico, administrativo y promotores culturales, aunque en la realidad esto no siempre era así. Los primeros generalmente provenían de importantes ciudades mestizas del interior de los estados y, en muchas ocasiones, de la Ciudad de México. Con el paso de los años se fueron incorporando a profesionistas locales (Saldívar, 2008). Los promotores culturales, por otro lado, eran miembros de las comunidades indígenas en donde los CCI operaban. Aunque esto no siempre aseguró su aceptación. En lugares como San Juan Chamula -uno de los municipios que formaba parte del CCI de San Cristóbal de Las Casas- donde la población era muy reservada el INI eligió, durante la

década de los 50 a tres personas reconocidas por la comunidad para que desarrollaran la función de promotores. No obstante, la población continuó mostrándose renuente a la implementación de la acción indigenista (Köhler, 1975).

El papel que desarrollaron los promotores en la implementación de la acción indigenista fue fundamental, ya que a través de ellos fue posible conocer las relaciones interétnicas al interior de una región de refugio. Además, fueron la vía para la introducción de nuevas prácticas y tecnologías en las comunidades indígenas. Aunque debe reconocerse que este proceso no siempre fue sencillo, pues muchas veces la población llegaba a desconfiar de ellos. Para cumplir con sus funciones y con el objetivo de la política indigenista, los promotores culturales debían transitar por un proceso de formación antes de comenzar a desarrollar su función como agentes de aculturación (Romano, 2004; Beltrán, 2009).

Tanto el personal técnico-administrativo como los promotores culturales debían realizar al menos dos grandes funciones: una burocrática, que consistía en la redacción de informes mensuales, solicitud de materiales, entre otros documentos, y una más práctica, que implicaba visitar comunidades e impartir talleres. Esta última función les permitió a ambos establecer algún tipo de relación con la población, en su mayoría de amistad y respeto, aunque hubo sus excepciones.

Al interior de los CCI, las relaciones no siempre eran las mejores puesto que se llegaban a suscitar conflictos de intereses, corrupción, diferencias de opinión en torno a la aplicación de la política indigenista que ocasionaron rivalidades, así como una mala administración de recursos que desataba disputas internas (Lewis, 2020) y el surgimiento de cacicazgos. Esto conducía a que el personal abandonara los centros de trabajo o solicitara su traslado.

Como bien lo ha señalado Saldívar (2008) los Centros Coordinadores se convirtieron en la primera presencia visible del Estado no solo en las ciudades mestizas en donde asentaron su sede, sino también en las comunidades indígenas. Algunos de estos Centros Coordinadores llegaron a ser tan grandes que contaron con una planta de empleados numerosa e infraestructura muy diversa, que incluía gallineros, escuela de formación para promotores, dormitorios, comedor, salón de actos, puestos médicos, entre otros. Dos claros ejemplos lo constituyen el Centro Coordinador de San Cristóbal de Las Casas, el cual contaba con

espacios de formación y alojamiento para los promotores y el personal en general, y el Centro Coordinador de la Tarahumara, que debía su cantidad de personal a la vasta área sobre la cual operaba (Sariego, 2002; Romano, 2004).

Con el paso del tiempo, los CCI fueron perdiendo protagonismo dentro de la política indigenista, ya que muchas de sus áreas de trabajo y funciones fueron asumidas por otras dependencias gubernamentales y programas federales.

5. La creación del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza, Chiapas

La década de 1970 fue muy importante para el indigenismo en Chiapas ya que a lo largo de este periodo se crearon diez de los doce Centros Coordinadores del estado³⁴, en los siguientes municipios: Bochil, Ocosingo, Salto de Agua, Pichucalco, Las Margaritas, Copainalá³⁵, Santo Domingo, Venustiano Carranza, Ocozocoautla y Mazapa de Madero, además de la Coordinadora Estatal, creada en 1978 (Instituto Nacional Indigenista, 1978).

Durante la mayor parte de esta década, y hasta la aparición de la Coordinadora Estatal, el CCITT continuó siendo el centro más importante de Chiapas. Su importancia fue tal que se encargó de coordinar la creación del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza. Pero ¿por qué delegar esta responsabilidad al Centro Coordinador de San Cristóbal de Las Casas?

Si bien los documentos de archivo no responden a esta pregunta, la revisión historiográfica puede proporcionar algunas pistas que ayudan responder dicha interrogante. De acuerdo con Molina (1976), durante la época colonial Venustiano Carranza dependió por completo de San Cristóbal de Las Casas (Ciudad Real), que era la capital de la provincia de Chiapas

³⁴ Los Centro Coordinadores de Bochil y Ocosingo fueron creados en 1971; Salto de Agua y Pichucalco en 1973; Las Margaritas en 1974; Copainalá y Santo Domingo, 1975; Venustiano Carranza, 1976 y finalmente Ocozocoautla y Mazapa de Madero en 1977.

³⁵ En el Concentrado de Información del Estado de Chiapas de 1994 los nombres de estos dos CCI son distintos, Santo Domingo aparece como Tila y Pichucalco como Ixtacomitán. Lo mismo ocurre con Copainalá, que aparece bajo el nombre de Coapilla. Esta situación no se encuentra relacionada con la creación de nuevos municipios pues éstos ya existían desde 1970, por lo que es probable que la diferencia de nombres se deba a la reubicación de los Centros Coordinadores o, bien, a un error.

y el único centro de consumo, distribución de productos y toma de decisiones. Después de la independencia y a lo largo del siglo XIX, Venustiano Carranza mantuvo relaciones políticas con San Cristóbal de Las Casas y un intercambio económico con Los Altos de Chiapas, convirtiéndose en un importante proveedor para esta región.

Con el paso de las décadas y los cambios introducidos en la política económica durante el siglo XX, Venustiano Carranza comenzó a integrarse a la vida económica y política del estado, comenzando a ganar notoriedad e importancia. El trabajo de Virginia Molina (1976) da cuenta de que, a inicios de la década de 1970, San Cristóbal continuaba siendo una importante ciudad para el comercio y, muy probablemente, para acceder a servicios que no se encontraban disponibles en el municipio. Asimismo, la autora menciona que cuando la población necesitaba algún tipo de crédito, proyecto agropecuario o resolver un problema de la población indígena, acudían al CCITT.

Retomando el proceso de creación del CCI de Venustiano Carranza, es preciso mencionar que en el CCITT se tomaron los acuerdos y decisiones correspondientes a la plantilla de funcionarios que formarían parte del nuevo centro, el área de trabajo que cubriría, el presupuesto disponible e incluso quién sería el administrador³⁶. Uno de los acuerdos a los que llegó el Consejo Técnico del CCITT fue que los puestos médicos de Aguacatenango y Amatenango del Valle, creados desde 1957 -durante la primera década de implementación de la acción indigenista en los Altos de Chiapas-, serían atendidos directamente por el nuevo Centro Coordinador. Sumado a esto, se planteó la posibilidad de que algunos asuntos administrativos del CCI de Venustiano Carranza fueran manejados por el CCITT. Estos asuntos incluían el pago de sueldos y la entrega de informes mensuales³⁷. Ello, de alguna manera, mantendría al nuevo centro sujeto al control de otro de mayor antigüedad.

Con respecto a la administración del centro, se propuso a Gonzalo Díaz Zúñiga³⁸, quien, en ese momento, se desempeñaba como auxiliar administrativo en el CCITT, debido a que él

³⁶ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0073 (16), 1976, caja 5, *Oficio núm. 95. 27 de septiembre de 1976* [copia del acta levantada con motivo de la reunión del Consejo Técnico].

³⁷ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0073 (16), 1976, caja 5, *Oficio núm. 95. 27 de septiembre de 1976* [copia del acta levantada con motivo de la reunión del Consejo Técnico].

³⁸ La información sobre este miembro del CCI de San Cristóbal de Las Casas es limitada en los documentos consultados, por lo que se desconoce su origen, formación profesional o cómo llegó a ocupar dicho puesto.

ya poseía experiencia en la materia. En cuanto a su área de operaciones, el Consejo Técnico, acordó que comprendería los municipios de Villa Las Rosas y Venustiano Carranza, agregándose también el de Amatenango del Valle, que hasta ese momento era atendido por el CCITT, cubriendo así una superficie total de 1, 865.6 km² (Vázquez, 1985).

5.1 Contexto socioeconómico y político del área de operaciones del Centro Coordinador de Venustiano Carranza

La delimitación del área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza y la elección de la sede se realizó a partir de la teoría de las regiones interculturales de refugio, ya que Venustiano Carranza cumplía con algunas de las características de los centros rectores, al menos a nivel local. La cabecera de este municipio se encontraba compuesta por un centro, ocupado por población no indígena -mejor conocida en la región como ladina³⁹- y cinco barrios: San Pedro, San Sebastián, El Calvario, Señor del Pozo y El Convento, los cuales estaban habitados, en su mayoría, por población indígena (Morales, 1974).

Entre estos dos espacios habían marcadas diferencias. En el centro se encontraban los comercios, las oficinas gubernamentales -entre ellas Telégrafos Nacionales, Partida Militar, Comisión del Grijalva, palacio municipal, juzgado de primera instancia, registro público y de la propiedad civil- y los servicios médicos -un hospital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y tres médicos particulares-. Asimismo, este espacio contaba con alumbrado público, calles pavimentadas, tomas de agua y un limitado sistema de drenaje y recolección de basura, mientras que en los barrios se carecía de la mayoría de estos servicios, con excepción del alumbrado público y las tomas de agua, las cuales se encontraban en las calles más cercanas al centro (Morales 1974; Molina, 1976).

Además de los mencionados, la cabecera municipal contaba con servicios educativos, entre ellos un jardín de niños, siete escuelas primarias, una secundaria técnica agropecuaria, una academia de taquigrafía y mecanografía; servicios recreativos como dos canchas -una de fútbol y la otra de basquetbol y un cine. Otros servicios que también se encontraban

³⁹ Óscar Barrera (2017) emplea el término ladino para referirse a los no indios y añade que la misma es comúnmente usada en Chiapas. Un análisis histórico más profundo sobre dicho concepto lo realizan Bolaños et al. (1992), quienes problematizan en torno al significado de ladino, a quienes ha hecho referencia en distintos momentos históricos y las diferencias con el término mestizo.

presentes eran el telégrafo, un mercado y una tienda de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO). Sumado a ello, es preciso señalar que Venustiano Carranza era la cabecera de un distrito hacendario, del cual dependían cuatro municipios más, Villa Las Rosas, Nicolás Ruiz, Socoltenango y Totolapa; así como la sede de una delegación forestal y de caza y una de asuntos indígenas (Molina, 1976). Estas características constituían al municipio y su cabecera como importante centro económico y político.

En cuanto a las vías de comunicación terrestres, Venustiano Carranza se conectaba con la capital del Estado, Tuxtla Gutiérrez y las cabeceras de otros municipios, como Villa Las Rosas, Amatenango del Valle y San Cristóbal de Las Casas a través de la carretera Tuxtla Gutiérrez-Pujilic y la carretera panamericana. Para trasladarse a estos municipios se contaban con dos líneas de autobuses, Cuxtepeques y Mazariegos (Molina, 1976).

Otro aspecto que influyó tanto en la creación del CCI de Venustiano Carranza como en la elección de los municipios que conformarían su área de operaciones fue la alta densidad de población indígena. Aunque, en realidad, esta densidad era baja en si se comparaba con la de los municipios tzotziles y tzeltales de los Altos de Chiapas. En Venustiano Carranza, el porcentaje de la población indígena era de 18.42% de un total de 32,388 habitantes, mientras que en San Juan Chamula era de 75.79% de un total de 29,357 habitantes. Amatenango del Valle, por su parte, tenía un porcentaje de población indígena de 60.52% y una población total de 3,032 habitantes. Estas cifras mostraban una diferencia con las de Chanal, cuya población total era de 3,951 habitantes, mientras que su porcentaje de indígenas tzotziles era de 74.76%⁴⁰. Esta diferencia se debía principalmente a la cantidad de población ladina asentada en el área del nuevo centro.

Existe una pequeña probabilidad de que, en un inicio, se haya planteado la creación de un Carranza. Esto se sustenta en el hecho de que fue el personal del CCITT, incluyendo a su director, Agustín Romano Delgado, quién tomó la mayor parte de las decisiones respecto a su creación. Además de que planteaban hacerse cargo de una parte de su administración. Sumado a ello debe mencionarse el uso indistinto de la categoría centro y subcentro durante

⁴⁰ Los datos de todos los municipios fueron obtenidos del IX Censo General de Población 1970, INEGI.

el proceso de planeación y gestión del nuevo CCI, lo que da cuenta de que aún no se definía por completo que estatus tendría el mismo y quizá tampoco el papel que jugaría el CCITT.

Un mes antes de que el Centro Coordinador entrara en funciones, en agosto de 1976, Carlos Alberto González Ruiz, quien fue designado como subdirector del CCI de Venustiano Carranza, realizó un prediagnóstico de las condiciones socioeconómicas del área de operaciones del centro, con el fin de identificar los recursos y necesidades de la población y, a partir de ello, programar la acción indigenista. El diagnóstico abarcó los tres municipios y fue realizado en tan solo 15 días, un periodo muy corto para conocer a profundidad las realidades y necesidades de una región vasta.

Un aspecto por destacar de este prediagnóstico es que fue realizado por un profesional ajeno a la antropología y no por un antropólogo⁴¹. Esto cobra sentido si se considera que para esta época la antropología comenzaba a distanciarse del Estado y del INI. Dicha situación, sumada a la limitada cantidad de tiempo con que se contó para realizar el diagnóstico dieron como resultado un informe en el que se presentaron los datos más básicos del área. Entre estos datos se encontraban las características geográficas, fisiográficas, climáticas y demográficas de los municipios; las actividades económicas de la población; los servicios básicos (energía eléctrica, agua potable, sistema de drenaje, hospitales, escuelas), así como los conflictos sociopolíticos y las problemáticas en los ámbitos educativo y de salud⁴².

Con respecto al ámbito de salud se destacaron tres problemas importantes: 1) reducido número de unidades médicas en la región, 2) la discriminación ejercida por el personal médico hacia la población indígena de Venustiano Carranza y 3) escasas obras de

⁴¹ Aunque no se conoce con certeza la formación profesional de Alberto González, el uso de abreviaturas, en las actas de Consejo Técnico, para indicar la profesión de los participantes puede darnos algunas pistas. En el caso de Alberto González, antes de su nombre se encuentra la abreviatura Lic. y no Antrop., como solía escribirse cuando se hacía referencia a los antropólogos. Por tanto, puede descartarse el hecho de que él tuviera esta última profesión.

⁴² INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socioeconómico del área de trabajo del subcentro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.*

introducción de agua potable⁴³. Además de estos datos, no se realizó ninguna descripción de la organización comunitaria, las relaciones interétnicas o sobre las prácticas médicas locales, que habían sido sustanciales en años previos para planear la acción indigenista. Tampoco se profundizó más en las necesidades de la población.

Es importante mencionar que la información más amplia con la que se cuenta sobre los municipios de Amatenango del Valle, Villa Las Rosas y Venustiano Carranza son los trabajos etnográficos desarrollados por Esther Hermitte (1970), Michael Salovesh (1971), June Nash (1975) y Marcelo Díaz de Salas (1991) así como las descripciones realizadas por el cronista Juan María Morales Avendaño (1974) y el trabajo de Virginia Molina (1976). No obstante, la mayoría de estas descripciones fueron efectuadas durante las décadas de los 50 y finales de los 60.

Además del diagnóstico, Alberto González presentó una programación tentativa de las actividades a realizar durante el cuatrimestre septiembre-diciembre de 1976 y a lo largo del siguiente año, 1977. En ella se planteó la existencia de cinco secciones: Educación, Agricultura, Pecuaria, Economía e Infraestructura y Salubridad. Entre las actividades que González proponía realizar, se encontraban la instalación de albergues, la construcción de parcelas demostrativas, instalación de talleres de carpintería y mecánicos, así como asistencia médica. Un mes después el Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza entró en funciones oficialmente en septiembre de 1976⁴⁴. La creación del centro y su apertura ocurrieron en un momento de transición de una política indigenista de corte integrativo o integracionista a una participativa, esto en el plano nacional.

En el contexto local y regional también ocurrían importantes sucesos. En Venustiano Carranza y Villa Las Rosas, la inconformidad por la imposición de un candidato del PRI como presidente municipal, había dado paso a una serie de mítines, marchas y protestas que

⁴³ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socioeconómico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.*

⁴⁴ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser., Informes, exp. 0094, 1977, caja 5, *Actividades del Centro Coordinador Indigenista Tzotzil de San Bartolomé, en el periodo comprendido del 16 de septiembre de 1976 al 15 de mayo de 1977.*

eran ignoradas por el gobierno⁴⁵. En Venustiano Carranza la situación era aún más crítica puesto que desde hacía varios años la población venía impulsando una lucha por la recuperación de sus tierras, las cuales se encontraban en manos de los caciques de la región (Renard, 1998). Una parte de tierras que se encontraban en disputa habían sido otorgadas por el Alcalde Mayor de Guatemala a los indígenas de la región en 1767 y la otra fue adquirida por ellos mismos. No obstante, con la promulgación de las Leyes de Desamortización de 1856 los caciques y terratenientes ladinos se apoderarán de dichas tierras (Morales, 1974).

La apropiación de tierras por caciques, al igual que el surgimiento de diversas haciendas generó cambios en la configuración territorial (Viqueira, 2009). Algunos indios conservaron parte de sus tierras por lo que permanecieron en el pueblo mientras que otros tuvieron que trasladarse a las haciendas cercanas para trabajar en ellas (Barrera, 2017). Después de la Revolución comenzó una etapa de expansión de las fincas ganaderas, lo que condujo al surgimiento de dos poderosos caciques en la región, Carmen Orantes y Augusto Castellanos, quienes acapararon el control político de la ciudad a través de distintos mecanismos, entre ellos, la coerción (Morales, 1974; Renard, 1998).

Los indígenas continuaron trabajando las pocas tierras en común que aún les quedaban en posesión, mismas que eran administradas por el Ayuntamiento indígena y el Comité Agrario⁴⁶, hasta que, en 1931, el profesor Donaciano Zamudio impulsó la creación de los Bienes Comunes, organización que se encargaría de la administración de las tierras comunes (Morales, 1974; Renard 1998). A esta nueva organización se unió población ladina que carecía de tierras para fortalecer la lucha por la restitución de las tierras apropiadas por los caciques. La solicitud para la restitución se realizó en 1935 y 30 años después, en 1965, fue aceptada oficialmente. En los años que siguieron comenzó un periodo de violencia y tensión política debido a la lucha entre Bienes Comunes y caciques, así como entre el primero y el ejército. Esta lucha provocó divisiones al interior de Bienes

⁴⁵ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Correspondencia, exp. 0052 (88), 1976, caja 3, V. Carranza, Chis. Septiembre 76. *Manifiesto a la opinión pública*.

⁴⁶ Los comités agrarios locales estaban constituidos por los campesinos de uno o más poblados y su función principal era solicitar tierras a la Comisión Agraria Estatal. En ese sentido, dichos comités actuaban como

Comunales y enfrentamientos con el ejército, llegando a un punto crítico en 1976, cuando se realizaron encarcelamientos masivos⁴⁷ (Molina, 1976; Renard, 1998).

La planeación de la apertura del Centro Coordinador de Venustiano Carranza y los preparativos previos a la misma parecen haberse realizado con premura, en lapsos de tiempo muy cortos, lo que nos lleva a cuestionar si había algún interés de por medio y si este interés estaba relacionado con la mitigación de las críticas hacia la política indigenista que comenzaron a emerger años atrás -es importante recordar que la década de los 70 fue en la que mayor cantidad de CCI se crearon-. Con el fin de explorar más esta posibilidad sería necesario conocer el proceso de creación de otros Centros Coordinadores que iniciaron a operar en la misma década, ya que ello nos ayudaría a entender si se trata de una situación generalizada o de un caso particular, aunque esta es una labor para investigaciones futuras.

5.2 La apertura del CCI de Venustiano Carranza y el inicio de sus operaciones

A pesar de la tensión situación que se vivía en Venustiano Carranza, el CCI comenzó sus operaciones en esta ciudad. A falta de instalaciones propias, el Centro Coordinador arrendó un pequeño edificio ubicado sobre la 1ª avenida norte No. 75, en el barrio de San Pedro. De acuerdo con Carlos Alberto González -subdirector del centro-, la búsqueda de instalaciones les permitió darse cuenta de que la población mestiza que vivía en Venustiano Carranza no estaba de acuerdo con la llegada del centro⁴⁸.

Pese a que no se proporcionan mayores explicaciones sobre esta situación, es posible que la desavenencia hacia la creación del CCI por parte de cierto sector de la población esté relacionada con lo ocurrido en los Altos de Chiapas, donde los mestizos encargados de la producción y venta de aguardiente -empresarios del alcohol- vieron comprometidos sus intereses con la llegada del INI. En el caso de Venustiano Carranza y los municipios aledaños, aunque no se producía alcohol si había muchos terratenientes y ganaderos que

intermediarios entre los campesinos y las instancias administrativas de la reforma agraria (Sanderson y Benuzillo, 1980).

⁴⁷ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977, caja 5, *Investigación descriptiva de las localidades en donde el Centro Coordinador Indigenista Tzotzil de San Bartolomé, trabaja en forma permanente.*

tenían bajo su poder gran parte de las tierras de la población indígena, por tanto, es posible que ellos, al igual que los empresarios de Los Altos, vieran amenazados sus intereses -es preciso recordar que una de las funciones del INI hasta este momento era brindar acompañamiento y asesoría a la población indígena en el proceso de restitución de tierras-.

Objetivos del centro

Los objetivos principales de este centro eran cinco (Vázquez, 1985):

- Estimular el desarrollo integral de las comunidades indígenas para que salieran de su atraso y logaran integrarse a la sociedad nacional. En este objetivo se observa la persistencia de la idea de integración y asimilación, la cual -en teoría- había sido desechada para dar paso a una nueva etapa en la política indigenista.
- Fomentar el desarrollo agropecuario mediante el aprovechamiento de los recursos naturales disponibles en las comunidades y atendiendo a los programas formulados por el INI.
- Impulsar la realización de programas que contribuyan a mejorar la alimentación de la población indígena.
- Impulsar programas de salud en coordinación con las dependencias correspondientes.
- Promover la enseñanza y el aprendizaje del español como un instrumento de comunicación y negociación con el resto de la sociedad.

Los objetivos planteados por el centro son muy generales, es decir, que podían ser aplicados a cualquier comunidad indígena y no necesariamente reflejan ni se ajustan a las necesidades particulares de la población que formaba parte de su área de operaciones.

Estructura

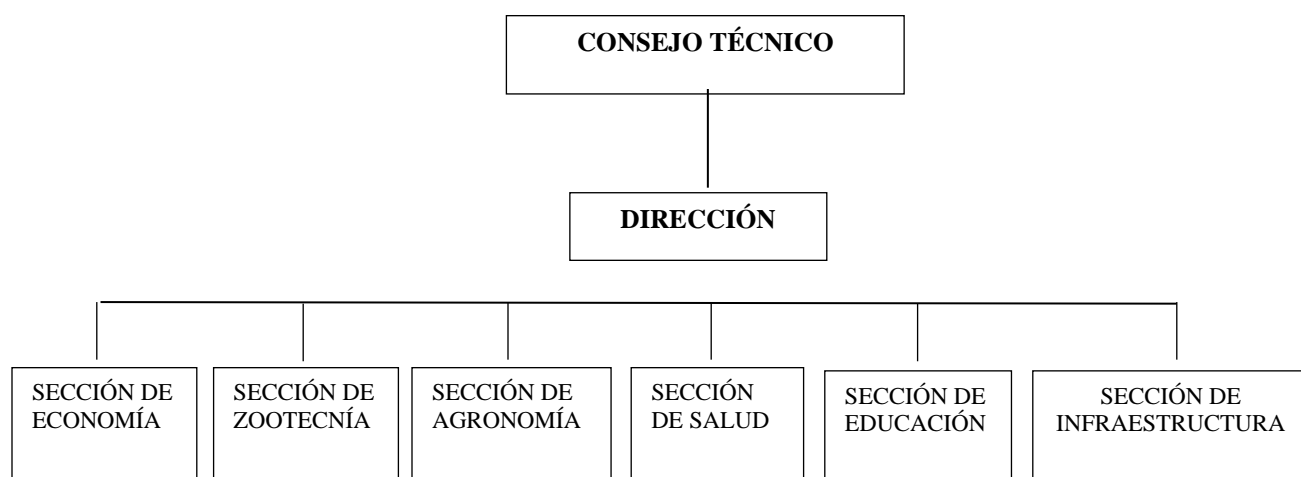
En un principio, el Centro estuvo conformado por una dirección, a cargo de Alberto González Ortiz quien ocupaba el puesto de subdirector; una administración, dirigida por Manuel Antonio Dzul Cen y seis secciones⁴⁹: Economía, bajo la responsabilidad de

⁴⁸ INPI, FD 7.09/70.1, *González Ortíz, Alberto. Informe de actividades.*

⁴⁹ Antes de la apertura del centro se había planteado la existencia de cinco secciones, ya que la de Economía e infraestructura conformaban una sola. No obstante, al final esta sección se dividió en dos.

Armando Galindo; Salubridad, a cargo del Dr. José Luis Montiel Álvarez⁵⁰, Pecuaria/zootecnia, dirigida por Gerardo Escobedo; Agrícola y Educación e Infraestructura, las cuales carecían de personal técnico. Cabe mencionar que los miembros de estas secciones y el personal administrativo conformaban el Consejo Técnico (Figura 1). Además de ello, el centro contaba con un almacén a cargo de Tulio Rivera García⁵¹.

Figura 1. Organigrama del CCI de Venustiano Carranza.



Adaptado de Vázquez (1985).

El resto del personal de apoyo del CCI lo conformaban dos choferes, Miguel de la Torre y Francisco Vázquez; un guardia, Agustín Zúñiga Castellanos y dos mecanógrafos, Matilde Sánchez y Rómulo Flores. Todo el personal profesional y administrativo del centro provenía del interior de la república mexicana o, bien, habían sido transferidos desde otros CCI. Hasta este momento, únicamente los choferes eran indígenas y originarios de Venustiano Carranza⁵².

⁵⁰ Al igual que en el caso de Gonzalo Díaz y Alberto González, los documentos contiene muy poca información sobre este médico, por lo que no se conoce su origen, lo único que se sabe acerca de él es que no era originario de Venustiano Carranza y al parecer, de ninguno de los municipios cercanos.

⁵¹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0073 (16), 1976, caja 5, *Acta de sesión del Consejo Técnico del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil, correspondiente a noviembre de 1976.*

⁵² INPI, FD 7.09/70.1, *González Ortiz, Alberto. Informe de actividades.*

Cada una de las secciones del Centro Coordinador contaba con objetivos propios. En el caso de la sección de economía, éste era impulsar la realización de proyectos y/o programas orientados a la comercialización equitativa de los productos y aquellos que permitan elevar los niveles nutricionales de las comunidades. Mientras que la sección de zootecnia pretendía fomentar el desarrollo de proyectos pecuarios, tomando en cuenta los recursos de la población.

La sección de agronomía, por su parte, buscaba capacitar a los representantes de las comunidades indígenas en la planeación y ejecución de proyectos productivos, así como brindar asesoría a las comunidades para la obtención de créditos. En cuanto a la sección de interés para esta investigación, la de salud, se plantearon tres grandes objetivos. El primero de ellos era realizar acciones, en coordinación con otras dependencias, para extender los servicios de salud en las comunidades. La segunda era impulsar programas integrados de salud y el tercero mejorar los problemas de vivienda, considerando las particularidades culturales y los recursos disponibles en cada comunidad.

Al igual que las anteriores, la sección de educación se propuso promover el aprendizaje del español y apoyar a los estudiantes indígenas mediante el otorgamiento de becas. Desde la sección de infraestructura también se trazó el objetivo de contribuir al mejoramiento de las vías de comunicación y a la construcción de otras obras importantes para la comunidad.

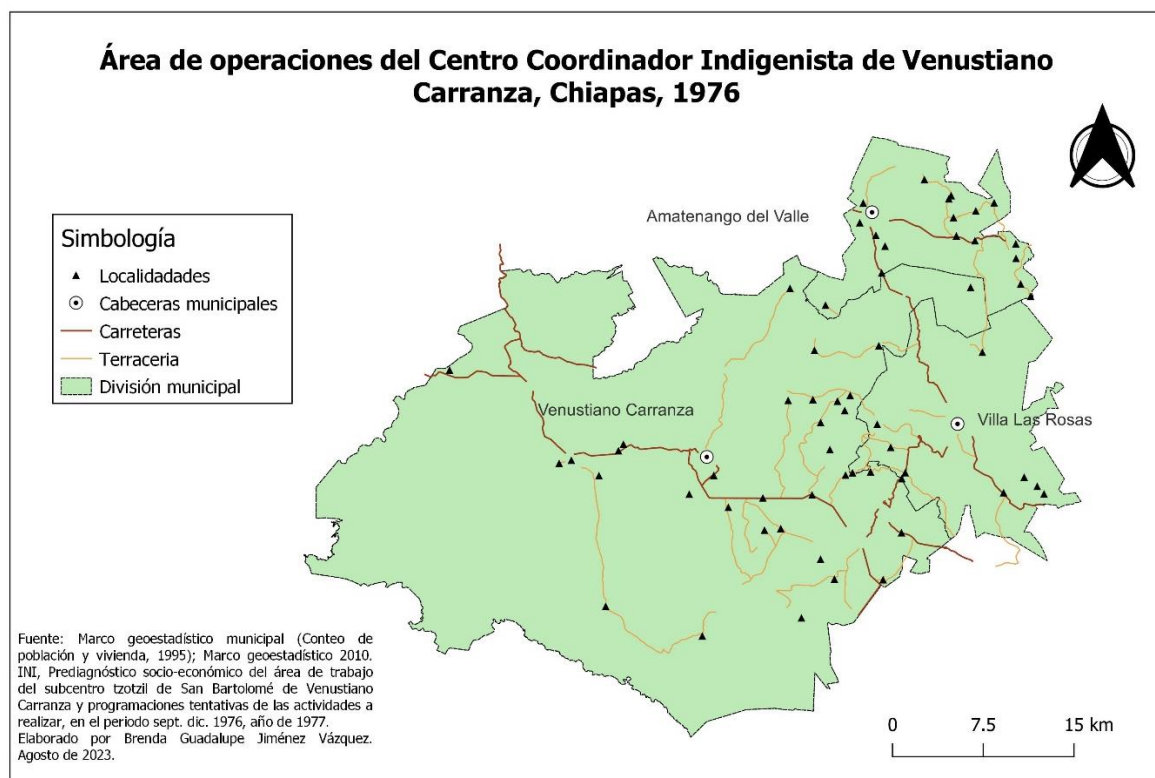
Esta estructura cambió en 1979, cuando se comenzó a implementar el Programa de Atención Legal-Dental, que dio origen a la sección de Odontología. En el marco de este programa se contrató a un odontólogo y se llevaron a cabo encuestas que permitieron detectar un alto grado de problemas bucodentales en la población en general ocasionados por el alto consumo de carbohidratos, sumado a la desnutrición y la falta de higiene bucal (Vázquez, 1985).

Tal como en el caso de los objetivos del centro, los que guiaban la acción de cada sección eran considerablemente generales, es decir que no se encontraban orientados a la atención de problemas específicos o de transcendencia para las comunidades.

5.3 Área de acción

El radio de acción del Centro Coordinador incluyó a todos los poblados, tanto indígenas como mestizos -con énfasis en el primer sector-, que se encontraban alrededor de la ciudad sede, así como de los municipios de Amatenango del Valle y Villa Las Rosas (Vázquez, 1985) (Mapa 2).

Mapa 2. Área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza a inicios de su creación, en 1976.



Las tres cabeceras municipales que formaban parte del área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza -Villa Las Rosas, Amatenango y Venustiano Carranza- se encontraban a poco más de 15 kilómetros de distancia una de la otra y estaban comunicadas por carreteras, algo muy favorable para la movilidad del personal del CCI. En cuanto a las localidades sobre las cuales el centro desplegaría su acción indigenista, cabe mencionar que la mayoría de ellas se concentraba en el oriente y norte del área de operaciones. Muy pocas de estas localidades se encontraban aisladas y lejos de las cabeceras municipales, la gran mayoría se ubicaba cerca de otras comunidades. Asimismo, todas estaban comunicadas entre sí y con las cabeceras municipales a través de una red de caminos de terracería y

brechas. Venustiano Carranza era el municipio que contaba con más localidades -aunque estas se encontraban más dispersas-, mientras que Villa Las Rosas era la que menos poseía. De acuerdo con el pre-diagnóstico, informes y otros documentos de archivo, las localidades que constituyeron el área de operaciones del CCI eran las siguientes:

Cuadro 4. Localidades que constituyeron el área de influencia del CCI de Venustiano Carranza por municipio.

Venustiano Carranza	Amatenango del Valle	Villa Las Rosas
Paraíso del Grijalva	San Vicente	Guadalupe Las Canoas
Francisco Hernández Hdz	La Tejonera	Guadalupe Yerba Santa
Los Cerritos	San Antonio Buenavista	Ixtapilla
El pajarito	Unión Buenavista	El Chipilinar
San Isidro	Candelaria Buenavista	Corral Hierba
Chilaljo	San José Yojolum	Yalpale
Agua Bendita	Tulancá	El Ciprés
El Órgano	La Granada	Canjob
Candelaria Buenavista	La Grandeza	Canjobito
La garnacha	Madronal	Las Lajas
Santa Eloisa	Benito Juárez	
San José La Grandeza	La Gloria	
Miguel Hidalgo	San Caralampio Chavín	
Laja Tendida	San Juan del Río	
Candelaria El alto		
Chitama		
El Naranjo		
El Puerto		
Santa Anita		
Laja Tendida		
Flores Magón		
Plan de los Ángeles		
Aguacatenango		
Marcos E. Becerra		

Una vez que el CCI instaló sus oficinas centrales, comenzó a desarrollar una serie de acciones, entre las que destacan el apoyo para el revestimiento de un camino de terracería que conecta a la ciudad de Villa Las Rosas con la comunidad de San Luisito. Asimismo, se realizó la adaptación de una de las oficinas del CCI -en Venustiano Carranza- para que

pudiera funcionar como clínica⁵³. Sumado a ello, el médico encargado de la sección de salubridad comenzó a efectuar las gestiones necesarias para abastecer a la clínica con medicamentos⁵⁴. Otras acciones que realizó la sección de salubridad fue la construcción de un tanque de agua en la comunidad de Paraíso del Grijalva y la introducción de agua potable en el barrio Cerro Blanco Cashaltic, ambas pertenecientes al municipio de Venustiano Carranza.

En el área de economía se iniciaron las gestiones para la reapertura de un molino y la venta de rollos de alambre. Mientras que en la de educación se comenzaron a otorgar becas de educación media superior, así como a planear la instalación de albergues escolares en Venustiano Carranza y Villa Las Rosas. Sumado a estas actividades, el personal de la sección coordinó la construcción de canchas de fútbol y la creación de una escuela unitaria⁵⁵. Con estas acciones se pretendía ir mejorando -gradualmente- las condiciones de vida de la población que habitaba los tres municipios.

El centro comenzó atendiendo un limitado número de localidades y posteriormente fue extendido su acción. En un principio se planteó la posibilidad de realizar recorridos en los municipios de Socoltenango y Nicolás Ruiz con el fin de evaluar la viabilidad de extender el área de atención, lo cual ocurrió tiempo después. Para la década de 1990, el área de operaciones del CCI abarcaba los municipios de La Concordia, Nicolás Ruíz, Ángel Albino Corzo, Villa Corzo, Socoltenango, Totolapa, Acala y Chiapa de Corzo, además de los municipios de Venustiano Carranza, Villa Las Rosas y Amatenango del Valle (Mapa 3). Cabe mencionar que la mayoría de los municipios que se integraron al área del CCI contaban con una baja cantidad de población indígena en 1990. Ángel Albino Corzo, por ejemplo, contaba con 1,133 hablantes de lengua indígena de un total de 18, 335 habitantes

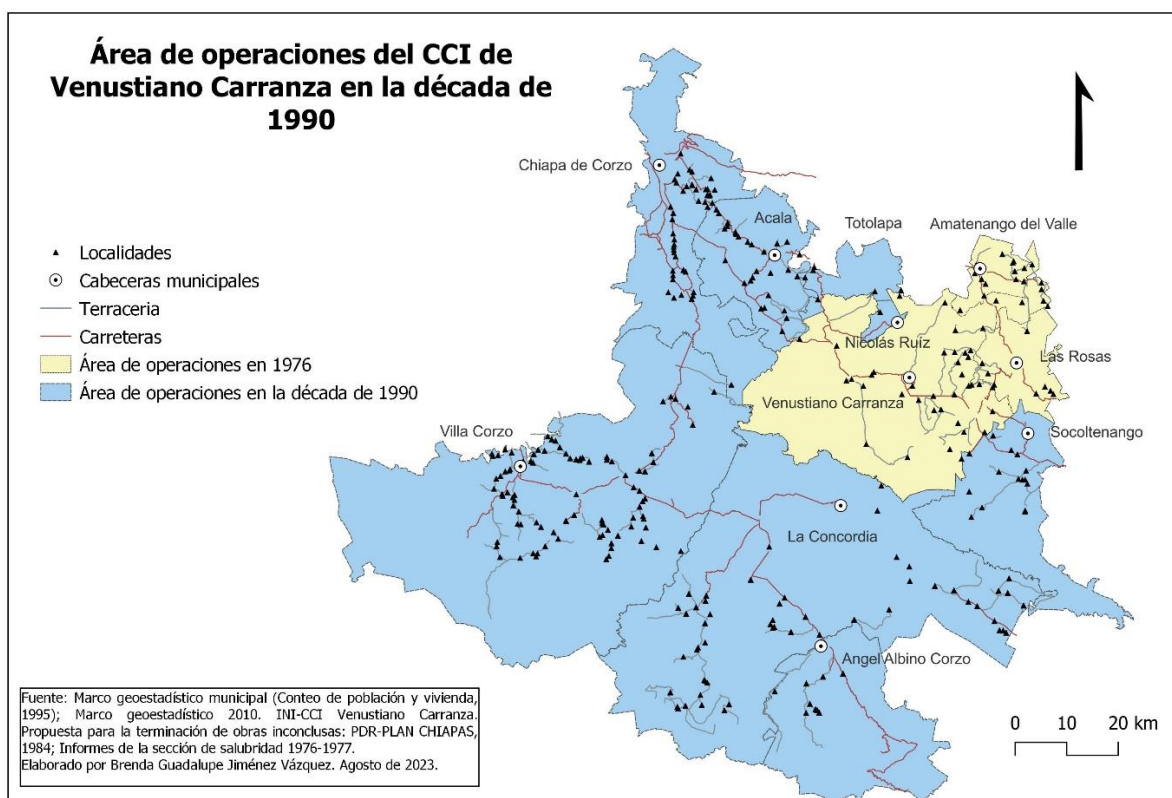
⁵³ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socioeconómico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.*

⁵⁴ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0073 (16), 1976, caja 5, *Acta de sesión del Consejo Técnico del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil, correspondiente a noviembre de 1976.*

⁵⁵ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977, caja 5, *Investigación descriptiva de las localidades en donde el Centro Coordinador Indigenista Tzotzil de San Bartolomé, trabaja en forma permanente.*

mayores de cinco años⁵⁶. Esto hace suponer que la acción indigenista que se desarrollaría en estos municipios no estaría dirigida únicamente a la población indígena, sino que -y, sobre todo- a los ladinos.

Mapa 3. Área en que operó el Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza en la década de 1990.



Muchos de los municipios que se incorporaron al área de operaciones del CCI gozaban de una amplia extensión territorial. No obstante, no toda su extensión se encontraba habitada, la mayoría de las localidades se concentraba en ciertos espacios, dejando varias hectáreas deshabitadas. Los municipios que se ubican al sur-suroeste del centro no contaban con carreteras en buenas condiciones -aunque sí con caminos de terracería y brechas- que los comunicaran directamente con el mismo, lo que provocó que las visitas del personal fueran esporádicas.

⁵⁶ Datos obtenidos del XI Censo de Población y Vivienda 1990, INEGI.

Las localidades que formaban parte de esos municipios, aunque se encontraban comunicadas con las cabeceras municipales y entre ellas mismas a través de una red de caminos, estaban bastante lejos de las oficinas del CCI. De acuerdo con Julio César, uno de los ingenieros del CCI, se instaló una residencia del centro -algo parecido a una pequeña subsección u oficina- en uno de los municipios de sur-suroeste del área con el fin de atender a las comunidades más alejadas, desafortunadamente no fue posible identificar el lugar.

La expansión del área de operaciones del CCI resulta un proceso muy particular, pues comienza a gestarse entre 1980 y 1990, periodo en el que los recursos destinados al INI eran cada vez más limitados.

5.4 Interacción entre el CCI y la comunidad

Antes de que el CCI comenzara a funcionar, Agustín Romano, el director del CCITT acudió con Alberto González Ortiz a los municipios de Venustiano Carranza y Villa Las Rosas, con el fin de presentarse con las autoridades comunitarias⁵⁷ e informar sobre la creación del Centro Coordinador. Don Miguel De la Torre, un miembro de la comunidad de Venustiano Carranza y quien más tarde se convertiría en chofer del CCI, recuerda este suceso:

MDT: [...] llegó al director, el que iba a ser director, que fue director del INI. Directamente vino de de oficinas centrales a hablar pue con [la] autoridad de aquí del pueblo, que es la casa del pueblo, [que] estaba ahí, provisionalmente, [...] por el suceso que acababa de pasar.⁵⁸

Aunque en realidad Romano no fungiría como el director del centro, quienes estaban presentes al momento de su llegada así lo interpretaron. Es posible que, ante los ojos de los miembros de la comunidad, el hecho de que dos funcionarios del INI se presentaran ante las autoridades de la comunidad -comisariado, tesorero, secretarios, entre otros- y entablaran un diálogo significaba que reconocían no sólo la existencia de una organización comunitaria, sino la importancia que la misma tenía en la vida de sus miembros.

⁵⁷ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0073 (16), 1976, caja 5, *Oficio núm. 95. 27 de septiembre de 1976* [copia del acta levantada con motivo de la reunión del Consejo Técnico].

Tanto Romano como Ortiz, además de presentarse con las autoridades, llegaron en busca de trabajadores para el centro, principalmente choferes, mecanógrafos/mecanógrafas y vigilantes. La oferta de trabajo y las facilidades que se les brindó a los miembros de la Casa del Pueblo⁵⁹ para obtener los puestos generó cierta confianza hacia al INI, pero sobre todo evitó el surgimiento antagonismos -como ocurrió en sus inicios en Los Altos de Chiapas- sobre todo en un momento tan crítico debido a los problemas que se estaban suscitando en la región.

MV: En este tiempo que se se iba fundar el INI, entonces, yo fui parte de la fundación del centro coordinador. Entonces, cuando este taban buscando personal, en eso llegaron los que son técnicos, no, no hubo. Estaba buscando choferes y todo, secretarias, algunas personas que por lo menos que no [tuvieran] mucho estudio pue, velador. Entonces te [preguntaban...] -compañeros ¿quieren trabaja? -, -yo quiero [...] pero documento no tengo-, -no importa. Lo que importa horita es que la autoridad de aquí va avalar todo lo que eso es [...] todo los papeles que le haga falta, con ese documento, esa recomendación va a, va poder trabajar-. Entonces ya lo demás es fácil pue, ya, este, licencia de manejo, ya se consigue allá y ya después ahí conseguimos [...]. Así que, así tan fácil me metí. Me metí pe quería yo, [por la] necesidad de trabajar. Entonces ahí fue en el, ya en el 76. A partir del 16 de septiembre de 1976 empecé a labora en el INI, sí.

Un aspecto que vale la pena resaltar, a partir de lo que comenta don Miguel, es el hecho de que la mayoría de la población de Venustiano Carranza, sino es que toda, siempre se refiere al CCI como INI y nunca como CCI. De ese modo, ellos reconocen la presencia que tuvo el INI, como institución gubernamental, en su comunidad, pero no la del Centro Coordinador como el brazo ejecutor y la principal instancia del instituto. En Amatenango del Valle y Aguacatenango, por otro lado, la población actual no identifica -o lo hace muy poco- ni al INI ni al Centro Coordinador, aunque no ha sido el único, pues otras instituciones, especialmente las de salud -entre ellas el IMSS-, tampoco son reconocidas. Los habitantes saben, por ejemplo, que hay un hospital o clínica en el centro del pueblo, pero logran identificar a que institución están adscritos dichos centros de salud.

⁵⁸ El suceso al que se refiere es al asesinato del comisariado de bienes comunales, Bartolomé Martínez Villatoro, quien había liderado la recuperación de tierras y la lucha contra los caciques de la región.

⁵⁹ Casa del Pueblo es el nombre con el que se conoce a la organización de Bienes Comunales en Venustiano Carranza. Dicha organización adoptó su nombre en la segunda mitad de la década de 1970, cuando se

Continuando con la relación entre el CCI y la comunidad, estos primeros encuentros entre el personal del centro y las autoridades comunales ayudaron a formar una buena relación entre ambas partes, pese a que el INI era una institución gubernamental. Esta buena relación le permitió al CCI obtener, por donación, varias hectáreas de terreno para construir sus instalaciones. El terreno donado por bienes comunales se ubicaba sobre la avenida Primavera norte No.75, en la colonia San Francisco El Calvito⁶⁰. Este panorama, como se hizo referencia en párrafos anteriores, contrasta con el de la década de los 50 en Los Altos de Chiapas, donde la población opuso cierta resistencia -incluso- a que los médicos y enfermeras vivieran en las comunidades.

El CCI de Venustiano Carranza trató de mantener una buena relación con las autoridades comunales y no involucrarse directamente en los conflictos que ocurrían en la sede del centro y en Villa Las Rosas, más que cuando lo consideraba muy necesario y con el único propósito de solicitar al gobierno su intervención para restaurar la paz. No obstante, el subdirector del centro llevaba un registro detallado de los hechos, mismo que eran incluido en los informes bimestrales enviados al CCITT y a las oficinas centrales.

Algunos sucesos descritos en los informes fueron el surgimiento de una riña entre el ejército y los campesinos de Villa Las Rosas, quienes fueron apoyados por sus esposas y el desmonte de las líneas de alambre de los potreros del grupo contrario a la Casa del Pueblo en Venustiano Carranza, un intento de conciliación por parte de los grupos en disputa. Asimismo, se registró una emergente división entre los indígenas de la cabecera municipal de Amatenango del Valle, debido a la “apatía” del presidente municipal. Desafortunadamente no se brindó más información al respecto⁶¹.

comenzó a construir una estructura que serviría como sede para la realización de reuniones y otras actividades (Renard, 1998).

⁶⁰ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Varios, exp. 0822, 1990, caja 62, *Instituto Nacional Indigenista. Directorio 1990*.

⁶¹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *2do Informe de las actividades realizadas por el centro coordinador indigenista tzotzil de San Bartolomé en el periodo comprendido del 15 de octubre de 1976 al 1o de enero de 1977*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas de la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1° de febrero al 28 de febrero de 1977*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Cuarto informe de actividades realizadas por el personal del centro coordinador indigenista tzotzil de San Bartolomé, en el periodo comprendido del 1° de marzo de 1977, al 30 de abril del presente año*.

Pese a lo apresurado que fue el proceso de apertura del centro, podría decirse que, a diferencia de Los Altos de Chiapas, el CCI de Venustiano Carranza inicio sus operaciones con el pie derecho, esto debido a que no fue mal recibido por la organización comunitaria e incluso incorporó a algunos de sus miembros como trabajadores y logró la dotación de un terreno para sus instalaciones. Con el inicio de las actividades en el centro y la llegada de agrónomos, médicos, contadores y otros profesionistas, se comenzaron a configurar relaciones entre la población y este grupo, las cuales se fueron transformando con el paso de los años.

A lo largo de su existencia, el CCI desarrolló una serie de proyectos y acciones en distintas áreas -como la agricultura, la pecuaria y la salud-, mismos que modificaron su nombre -a la par de las transformaciones en la política indigenista y sus lineamientos- aunque no su esencia asistencial y paternalista. El Centro Coordinador de Venustiano Carranza vivió, al igual que otros centros, un momento de auge, el cual es recordado por la población que tuvo mayor contacto con el centro. No obstante, después de un tiempo, los efectos del recorte presupuestal y la decadencia del INI alcanzaron al CCI, el cual comenzó a delegar sus funciones a otras instancias gubernamentales.

Lo abordado en este capítulo provee de un panorama general, tanto de la política como de los inicios de la acción indigenista en Venustiano Carranza y los municipios aledaños, el cual sirve como punto de partida para conocer la implementación de un tipo de acción en particular, la médico-sanitaria, objetivo central del capítulo que se presenta a continuación.

CAPÍTULO 3. LA ACCIÓN SANITARIA DEL CCI DE VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS

La implementación de programas sanitarios constituyó parte importante de las acciones que el Instituto Nacional Indigenista (INI) aplicó en las regiones de refugio a través de los Centros Coordinadores. A pesar de que en el país se contaba con dos instituciones oficiales encargadas de brindar atención médica, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)⁶², estos no llegaban a todas las regiones y por tanto no lograban cubrir las necesidades de toda la población. Por tanto, el INI, al asumir la tarea de asimilar al indígena mediante el desarrollo de una acción integral, también se comprometió a cubrir sus problemas y necesidades en el ámbito de la salud, un aspecto prioritario para lograr el tan anhelado desarrollo de las comunidades indígenas. Al conjunto de programas, proyectos y actividades en materia de salud que el INI proponía implementar en las regiones de refugio se denominó acción médico-sanitaria (Romano, 2003).

Gonzalo Aguirre Beltrán, el principal teórico del indigenismo integrativo, escribió diversos textos sobre la medicina indígena y los problemas de salud que aquejaban a este sector de la población, entre ellos *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial (1963)*, *El rol de la medicina (1964)* y *Antropología médica (1986)*. Aguirre Beltrán fue uno de los primeros antropólogos, sino el primero, en abordar el tema de la medicina indígena y sus diferencias con la medicina occidental en sus textos, como también en acercarse al conocimiento de las condiciones de salud en las que se encontraban las comunidades indígenas de las regiones de refugio.

A partir de sus investigaciones y reflexiones sobre la salud y la enfermedad, Aguirre Beltrán concluyó que la medicina indígena se encontraba estrechamente relacionada con otros aspectos de la cultura, por tanto, si se deseaba modificar algún aspecto de ella era necesario llevar a cabo una acción integral, que considerara a estos otros aspectos. Esta conclusión fue trascendental, en la medida que ayudó a definir la manera en que debía

planificarse e implementarse la acción médico-sanitaria para introducir cambios en los hábitos, prácticas y creencias de la población. Otro aspecto relevante de los trabajos de Aguirre Beltrán fue la explicación de la manera en que, tanto la población como los médicos tradicionales, diagnostican, conciben y/o explican las enfermedades y sus causas. Con respecto a esto, el autor identificó el importante papel que desempeña el pensamiento mágico-religioso. En cuanto al papel de los médicos tradicionales y los alópatas, Aguirre Beltrán observó la presencia de relaciones de poder en la práctica de sus oficios.

Los planteamientos de este autor sirvieron como base para estructurar la organización y el funcionamiento de la sección de Salubridad, que estaría presente en cada uno de los Centros Coordinadores. De acuerdo con Aguirre Beltrán (1964, 1986), esta sección debía estar conformada por tres tipos de personal: a) personal básico, que comprendía a los promotores bilingües; b) sub-profesional, compuesto por enfermeros que se desempeñarían como auxiliares y c) técnico especializado, en el que se incluían a los médicos profesionales, con conocimientos en antropología y medicina social, aunque en la práctica fue difícil mantener este esquema debido a la falta de personal. Para asegurarse de que los médicos, encargados de la sección de Salubridad, contaran con dichos conocimientos, el INI otorgó becas a algunos de estos profesionales con el fin de que obtuvieran su maestría en salud pública (Romano, 2003).

El primer Centro Coordinador que implementó la acción médico-sanitaria fue el CCITT de San Cristóbal de Las Casas, cuya área de operaciones cubría gran parte de los Altos de Chiapas. El INI fue la primera institución en implementar programas de salud integrales en esta zona (Freyermuth, 1991), a pesar de no ser propiamente una institución de salud. Estos programas no solo implicaban la realización de campañas de vacunación, como lo venía haciendo esporádicamente la SSA, y el otorgamiento de atención médico-asistencial, sino que involucraba la transformación de los hábitos de higiene, el mejoramiento de la alimentación y de las condiciones medioambientales, así como la desaparición de prácticas dañinas, particularmente el alcoholismo (Romano, 2003). En un inicio, para la programación de la acción médico-sanitaria en el CCITT fue necesario recurrir a las

⁶² El IMSS fue creado el 19 de enero de 1943. En el mismo año, pero en octubre se creó otra dependencia de salud, la SSA, la cual se transformó en la Secretaría de Salud en 1985.

investigaciones antropológicas y de salud, las cuales brindaron descripciones acerca de la dieta de la población indígena, las enfermedades más frecuentes y los niveles de mortalidad infantil. No obstante, después de la primera década fue abandonándose, gradualmente, la realización de estos estudios y otros estudios de corte antropológico (Lewis, 2020).

Desde este primer Centro Coordinador se comenzó a poner en práctica la propuesta de que las clínicas centrales se instalaran en la ciudad sede. En principio se contempló que la clínica sería atendida por un médico profesional y estaría compuesta por diversas instalaciones: una farmacia, cinco cuartos internos, dos consultorios, una sala de espera, un salón de actos, cuartos para los oficiales sanitarios⁶³ y cuatro baños (Romano, 2003). Los puestos médicos, por su parte, serían atendidos por los promotores de salud, quienes únicamente desarrollarían las tareas asignadas y no intentarían, por ningún motivo, sustituir el papel de los médicos, por ejemplo, al sugerir el uso de ciertos medicamentos cuyos efectos eran desconocidos por el mismo promotor. Esto con el fin de evitar que se proyectara una imagen distinta de los médicos y de la labor de la biomedicina en las comunidades indígenas, al encontrarse el promotor menos capacitado que un médico profesional (Robles, 1955).

No obstante, está marcada jerarquía entre médicos y promotores, establecida a través del discurso, fue difícil de mantener en la práctica, pues en algunos casos la población consideraba a los promotores de salud como médicos. Un ejemplo de esto es lo ocurrido en el puesto médico de Amatenango del Valle, donde algunos habitantes creían que el promotor Tomás Gómez era un médico y se referían a él como doctor, pues para ellos no existía la figura del promotor de salud (Diario de campo, noviembre 2022).

Con respecto a las acciones médico-sanitarias planteadas por el CCITT, Romano (2003) menciona que tuvieron que ser ajustadas debido a que la reacción de la población no fue la que se esperaba, como tampoco lo fue la participación de los promotores. En algunos casos

⁶³ Los oficiales sanitarios formaban parte del personal de salud. Sus tareas eran diferentes a las que realizaban los médicos. Los oficiales se encargaban de la higiene y salud pública, que incluía la vigilancia y el control de plagas, las campañas de inmunización, fomento de la higiene personal y de la construcción de obras de saneamiento. Los oficiales sanitarios comenzaron a aparecer en 1934 junto al plan de Cooperación y Coordinación de los Servicios Sanitarios y Federales y Locales de la República (Bustamante, 1988; Gudiño et al., 2013).

-como las primeras campañas de inmunización en San Juan Chamula- el CCITT tuvo que recurrir a la presión para que la población aceptara la atención médica asistencial y preventiva (Lewis, 2020)⁶⁴, esto a pesar de que el mismo instituto se había pronunciado en contra de la aplicación de la coerción en la implementación de sus programas.

La acción médico-sanitaria desarrollada por el CCITT en los Altos de Chiapas fue de gran importancia durante los primeros 20 años, siendo uno de sus principales logros la notable disminución de los casos de tifo⁶⁵. No obstante, con el surgimiento de nuevos programas de salud que, al igual que el INI, buscaban atender los problemas sanitarios de las comunidades indígenas de la región, las acciones del Centro Coordinador fueron perdiendo fuerza (Romano, 2003; Freyermuth, 1991). Lo ocurrido con el CCITT es una muestra del destino que le esperaba a muchos centros coordinadores, incluyendo el de Venustiano Carranza, cuya acción médico-sanitaria se vería gradualmente desplazada, años después, por el IMSS y sus programas.

Partiendo de lo expuesto, el objetivo del presente capítulo es dar cuenta de la acción sanitaria implementada por el Centro Coordinador Indigenista (CCI) de Venustiano Carranza desde el momento de su creación, en 1976, hasta la finalización de dicha acción, en 2003. Por tanto, el capítulo se encuentra dividida en cuatro secciones. En la primera sección se presenta el panorama general de la atención médica presente en Venustiano Carranza y municipios aledaños previo a la creación del CCI y el inicio de la acción médico-sanitaria. En el segundo apartado se aborda la acción médico-sanitaria implementada en el CCI de Venustiano Carranza desde 1976 hasta 1988, dando cuenta de sus principales actores y relacionándola con la acción aplicada en otros Centros Coordinadores. El cuarto apartado aborda los programas y acciones implementadas a partir

⁶⁴ De acuerdo con Spinelli (2016), los programas de salud tuvieron un mayor impacto en la década de los 50 debido a que las enfermedades más comunes eran las infecciosas (sarampión y tuberculosis, por ejemplo), mismas que requerían, para su control, la realización de campañas de vacunación. Con estas campañas se buscaba inmunizar a la mayor cantidad de población posible.

⁶⁵ El tifo es una enfermedad que se transmite por piojos que afecta principalmente a la población que presenta deficiencias alimenticias. Esta enfermedad atacó severamente a la población de los Altos de Chiapas durante la década de 1950 (Lewis, 2020). Agustín Romano (2003) señala que el CCITT logró erradicar, casi por completo, el tifo en los Altos de Chiapas. Sin embargo, Graciela Freyermuth (1991) menciona la presencia de brotes en esa zona en 1983, 1986, 1989, lo cual indica el resurgimiento de esta enfermedad, aunque es probable que estos brotes hayan sido menores.

de 1989, cuando ocurre el cambio de la política indigenista hasta 2003, años en que desaparece el INI y, con él, la acción médico-sanitaria. Finalmente, en el último apartado se expone el fin de la acción médico-sanitaria y los esfuerzos que surgieron después de la transformación del INI orientados a promover la medicina tradicional.

1. Caracterización de la atención médica en el área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza antes de su creación: ¿pluralismo médico?

1.1 Servicios de salud públicos

Previo a la creación del CCI existían en Venustiano Carranza y en los municipios cercanos servicios de atención médica, tanto públicos como privados (Mapa 2). En la cabecera municipal de Venustiano Carranza había un hospital a cargo de la SSA, atendido por dos doctores. Uno de los médicos era el director del hospital y el otro un pasante de medicina. Además de ellos, laboraban un velador, un oficial sanitario y tres enfermeras -aunque en 1976 el número ascendió a cinco-, una de ellas de nombre Rosario Castellanos, como la reconocida escritora chiapaneca.

El hospital fue inaugurado el 17 de junio de 1958 y su primer director fue el doctor Jesús Domínguez Herrera, quien era originario de Guanajuato, pero desde hacía varios años radicaba en Venustiano Carranza (Díaz de Salas, 1999; Morales, 1974). El hospital fue el primer centro de salud público en instalarse en dicho municipio y brindar una atención más amplia que aquella que proporcionaban los médicos particulares asentados en la cabecera municipal.

El objetivo del hospital era brindar atención preventiva y asistencial a la población de la cabecera. Sin embargo, también se atendían a enfermos procedentes de Socoltenango, Villa Las Rosas, Nicolás Ruiz y, en ocasiones, de Teopisca. La atención preventiva incluía la aplicación de vacunas triple, antivaloriosa, antipoliomielítica y, ocasionalmente, antitetánica, mientras que la asistencial estaba orientada a las consultas médicas. Es preciso

mencionar que este centro otorgaba especial atención a mujeres y niños, al ser el sector de la población con mayor índice de mortalidad⁶⁶ (Molina, 1976).

Con respecto a la asistencia de las mujeres al hospital, Marcelo Díaz de Salas (1999) menciona que, desde principios de la década de 1960, muchos hombres jóvenes llevaban a sus esposas al hospital para que atendieran el parto. Esto debido a que ellos consideraban que ahí recibían una mejor atención y les cobraban más barato, pues tan solo debían cubrir el costo de una botella de alcohol y del algodón utilizado. Esta práctica da cuenta del pluralismo médico existente en el área, el cual se manifestaba a través del uso de la medicina moderna para la atención de una etapa del embarazo, el parto y la asistencia con la partera durante todo el embarazo. En cuanto a la relación entre los médicos que laboraban en el hospital y las parteras, puede decirse que ésta no era buena, ya que los primeros tenían una percepción negativa de la práctica de las segundas. Esto no era algo fuera de lo común, ya que, por esos años, las prácticas médicas de la población local eran consideradas arcaicas y antihigiénicas.

Además del hospital, en la cabecera municipal se encontraba presente un puesto periférico del ISSSTE, en el que únicamente se atendían a los trabajadores de las dependencias federales como la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (Molina, 1976). Otra institución de salud que operaba en el municipio era el IMSS, el cual había instalado un pequeño hospital en Pujiltilic, el cual atendía principalmente a los trabajadores del ingenio azucarero que se alojaba en la localidad⁶⁷, misma que se ubica un costado de la carretera que conecta a dos importantes ciudades del estado, Tuxtla Gutiérrez y Comitán de Domínguez (Molina, 1976). La presencia de este ingenio, que proveía de empleo a muchos habitantes de las localidades cercanas, y lo bien comunicada que se encontraba esta localidad, son quizá dos los motivos por los que el IMSS decidió instalar una clínica en Pujiltilic.

⁶⁶ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socioeconómico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé*, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.

⁶⁷ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socioeconómico del área de trabajo del subcentro tzotzil de San Bartolomé*, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.

En Aguacatenango, otra localidad de Venustiano Carranza se encontraba instalado un puesto médico del INI, que era atendido por el promotor Celestino Rodríguez Entzin⁶⁸ y supervisado por el CCITT ⁶⁹(Lewis, 2020). Este puesto había sido creado en 1952 con el objetivo de brindar atención a la población del área y en 1955 fue cerrado temporalmente debido a que el promotor de salud no se encontraba lo suficientemente capacitado para brindar atención biomédica. Lo mismo ocurrió con otros puestos atendidos por el CCITT, entre ellos los de Yochib, Amatenango del Valle, Zinacantán y Chanal. El puesto de Aguacatenango y los otros puestos fueron reabiertos en 1957⁷⁰ (Köhler, 1975; Romano, 2003). En el resto de las comunidades no había centros de salud, sin embargo, cada seis meses eran visitadas por las brigadas de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo de la SSA (Molina, 1976), por lo que, en realidad, la población si tenían contacto -aunque esporádico- con la biomedicina.

En los municipios cercanos a Venustiano Carranza también se contaba con servicios médicos públicos. En Villa Las Rosas la SSA, había instalado una Casa de Salud, misma que probable estableció en la primera mitad de la década de 1970, ya que fue en este periodo que el Programa de Desarrollo Socioeconómico de los Altos de Chiapas (PRODESCH), en coordinación con la SSA y organismos internacionales, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), llevaron a cabo un proyecto de salud que involucraba la construcción de Casas de Salud⁷¹ (Romano 2003) en diversos puntos del estado.

⁶⁸ A pesar de que se realizó una búsqueda, no pudo encontrarse información sobre el promotor de Aguacatenango. Aunque una de las colaboradoras, la señora Clementina, mencionó que no era originario de la comunidad, sino que venía de fuera. De hecho, la mamá de la señora Clementina, quien convivió más de cerca con don Celestino, creía que él vivía en San Cristóbal muy cerca del mercado Castillo Tielemas. No obstante, el lugar al que se refería la señora coincide perfectamente con la ubicación del CCITT, por lo que muy probablemente se trate de éste.

⁶⁹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Salub., Subser. Informes, exp.0045, 1976, *Informe mensual de actividades de los puestos médicos en la región*.

⁷⁰ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socioeconómico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976*.

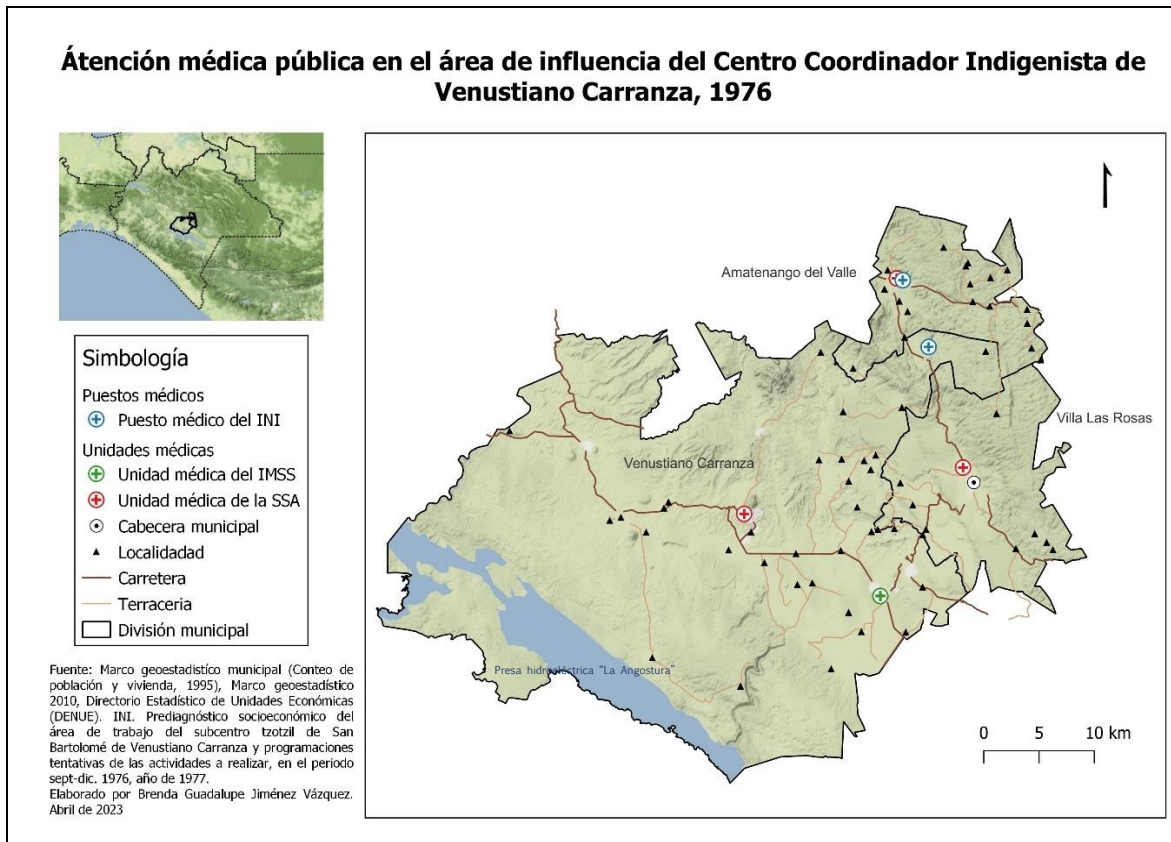
⁷¹ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socio-económico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976*.

En Amatenango del Valle se localizaba un puesto del INI, atendido por Tomás Gómez López y adscrito al CCITT⁷² (Lewis, 1991). Este puesto también fue instalado en 1952 y pasó por la misma situación que el de Aguacatenango, fue cerrado temporalmente y reabierto en 1957. Aunque esta no era la única institución que brindaba atención médica en este municipio. En el prediagnóstico socioeconómico del área de influencia del CCI de Venustiano Carranza se señala que esta dependencia era el IMSS, el cual había instalado una clínica. No obstante, en la síntesis evaluativa del PRODESCH se indica que Amatenango del Valle contaba, para 1973, con una Casa de Salud de la SSA. Dicha Casa de Salud continuaba vigente al momento de dicho prediagnóstico (Romano, 2003).

La presencia de este centro de atención médica coincide con el periodo de auge del proyecto de construcción de Casas de Salud coordinado por el PRODESCH. Es probable que González se haya equivocado y no hubiese una clínica del IMSS en Amatenango del Valle, sino una Casa de Salud de la SSA (Mapa 4).

⁷² AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Salub., Subser. Informes, exp.0044, 1976, *Informe mensual de actividades de puestos médicos*.

Mapa 4. Atención médica pública en el área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza.



Como puede observarse en el mapa, los centros de salud públicos -del INI, la SSA y el IMSS- se localizaban en las cabeceras municipales, así como en aquellas localidades que poseían cierta importancia, ya sea por la actividad económica que ahí se desarrollaba o las condiciones en que vivía la población.

A pesar de que las localidades del área se encontraban comunicadas con las cabeceras municipales y con los otros centros de salud, la mayoría se encontraba bastante alejada de los mismos, algo que sin duda dificultó su acceso a la atención médica pública. Así, quienes mayores posibilidades de tratarse con un médico tenían fue la población que habitaba las cabeceras y comunidades en donde se alojaban los centros de salud.

1.2 Servicios de salud privados

En lo que a servicios de salud privados se refiere, es preciso mencionar la presencia de tres médicos que contaban con consultorios particulares. Uno de ellos era Francisco Orantes

Peña, originario de la cabecera y quien se convertiría en presidente de Venustiano Carranza en 1968. Los otros dos médicos provenían de Tuxtla Gutiérrez y del interior de la república (Morales, 1974; Molina, 1976). Además de estos médicos, había una persona que también brindaba atención médica en la cabecera municipal, don Román.

El caso de don Román es muy particular, pues, de acuerdo con los colaboradores, él no era médico de formación; aunque trabajaba en el hospital, no brindaba atención médica en ese lugar sino en su casa, donde también tenía una pequeña farmacia. Don Román es recordado con mucho cariño y respeto por los habitantes de Venustiano Carranza, ya que, en muchas ocasiones, les brindó atención y medicamentos de manera gratuita⁷³. En el resto del municipio solamente había un médico, el cual vivía en una finca de su propiedad ubicada en la Vega del Paso (Molina, 1976).

La población de Venustiano Carranza también tenía acceso a la atención odontológica, ya que había dos consultorios particulares en la cabecera municipal. Uno de ellos era atendido desde mediados de 1960 por un odontólogo⁷⁴ originario del lugar, mientras que el otro consultorio había comenzado a operar a principios de la década de 1970. Además de la cabecera municipal, Soyatitan, una de las localidades del municipio contaba con un odontólogo pasante (Molina, 1976).

En cuanto a las farmacias, existían tres en Venustiano Carranza. Una de ellas trabajaba de manera independiente. Probablemente se trataba de la farmacia de don Román. La segunda tenía un convenio con uno de los médicos del hospital y la tercera era propiedad de otro médico que también laboraba en el hospital. Debido a que la mayoría de la población carecía de dinero, los dueños de las farmacias aceptaban que los habitantes les pagaran con bultos de maíz, el principal producto agrícola. No se cuentan con datos sobre la presencia

⁷³ Los colaboradores no recuerdan muchos datos de Don Román, si era originario o no de Venustiano Carranza y qué trabajo desempeñaba en el hospital. No obstante, fue posible conocer que él se quedó a vivir ahí en Venustiano y que uno de sus hijos estudió medicina y actualmente trabaja como médico.

⁷⁴ Los trabajos de Díaz de Salas (1999), Salovesh (1965), Verduzco (1966), Morales (1974) y Molina (1976) solo mencionan nombre de algunos médicos y enfermeras que atendían a la población de Venustiano Carranza y municipios aledaños, que son los que se mencionan en el texto. El resto solo aparece como “un médico”, “una enfermera”, “un odontólogo”, sin que se proporcione más información sobre su identidad. Las entrevistas tampoco brindaron información sobre estos médicos, pero sí permitieron corroborar y complementar la información contenida en los trabajos citados al inicio.

de farmacias en Villa Las Rosas, sin embargo, de Amatenango sí puede señalarse la ausencia de estos comercios.

June Nash (1975) realizó un trabajo de investigación sobre las transformaciones en la organización social, económica, así como en las relaciones sociales y las prácticas curativas en Amatenango del Valle. Esta autora describe la presencia de dos tipos de curanderos, los más experimentados y los más jóvenes, quienes realizaban cinco actividades curativas: tomar el pulso, extraer el mal, llamar el alma, medicinar la casa, la oración y medicinar la enfermedad. De acuerdo con lo descrito por Nash, es en esta última actividad que los curanderos recurrían al uso de medicinas de patente. Los medicamentos empleados por ellos se adquirían en un pueblo cercano, probablemente Teopisca pues en ese momento era el pueblo más cercano a Amatenango y uno de los más grandes también.

La presencia de centros de salud públicos y privados en los municipios de Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y Villa Las Rosas desde inicios de la década de 1970, da cuenta de dos aspectos. El primero es la existencia del pluralismo médico, ya que la población recurría tanto a la atención biomédica como a los curanderos para aliviar sus enfermedades. Cabe mencionar que éstos últimos -los curanderos- también empleaban ciertos recursos y prácticas biomédicas para tratar a los enfermos, particularmente medicamentos de venta libre y la aplicación de inyecciones. El segundo aspecto que es necesario destacar es la relación -y en algunos casos la confianza- que la población había establecido con el personal médico. Uno de los ejemplos más claros es el de don Román.

2. La acción médico-sanitaria en el área de influencia del CCI de Venustiano Carranza durante 1976 -1988

2.1 La creación de un programa de actividades para la sección de salubridad: una visión a futuro

La acción médico-sanitaria que había de implementarse en el área de operaciones del Centro Coordinador de Venustiano Carranza comenzó a diseñarse a partir del prediagnóstico realizado por Carlos Alberto González Ruiz en agosto de 1976, un mes antes de que el CCI entrara en funciones. Este prediagnóstico, en esencia, partía del

planteamiento de Aguirre Beltrán acerca de que cada región poseía necesidades distintas y, por tanto, había que adaptar la acción indigenista a estas necesidades. Lo mismo ocurría con los programas sanitarios, ya que si bien todos los CCI debían contar con una sección de Salud las acciones implementadas tenían que responder a las problemáticas y carencias de las comunidades. Para conocer estas necesidades y problemáticas Aguirre Beltrán proponía la realización de estudios etnográficos y antropológicos.

En el caso del CCI de Venustiano Carranza no se realizaron estos estudios, sino que, como se mencionó, se llevó a cabo un prediagnóstico, resultado de la corta estancia de Carlos Alberto González en la zona. Durante su breve paso por los municipios que conformarían el área de operaciones del CCI González identificó tres situaciones que describió como problemas de salubridad, aunque en realidad se trata de problemas sociosanitarios ya que no hace referencia a las enfermedades que aquejaban a la población sino a las carencias en cuanto a los servicios de salud. Estos problemas eran: 1) la escasa cantidad de unidades médicas públicas en la región⁷⁵, 2) la discriminación de la que era víctima la población indígena, particularmente en la cabecera municipal de Venustiano Carranza, en donde se encontraba el hospital de la SSA, y 3) la falta de obras de introducción de agua potable.

Como se mencionó en el apartado anterior, en efecto, existían pocos centros de salud públicos para cubrir un área tan vasta, por lo que la población recurría a los médicos particulares, aunque esto generaba un gasto que muchos no podían cubrir fácilmente. Con respecto a la discriminación, es muy probable que esta sí estuviese presente, aunque la mayoría de los colaboradores -con excepción de una persona- no lo mencionan nada al respecto. Doña Petra, es la única de las colaboradoras que refiere directamente a esta situación. Ella -que para 1976 tenía alrededor de 9 años- menciona que cuando su familia iba a en busca de atención al centro de salud de Venustiano Carranza, el personal médico le daba preferencia a la población ladina, atendiéndoles primero incluso cuando no les correspondía. En cuanto a las obras de introducción de agua potable, es preciso mencionar que en los tres municipios se encontraban distribuidos una notable cantidad de manantiales,

⁷⁵ En el prediagnóstico no se tomaron en consideración los consultorios médicos particulares que se encontraban dispersos en los municipios de Venustiano Carranza, Villa Las Rosas y Amatenango del Valle.

la mayoría de los cuales se encontraban descubiertos y, por ende, expuestos a distintos agentes contaminantes.

Además de estas problemáticas y necesidades no se recolectaron más datos sobre los sistemas de atención de la salud en los municipios que constituían el área de operaciones del CCI. Tampoco se incluyeron datos sobre la morbi-mortalidad de la población o las enfermedades más frecuentes. Por tanto, valdría la pena preguntarnos ¿De qué manera esta ausencia de datos influyó en la programación de la acción médico-sanitaria?

Las descripciones de González aportan muy pocos datos sobre las problemáticas sociosanitarias, lo que resulta un obstáculo para conocer la complejidad de estas y sobre todo para plantear acciones que contribuya a atenderlas. Por esta razón, la programación tentativa de las acciones y programas a desarrollarse en la sección de Salubridad para el periodo 1976-1977 sólo contempló actividades relacionadas con la construcción/reparación de infraestructura médica básica y adquisición de material sanitario. En este punto no se programaron acciones preventivas, como la realización de campañas de vacunación, pláticas comunitarias y atención materno-infantil ya que se esperaba que el médico efectuara su propio diagnóstico y definiera las acciones a implementar.

No obstante, González propuso ciertas tareas que la sección de Salubridad del CCI debía cumplir en el primer cuatrimestre, septiembre-diciembre de 1976. Estas eran el acondicionamiento y mejoramiento de las unidades médicas de Aguacatenango y Amatenango del Valle, mismas que pasarían a estar bajo la supervisión del CCI de Venustiano Carranza una vez que este comenzara a operar. Asimismo, se planteó la creación de una clínica central en la cabecera municipal y sede del nuevo centro. Para ello se solicitó a las Oficinas Centrales un presupuesto total de 55 mil pesos.

Para el año de 1977, González contempló la realización de tres acciones: 1. Implementación del programa de Medicina Asistencial en Venustiano Carranza, Aguacatenango, Paraíso del Grijalva, Amatenango del Valle y Villa Las Rosas, aunque en la programación no se especificaba de qué manera se llevaría a cabo este programa o qué actividades incluiría. 2. Saneamiento del Medio, que incluía la construcción de dos

unidades médicas, una en Villa Las Rosas y otra en Paraíso del Grijalva. 3. Adquisición de equipo y material quirúrgico para los dos puestos médicos existentes, los dos que se planeaba crear y la clínica central. Además, se solicitó la contratación de un enfermero y un promotor de salud para atender la clínica.

Las acciones y programas sanitarios que se plantearon implementar en el CCI de Venustiano Carranza, si bien atendían algunas de las problemáticas sociosanitarias - especialmente la falta de centros de salud- no contemplaron los recortes presupuestales, la reacción de la población a los mismos o el contexto sociopolítico de las localidades. En ese sentido, la primera programación de actividades de la sección de salubridad más allá de proyectar la realización de acciones concretas a corto y mediano plazo expuso algunas metas y aspiraciones a largo plazo, muchas de las cuales -como se verá más adelante- no llegaron a cumplirse.

2.2 Las primeras acciones de la sección de Salubridad: de las palabras a los hechos

Un mes después de que el CCI de Venustiano Carranza comenzó a operar, la sección de Salubridad también entró en funciones. El objetivo principal de esta sección era impulsar programas integrales de salud en coordinación con otras dependencias que operaban en el área, particularmente la SSA (Vázquez, 1986). Es preciso mencionar que al momento en que esta sección inició sus actividades carecía de médico, el cual, además de atender la clínica, se desempeñaría como encargado de la sección. No obstante, contaba con una auxiliar de enfermería, Rosa de la Torre de la Torre, quien había realizado un curso sobre salud en el CCITT de San Cristóbal de Las Casas⁷⁶ y contaba con conocimientos básicos. Rosa se encontraba adscrita a la Dirección de Educación Extraescolar en el Medio Indígena, la cual mantenía una relación muy cercana con el CCI⁷⁷.

⁷⁶ AHCCITT, Secc. Dir. Ser. Salubridad, exp. 002, 1976/1, *Oficio no. 125/76, 16 de diciembre de 1976, Oficio dirigido al director del Centro C. Profesor Agustín Romano Delgado.*

⁷⁷ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socio-económico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.*

Considerando la programación efectuada por González, una de las primeras acciones que realizó la sección de Salubridad fue la adaptación de uno de los cuartos de las oficinas del centro para la instalación de una pequeña y austera clínica. Debido a la carencia de personal para atender dicha clínica, se envió a Alonso Díaz Gómez, quien era originario de Villa Las Rosas, a capacitarse en el puesto médico de Chamula.

A diferencia de lo que ocurrió con los primeros promotores de salud de Los Altos de Chiapas, quienes tuvieron que ser capacitados en temas de salud para poder atender los puestos médicos (Lewis, 2020), no fue necesario que Díaz tomara un curso de salud, pues ya poseía conocimientos básicos en enfermería, aunque carecía de experiencia en la atención a pacientes. Se esperaba que a su regreso Díaz pudiera desempeñarse como promotor sanitario en uno de los puestos médicos que planeaban crearse al año siguiente⁷⁸. Es probable que ese puesto médico fuera el de Villa Las Rosas, ya que Alonso Díaz era originario de ese municipio y, si se toman en cuenta las bases de la acción médico-sanitaria, y de la política indigenista en general, lo que buscaba el INI era que quienes atendían los puestos fueran miembros de la comunidad.

La clínica comenzó a operar de manera oficial el 18 de octubre de 1976, siendo atendida por la promotora Rosa de la Torre, quien, ante la ausencia de médico, asumió la tarea de atender a los pacientes, además de solicitar materiales para efectuar curaciones. Para poder desempeñar sus actividades como promotora, Rosa tuvo que solicitar algunos materiales al Centro Coordinador de San Cristóbal de las Casas, en calidad de préstamo -este y la ausencia de médico, por ejemplo, fueron aspectos que no se tomaron en consideración durante la programación de las actividades-. Entre los materiales que solicitó Rosa se encontraban: mertiolate, algodón, polvo de sulfatiazol, agujas para anestesia e hilos para sutura⁷⁹, todos ellos empleados en la realización de curaciones menores.

El hecho de que la promotora no haya solicitado medicamentos posiblemente se encuentra relacionado con que no contaba con los conocimientos suficientes para diagnosticar

⁷⁸ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socio-económico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976.*

enfermedades y recetar medicamentos, ya que solamente tomó un curso de salud y no poseía conocimientos previos en enfermería. Rosa atendió a la población hasta la llegada del doctor José Luis Montiel Álvarez, el 03 de noviembre de 1976. Durante este periodo es muy probable que las actividades de la sección de Salubridad hayan sido muy limitadas y la afluencia de personas fuera baja.

Una vez que el médico llegó al Centro Coordinador, la atención en la clínica central se amplió y las actividades de la sección de salubridad se diversificaron gradualmente. Además de la clínica, se iniciaron a brindar consultas médicas en el albergue de Villa Las Rosas, uno de los muchos que estaban a cargo del INI. En la clínica central se atendió a un total de 58 personas -una cantidad muy baja si se considera que la población en la cabecera municipal ascendía a 26, 584 habitantes-.

La mayoría de estos pacientes eran indígenas de la región, quienes asistían para tratar la diarrea, que se presentaba principalmente en niños de 0 a 6 años, así como la avitaminosis⁸⁰, padecimiento recurrente entre los adultos mayores de 40 años y otros malestares menos frecuentes. La diarrea es un padecimiento causado principalmente por la ingesta de agua o alimentos contaminados, por tanto, para que este padecimiento se presentara de manera recurrente, las fuentes de agua debieron estar expuestas a diversos contaminantes o bien durante la preparación de alimentos no se tomaban en cuenta algunas medidas para mantenerlos en buen estado. Aunque lo más probable es que ocurriera lo segundo, pues la zona se caracteriza por la abundante presencia de manantiales y ojos de agua. A esto debe sumarse lo que menciona Lewis (2020) para el caso de Los Altos de Chiapas -pero que también puede ser aplicado a esta área-, esto es que la población concebía a los manantiales como un tipo de portal para los dioses, un medio por el cual comunicarse con ellos, razón por la cual no los cubrían con ningún tipo de material, pues ello implicaría dejarlos atrapados ahí. En Venustiano Carranza, se observa una situación

⁷⁹ AHCCITT, Secc. Dir. Ser. Salubridad, exp. 0090, 1976/10, *Pedido de medicamentos, 22 de octubre de 1976*.

⁸⁰ Enfermedad ocasionada por la deficiencia de vitaminas A, D, E y K, así como de tiamina, riboflavina y ácido ascórbico. Existen diferentes tipos de avitaminosis. La presencia de esta enfermedad ya era una preocupación desde 1947 (Wilson, 1947).

similar, ya que existe una conexión entre los manantiales y lo sobrenatural, al ser estos considerados espacios sagrados.

En el albergue, por su parte, solamente se atendieron a cuatro niños, de los cuales tres padecían enfermedades de la piel y uno bronquitis⁸¹. Esto da cuenta de que, a diferencia de lo ocurrido tempranamente en Los Altos de Chiapas, la población indígena de la zona consideraba a la atención biomédica como una alternativa para aliviar sus enfermedades.

Sumado a ello, es preciso señalar que los habitantes de Venustiano Carranza y las localidades aledañas parecen haber comenzado a incorporar otras prácticas biomédicas de prevención, diagnóstico y atención. En la clínica central, además de las consultas médicas se brindaron otros servicios, entre los que destacan la canalización de enfermos, la aplicación de inyecciones y la realización de pláticas individuales durante la consulta. En menor medida se efectuaron análisis clínicos, exámenes prenatales, curaciones y frotis sanguíneo⁸².

Con el objetivo de elaborar una programación basada en las necesidades reales de la población que habitaba el área de operaciones del centro, el doctor Montiel inició un recorrido por las comunidades que formaban parte de su espacio de trabajo. El punto de partida del recorrido fue el municipio de Amatenango del Valle, en el cual se visitaron las comunidades de Buenavista, La Merced, Marcos E. Becerra (perteneciente al municipio de Venustiano Carranza), San José de la Reforma, Guadalupe, San José Yojolúm, Cruz Quemada, La Grandeza, San Vicente y Unión Buenavista. Dichas comunidades no opusieron resistencia a la visita del médico, lo que señala un importante cambio hacia la aceptación de la biomedicina, si se considera el escenario de la década de 1950 en el mismo municipio.

Además del recorrido, el médico se presentó en la reunión del Consejo Técnico del CCITT para decidir el destino de los puestos médicos de Amatenango del Valle y Aguacatenango,

⁸¹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir. Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *1er informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 3 de noviembre al 30 de noviembre de 1976*, por José Luis Montiel Alvares, Jefe de la sección de Salubridad.

⁸² El frotis sanguíneo es un tipo de análisis de sangre que se hace con la finalidad de identificar alteraciones en los glóbulos rojos y blancos (Torrens, 2015).

los cuales, en teoría, pasarían a ser atendidos por el CCI de Venustiano Carranza después de su creación, lo cual tampoco había ocurrido. En dicha reunión se acordó que los puestos quedarían a cargo del nuevo CCI a partir de enero de 1977, mientras tanto seguirían siendo supervisados y rindiendo informes a la sección de salubridad del Centro Coordinador de San Cristóbal de Las Casas⁸³.

Hasta diciembre de 1976, de las dos actividades que González había programado para la sección de salubridad solamente una se cumplió, la apertura de la clínica central. El acondicionamiento de los puestos médicos de Amatenango y Aguacatenango, por su parte, no había podido realizarse debido a que éstos aún no estaban a cargo del CCI de Venustiano Carranza, una situación que tampoco fue provista por González. La clínica fue bien recibida por la población, la cual fue acudiendo en mayor número con el paso de los meses. En diciembre, el último mes del año, se atendieron a más de 80 pacientes, entre ellas a varias embarazadas que acudieron a realizarse exámenes prenatales.

Al parecer, se había comenzado a correr la noticia de que una nueva clínica había abierto sus puertas, pues no hay indicios de que el Centro haya empleado alguna estrategia de difusión, como visitas a los hogares o anuncios mediante altavoz, aunque una de las colaboradoras mencionó que, en alguna ocasión, anunciaron a través de los altavoces qué días llegaría el médico a brindar consultas. No obstante, esto no pudo ser corroborado por otras colaboradoras. La mayoría parece haberse enterado a través de sus familiares, conocidos o, bien, cuando acudieron al CCI por otros asuntos (reuniones con el director del centro, solicitud de apoyos en el área agropecuaria, entre otros).

El aumento de las consultas médicas permitió conocer un poco más de las enfermedades que aquejaba a la población -aunque se excluyeron a aquellas que no tenían cabida dentro de la epidemiología-, pues además de la avitaminosis y la diarrea se atendieron pacientes con ascariasis⁸⁴ y ascabiasis (sarna), en su mayoría niños de entre 5 y 14 años. Sumadas a

⁸³ AHCCITT, Secc. Dir, Ser. Dir, Subser. Informes, Exp. 0073 (16), 1976/5, *Acta de la sesión del consejo técnico del centro coordinador tzeltal-tzotzil, correspondiente a noviembre de 1976.*

⁸⁴ Enfermedad ocasionada por el helminto *Ascaris lumbricoides*. La ascariasis ocasiona agotamiento de nutrientes y obstrucción debido a la presencia de gusanos en el intestino (Lamberton y Jourdan, 2015).

estas dos enfermedades se identificaron casos de tuberculosis pulmonar⁸⁵ que despertaron las alarmas, al ser este un padecimiento contagioso. El médico atribuyó la presencia de estos casos a las deficiencias en las campañas de vacunación⁸⁶ realizadas por las instituciones de salud⁸⁷. Si bien, la clínica central se encontraba brindando consultas y atención médica amplia, existían algunos inconvenientes para su correcto funcionamiento, uno de los principales era la escasez de medicamentos, ya que las oficinas centrales aún no abastecían al CCI, por tanto, el responsable de la sección de salubridad se veía en la necesidad de solicitar instrumentos y demás materiales al Centro Coordinador de San Cristóbal de las Casas.

Al año siguiente, precisamente en el mes de enero, los puestos médicos de Aguacatenango y Amatenango del Valle comenzaron a ser administrados formalmente por el CCI de Venustiano Carranza -aunque la transferencia se había realizado el 8 de diciembre, en la práctica, esta no se concretó hasta enero-. Además del cambio de adscripción, no se realizaron otras modificaciones. Los promotores continuaron siendo Celestino Entzin, para el caso de Aguacatenango, y Tomás López, para el de Amatenango⁸⁸. Con los dos puestos médicos bajo su administración, la sección de Salubridad de CCI comenzó a consolidar su acción médico-sanitaria, a través de la atención médica en la clínica y puestos médicos, así como la visita a albergues y comunidades.

No obstante, mientras esto ocurría, los programas sanitarios del CCITT de San Cristóbal de Las Casas se iban debilitando a causa del surgimiento de otros que desarrollaban las mismas tareas que el CCITT en la zona de los Altos de Chiapas: proveer atención médica

⁸⁵ Los informes de la sección de Salubridad no mencionan el número de casos identificados.

⁸⁶ La vacuna empleada para la prevención de la tuberculosis pulmonar era Bacillus Calmette-Guerin, mejor conocida como BCG.

⁸⁷ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socio-económico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp.0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1o. De diciembre al 29 de diciembre de 1976*.

⁸⁸ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir. Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *1er informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 3 de noviembre al 30 de noviembre de 1976*, por José Luis Montiel Alvares, Jefe de la sección de Salubridad; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *2do Informe de las actividades realizadas por el centro coordinador indigenista tzotzil de San Bartolomé en el periodo comprendido del 15 de octubre de 1976 al 1o de enero de 1977*.

asistencial y preventiva. Uno de los programas que mayor cantidad de presupuesto recibió y que acaparó gran parte de la acción médico-sanitaria del CCITT fue el programa de Salud Rural, que no sólo incluía la construcción de Casas de Salud, sino también la capacitación de agentes de salud, los cuales tenían las mismas características y funciones que los promotores de salud del INI. Este programa, coordinado por el PRODESCH y la SSA, instaló Casas de Salud en las comunidades que ya contaban con un puesto médico del INI. A esto debe sumarse el hecho de que, desde 1970, las campañas de inmunización en los Altos de Chiapas habían quedado a cargo de la SSA (Romano, 2003).

Los programas que las instituciones de salud (SSA e IMSS) implementaron en los Altos de Chiapas, sin duda estuvieron precedidos por la acción médico-sanitaria del INI, el cual constituyó, en cierta forma, la punta de lanza para las demás instituciones y sus programas de salud. En el caso de Venustiano Carranza no se dispone de datos que indiquen la implementación de otros programas de salud, además de los que comenzó a desarrollar el INI a través del CCI.

Sin embargo, lo que sí puede mencionarse con certeza es que algunas de las actividades programadas por González sólo quedaron en propuestas que no alcanzaron a concretarse, en buena medida por la falta de presupuesto. Un ejemplo de estas actividades es la construcción de unidades médicas en Paraíso del Grijalva y Villa Las Rosas. En la práctica, la acción médico-sanitaria durante los primeros años fue un tanto distinta a lo que se había planteado antes de que el CCI entrara en funciones, ya que se emprendieron acciones que no se tenían programadas, como las visitas a los albergues escolares y a las comunidades.

Cabe destacar que el CCI de Venustiano Carranza no fue el único en donde lo que se planeó no coincidió con los hechos, casos similares ocurrieron en los Centros Coordinadores de la Tarahumara y San Cristóbal de Las Casas, aunque no sólo en la sección de Salubridad, sino en el resto de las secciones.

2.3 Los programas de salud en el CCI y sus actores (1976-2003): una acción médico-sanitaria cambiante

Salubridad, salud y bienestar: cambio y permanencia del eje sanitario

El CCI de Venustiano Carranza fue creado en un momento de transición hacia una política indigenista con orientación participativa, tal como se expuso en el capítulo anterior, motivo por el cual su estructura sufrió cambios casi de inmediato. En su primer año, el CCI estaba integrado por una sección de Salubridad, encargada de la implementación de los programas de salud, así como de la gestión de recursos e infraestructura sanitaria. No obstante, esta sección desapareció a finales de la década de 1970 en todos los CCI y, en su lugar, se creó la sección Mínimos del Bienestar Social.

Esta nueva sección tenía a su cargo el área de educación, vivienda, alimentación y salud, sin embargo, a la que mayor atención se le prestaba en el CCI de Venustiano Carranza era a la última. La importancia de esta área era tal que se crearon dos nuevos subprogramas: odontología asistencial y odontología preventiva. Con respecto a los objetivos de la sección de Mínimos de Bienestar debe destacarse que los más importantes eran extender los servicios de salud para cubrir las necesidades de la población y establecer una coordinación con otras dependencias (INI, 1976).

Pese a la desaparición de la sección de Salubridad y a la priorización de ciertos objetivos, no hubo cambios sustanciales en la acción médico-sanitaria, ya que se continuaron implementando los mismos programas (medicina preventiva, asistencial y saneamiento del medio). Asimismo, se continuó promoviendo la aplicación de una acción integral, puesto que se tenía claro que, para que la población gozara de una buena salud, no bastaba con brindar atención médico-asistencial, sino que era necesario atender otros aspectos como la higiene, la vivienda y las condiciones medioambientales, además de fomentar el hábito de la prevención.

El año de 1989 trajo consigo otros cambios en la política indigenista, al reorientarse sus objetivos hacia la transferencia de funciones del Estado a las comunidades indígenas (Warman, 1989). Estas transformaciones nuevamente causaron modificaciones en la estructura de los Centros Coordinadores. Desaparecieron algunas secciones y, en su lugar,

se crearon otras. Tal es el caso de la sección Mínimos del Bienestar que pasó a ser la de Salud y Bienestar Social. Esta nueva sección comenzó a trabajar bajo el esquema de Atención Primaria a la Salud⁸⁹ (APS). Bajo este esquema se buscaba incorporar a la población en el diseño de las acciones y programas de salud. Además del programa de Atención Primaria a la Salud, se implementaron otros programas en los CCI, estos son: Saneamiento Ambiental, Atención de Tercer Nivel y Medicina Tradicional⁹⁰.

Es importante mencionar que la ausencia de los informes de la sección de Salud y Bienestar correspondientes a este periodo impide conocer algunos detalles de las actividades realizadas a lo largo de este periodo. No obstante, la entrevista efectuada al último médico que laboró en el centro, José Luis Hernández, así como a un miembro del personal técnico, Julio César Macal, y a la población en general, han permitido construir un panorama de la acción médico-sanitaria implementada entre 1989 y 2003.

Aunque la sección encargada de la acción médico-sanitaria en los Centros Coordinadores modificó su nombre en más de dos ocasiones, en esencia, siguió siendo la misma, ya que su propósito no sufrió transformaciones radicales, aunque sus actividades se fueron reduciendo con el paso de los años.

De la misma manera que la sección de salubridad se transformó, así también lo hicieron los programas de salud. Desde 1977, la acción médico-sanitaria del Centro Coordinador estuvo conformada por una serie de programas, algunos de ellos desaparecieron con el paso del tiempo y a raíz de las transformaciones en la política indigenista, mientras que otros se fueron incorporando. En ciertos casos, los programas sólo modificaron su nombre y aspectos relacionados con las reglas de operación, pero siguieron realizando las mismas acciones y/o manteniendo sus objetivos⁹¹.

⁸⁹ La APS es una estrategia de salud que no se centra únicamente en la atención médica de las enfermedades, sino que está orientada a la prevención de las enfermedades en todos los sectores de la población (Julio et al., 2011).

⁹⁰ INPI, FD 07/0481, *Acciones indigenistas en Chiapas, 1990-1993*, 1994.

⁹¹ Aunque no se cuenta con la programación anual de la sección de Salubridad del CCI de 1978 a 2003, existen documentos, entre ellos las programaciones y diagnósticos estatales, que permiten conocer los programas y/o acciones que se realizaron en este periodo, así como algunos cambios significativos en la acción sanitaria.

A continuación, se presentan los programas que se implementaron en el CCI de Venustiano Carranza:

Medicina Preventiva

De acuerdo con las Bases para la acción de 1976, las actividades propuestas para este programa eran la realización de campañas de vacunación, vigilancia y control epidemiológico de dos enfermedades, el paludismo y el tifo, así como la promoción de campañas antialcohólicas. El CCI de Venustiano Carranza cumplió casi todas estas actividades, excepto con la última. Esto quizá se deba a que en el área de operaciones del centro el alcoholismo no era un problema tan grave como en algunas comunidades de los Altos de Chiapas, región donde se producía el pox⁹².

En el área de operaciones del Centro Coordinador se realizaron varias campañas de vacunación; algunas de ellas tuvieron lugar en Amatenango del Valle⁹³. Estas campañas se efectuaban en coordinación con la SSA o el IMSS, ya que el INI, al no ser una institución de salud, propiamente, no contaba con las vacunas, por lo que era necesario solicitarlas a alguna de estas dos instituciones. Mediante la inmunización se pretendía prevenir algunas de las enfermedades más frecuentes en el área de operaciones. Para evitar que la población contrajera sarampión se aplicaron dosis de la vacuna antisarampionosa, mientras que para la prevención del tétanos y la tosferina se empleó el biológico DPT. Otras vacunas que se aplicaron a la población fueron Sabin, para la poliomielitis; BGC contra la tuberculosis y toxoide tetánico para el tétanos. Hasta 1985 el personal sanitario del CCI aplicó 2,100 dosis de estas vacunas en su área de influencia⁹⁴ (Vázquez, 1986).

⁹² Bebida hecha a base de fermentado y destilado de maíz producida en comunidades tzotziles y tzeltales de los Altos de Chiapas, entre ellos San Juan Cancuc. En su estudio sobre *Monopolio del aguardiente y el alcoholismo en los Altos de Chiapas*, Julio de la Fuente (2009) puso de manifiesto que el alcoholismo afectaba todos los aspectos de la vida social de la población indígena. Por tanto, concluía que para reducir el consumo de alcohol era necesario tomar en cuenta todos los aspectos que afectaba, así como contar con la participación de distintos organismos y del Estado.

⁹³ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp.0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1o. De diciembre al 29 de diciembre de 1976*.

⁹⁴ INPI, FD 52/0021, *Pre-diagnóstico socio-económico del área de trabajo del sub centro tzotzil de San Bartolomé, de V. Carranza y programaciones tentativas de las actividades a realizar, en el periodo de sept. - dic. 1976, año de 1977, 1976*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp.0094, 1977/5, *Informe*

Los colaboradores mencionaron que de vez en cuando los médicos llegaban a las escuelas a realizar la vacunación o, bien, iban de casa en casa aplicando los biológicos. No obstante, la mayoría de ellos no recuerda la participación del INI en estas campañas de vacunación, ya que no podían identificar de qué institución provenían. De lo único que tenían certeza era que quienes llevaban a cabo la vacunación eran médicos y enfermeras. Por otro lado, algunos colaboradores afirmaron que en la clínica central sí se realizaban vacunaciones. Por lo general, el médico les avisaba en qué fechas llegarían las vacunas para que ellos pudieran acudir y/o llevar a sus hijos.

La vacunación como una forma de prevención de las enfermedades parece haber sido un problema ya su superado o bien una práctica que generaba menos desconfianza entre la población. A diferencia de lo que describen William Holland (1963), Ulrich Köhler (1975) y Agustín Romano (2003, 2004), tanto en Amatenango como en Aguacatenango la población no mostró la misma resistencia que durante las campañas de vacunación de 1950, por el contrario, algunas colaboradoras señalaron que sus madres y ellas mismas eran quienes, de manera voluntaria, llevaban a sus hijos a las vacunaciones, porque consideraban que una vacuna, lejos de ser perjudicial hacía un bien a la salud. Este hecho refleja un cambio, no sólo en las creencias y la percepción de las prácticas biomédicas, sino también en la manera en que las madres de familia prevenían ciertas enfermedades, es decir en la forma de cuidar la salud en el espacio doméstico, al incorporar nuevos saberes y recursos.

En cuanto a las actividades de vigilancia y control epidemiológico del paludismo y el tifo, no hay certeza de que la sección Mínimos del Bienestar haya efectuado un seguimiento puntual de estas enfermedades. No obstante, sí parece haberse llevado a cabo una vigilancia cuando el número de pacientes diagnosticados con ciertas enfermedades aumentaba, con el fin de identificar el surgimiento de brotes epidémicos y realizar acciones para su contención. Este tipo de vigilancia se realizó cuando comenzaron a surgir diversos casos de tuberculosis pulmonar en Venustiano Carranza y Amatenango del Valle, a inicios de 1977; también cuando se detectaron casos de sarampión en Aguacatenango y Amatenango y ante la sospecha de casos de tosferina en la comunidad de San Luisito. El médico de la sección,

de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 10 de diciembre al 29 de diciembre de 1976.

José Luis Montiel, se trasladó a esta última comunidad para efectuar una revisión de los enfermos⁹⁵.

Como en el caso de las vacunas, al parecer tampoco hubo resistencia de la población a estas visitas de monitoreo y control de las enfermedades por parte del médico, lo cual puede denotar un cambio en la percepción del personal sanitario, pues hacía apenas dos décadas la población de Los Altos de Chiapas prefería ocultarse ante la presencia de médicos y enfermeras en sus hogares (Lewis, 2020).

Con las transformaciones de la política indigenista a finales de la década de 1980, el programa de Medicina Preventiva desapareció, esto, se debe a que las campañas de vacunación quedaron completamente a cargo de las instituciones de salud, como el IMSS y la SSA, que eran las que contaban con el personal y los recursos para llevarlas a cabo.

De la Medicina Asistencial a la Atención Primaria de la Salud

Además de la Medicina Preventiva, otro de los primeros programas en implementarse en el CCI de Venustiano Carranza fue el de Medicina Asistencial. Las actividades planteadas para realizarse en el marco de dicho programa incluían la instalación de puestos médicos y la realización de campañas de salud en coordinación con médicos y enfermeras de las instituciones de salud que tenían presencia en la región, así como el traslado de pacientes a hospitales generales con el apoyo de dependencias municipales, estatales y federales, y la extensión de los programas de solidaridad social, entre los que se encontraban los de orientación familiar y atención materno-infantil.

En el CCI, la principal actividad de este programa eran las consultas generales y la asistencia materno-infantil, mismas que se llevaban a cabo en la clínica central y los puestos médicos de Amatenango y Aguacatenango. La asistencia materno-infantil incluía la realización de exámenes prenatales, pláticas a mujeres embarazadas y madres de recién

⁹⁵ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp.0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1o. De diciembre al 29 de diciembre de 1976*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido entre el 3 de enero al 31 de enero de 1977*.

nacidos⁹⁶. Otras actividades que también se realizaban en los puestos médicos y en la clínica eran cirugías menores (las cuales eran muy poco frecuentes); curaciones, por lo que cada consultorio debía contar con gasas, telas adhesivas, benzal concentrado⁹⁷, cortes de cabello -generalmente se llevaban a cabo en los puestos médicos para evitar la propagación de los piojos y debido a que en las comunidades cercanas se carecía de personas que se dedicaran a esta actividad-, aplicación de inyecciones y frotis sanguíneos. En los puestos médicos también se gestionaba el traslado de pacientes a hospitales regionales y se brindaban pláticas individuales y familiares sobre temas de alimentación e higiene⁹⁸.

Un aspecto que llama la atención de los informes de la clínica central y los puestos médicos es que indican el monto recuperado a través de las consultas médicas. Este monto recuperado, que podía alcanzar la cantidad de 300 pesos mensuales, correspondía al pago de cuotas de recuperación que la población atendida realizaba cada vez que recibía atención médica⁹⁹. Romano (2003) y Lewis (2020) también señalan el cobro de estas cuotas “simbólicas” en los puestos médicos del CCITT, las cuales servían para cubrir el costo de los medicamentos y, por lo general, no excedían los cinco pesos. De acuerdo con el segundo autor, estas cuotas comenzaron a cobrarse debido a que se consideraba que la población indígena no valoraba los servicios cuando estos eran gratuitos.

No obstante, ninguno de los colaboradores mencionó el pago de estas cuotas; todos afirmaron que las consultas y el medicamento que les proporcionaban eran gratuitos. Una posible explicación a esto es que el cobro de la cuota de recuperación se haya mantenido tan solo unos años después de la creación del CCI, aunque no es posible determinar cuántos debido a la ausencia de informes, y que después haya desaparecido. Sumado a ello, es

⁹⁶ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp.0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1º de diciembre al 29 de diciembre de 1976*.

⁹⁷ Benzal concentrado es una solución que se emplea para desinfectar material quirúrgico.

⁹⁸ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas de la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1º de febrero al 28 de febrero de 1977*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de la sección de salubridad correspondiente al mes de marzo*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de actividades de la sección de salubridad correspondiente al mes de abril de 1977*.

⁹⁹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido entre el 3 de enero al 31 de enero de 1977*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas de la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1º de febrero al 28 de febrero de 1977*.

probable también que los colaboradores comenzaran a asistir a las consultas médicas cuando el cobro de esta cuota había sido eliminado.

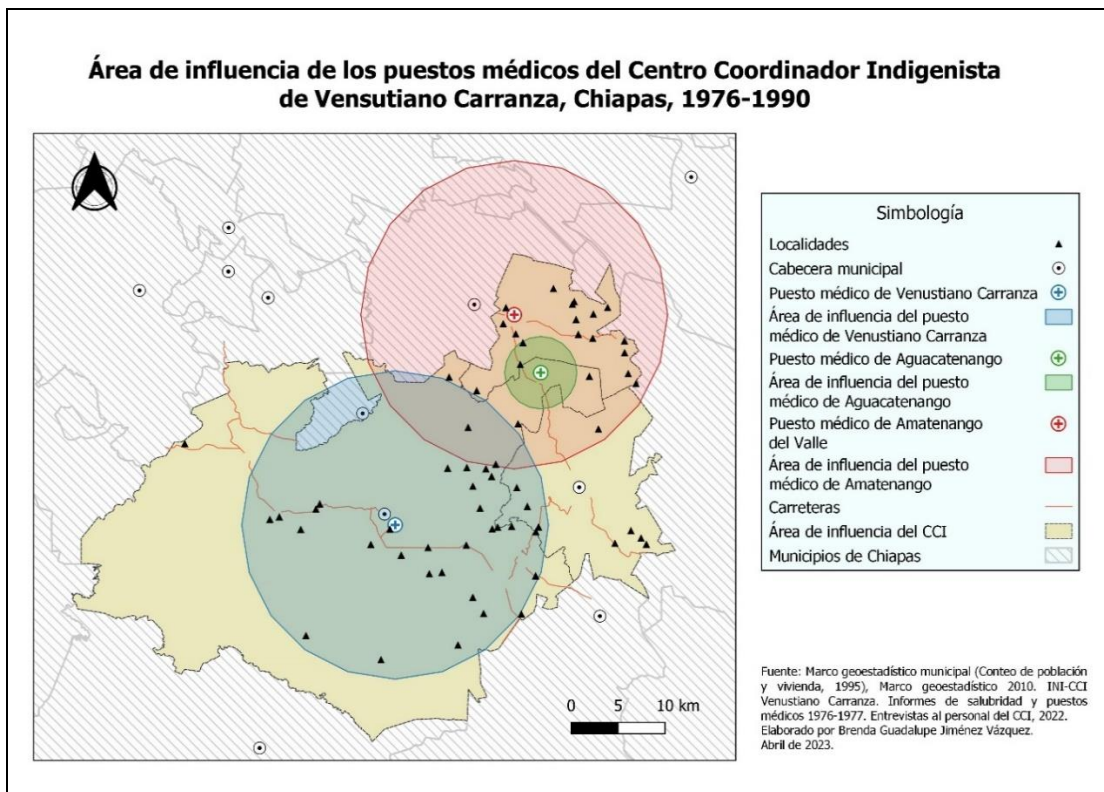
Además de las consultas en los puestos médicos, también se brindaba atención médico-asistencial a domicilio y en los albergues escolares administrados por el INI a través de visitas periódicas efectuadas por el médico y jefe de la sección Mínimos del Bienestar. Las consultas a domicilio solían ser ocasionales y es probable que ocurrieran en casos donde el enfermo se encontraba muy grave y no podía asistir por su propio pie hasta la clínica. En cuanto a la atención brindada en los albergues, el médico se encargaba de diagnosticar a los alumnos y en ocasiones también atendía a algunos padres de familia. Los promotores también realizaban visitas a algunas escuelas cercanas a los puestos médicos, aunque en los informes no se especifica si tales visitas tenían el propósito de brindar atención médica o, más bien, de llevar a cabo pláticas relacionadas con los temas de salud, higiene y alimentación. Sumado a ello, se procuraba dotar a los albergues de botiquines con lo básico para la atención de emergencias¹⁰⁰.

Todas las acciones de diagnóstico y tratamiento de enfermedades realizadas en albergues, puestos médicos y la clínica central beneficiaban no sólo a los habitantes de las cabeceras y las localidades en las que estos se ubicaban sino también a los de comunidades vecinas, quienes acudían a dichos espacios para recibir atención médica. El área de influencia de la clínica central se extendía a las localidades de San Francisco, Flores Magón, Guadalupe Victoria, Laja Tendida, Paraíso del Grijalva y, en menor medida las comunidades que se localizaban en el municipio de Villa Las Rosas. El puesto médico de Amatenango del Valle, por su parte atendía a las localidades circundantes, por ejemplo, Unión Buenavista, San Vicente, Marcos E. Becerra, así la población procedente de los municipios de Chanal, Teopisca, Villa Las Rosas y Comitán. En cuanto al puesto de Aguacatenango, a este

¹⁰⁰ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir. Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *1er informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 3 de noviembre al 30 de noviembre de 1976*, por José Luis Montiel Alvares, Jefe de la sección de Salubridad; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido entre el 3 de enero al 31 de enero de 1977*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas de la sección de salubridad en el periodo comprendido del 1° de febrero al 28 de febrero de 1977*.

acudían principalmente habitantes de la misma localidad y, ocasionalmente, de la colonia Guadalupe, Teopisca y Villa Las Rosas¹⁰¹ (Mapa 5).

Mapa 5. Áreas de influencia de los puestos médicos del CCI de Venustiano Carranza.



El puesto médico de Aguacatenango, aunque poseía una menor área de influencia, atendía a más pacientes que el de Amatenango del Valle. La mayoría de los habitantes que recibían atención en dicho puesto eran originarios de la misma localidad, con excepción de unos pocos que provenían de alguna localidad cercana. Un factor que probablemente contribuyó a esta diferencia es el hecho de que Amatenango se encontraba muy cerca de dos cabeceras municipales más grandes y con más servicios, Teopisca y San Cristóbal de las Casas.

Además de los puestos médicos existentes, durante algún tiempo se discutió la posibilidad de abrir uno más en la comunidad de Cruz Quemada, municipio de Amatenango del Valle.

¹⁰¹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser., Salub, Subser. Informes, exp.0024 (No.28), 1976/2, *Informe de actividades de la sección de salubridad-correspondiente al mes de julio de 1976*; ¹⁰¹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser., Salub, Subser. Informes, exp.0029 (No.69), 1976/2, *Informe de actividades de la sección de salubridad correspondiente al mes de diciembre de clínica central y 21 puestos médicos*.

El argumento bajo el cual se justificaba su creación era que beneficiaría a un mayor número de habitantes y en efecto, lo haría, ya que dicha localidad se ubica lejos de la cabecera municipal y cerca de muchas localidades y rancherías en las que el CCI estaba implementando alguna acción. Sin embargo, a la apertura de este puesto se opusieron el presidente municipal de Amatenango y la población, ya que la instalación de este conduciría al cierre del que ya existían en la cabecera municipal, algo con lo que no se encontraban de acuerdo.

Pese a esta oposición, se continuó evaluando la creación de este nuevo puesto. No obstante, ningún nuevo puesto fue creado. Esto quizá se debió a la falta de presupuesto, pues la apertura de un nuevo puesto implicaba una importante inversión económica. Otro factor pudo haber sido el surgimiento de otros programas de salud, como el IMSS-COPLAMAR, que, al contar con mayor presupuesto, logró instalar unidades médicas en varias comunidades que carecían de servicios de salud públicos.

Hasta 1985 los promotores y el médico realizaron 2,000 curaciones, aplicaron 500 inyecciones, realizaron 47 pláticas en 10 albergues (cada albergue con 50 alumnos, aproximadamente) e impartieron 250 pláticas comunitarias (Vázquez, 1986). Estas dan cuenta de los avances del Centro Coordinador en su área de operaciones a menos de diez años de haber sido creado, así como de la participación de la población en el programa.

Al final de la década de los 80, con la modificación de los lineamientos de la política indigenista, el programa de Medicina Asistencial se transformó en el de Atención Primaria a la salud (APS)¹⁰². Este más que allá de ser un programa, funcionó como un esquema de trabajo que retomó algunos elementos de la Declaración de Alma Ata (1978). En el INI, la APS, priorizó el aspecto asistencial -brindar consultas médico-odontológicas, canalizar a pacientes, apoyar las campañas de vacunación entre otros¹⁰³-, aunque también consideraba importante la realización de actividades de investigación y capacitación del personal sanitario, aspectos que habían quedado olvidados en el programa anterior.

¹⁰² La APS es una estrategia de salud que no se centra únicamente en la atención médica de las enfermedades, sino que está orientada a la prevención de las enfermedades en todos los sectores de la población (Julio et al., 2011).

¹⁰³ INPI, FD 07/0481, *Acciones indigenistas en Chiapas, 1990-1993*, 1994.

Las actividades de investigación que la APS incluían el desarrollo de estudios sobre el crecimiento y el estado nutricional de la población. Si bien, no hay certeza de que en el CCI de Venustiano Carranza se hayan realizado investigaciones, si se llevaba un control del peso, talla y estatura de la población infantil que asistía a las consultas y de la que se encontraba en los albergues escolares. Asimismo, el personal del centro repartía despensas en la residencia de Madronal, una localidad perteneciente a Amatenango del Valle, con el fin de contribuir al mejoramiento de la alimentación de la población.

Las actividades de capacitación, por su parte, contemplaban la implementación de cursos de educación para la salud y salud pública. Dichos cursos estaban dirigidos para el personal médico, particularmente los jefes de la sección de Salud y Bienestar Social y eran impartidos en la Coordinadora Estatal o bien en el CCITT por académicos con experiencia en temas de salud, como la doctora en antropología Graciela Freyermuth del CIESAS-SURESTE¹⁰⁴ e instituciones educativas, particularmente la Escuela Nacional de Salud Pública¹⁰⁵.

El objetivo principal de los temas impartidos era informar a los médicos sobre los objetivos, metas y estrategias de la APS, esto con el fin de que ellos pudieran elaborar un plan de trabajo que se ajustara a dichos objetivos. Asimismo, a partir de estos cursos se buscaba romper con una práctica que no sólo el personal del INI había venido desarrollando desde hacía varias décadas, sino todas las instituciones de salud, esta era la exclusión de la participación de las comunidades en el diseño de acciones orientadas a la atención de sus enfermedades.

Si bien la mayoría del personal sanitario del INI, entre ellos el médico José Luis y su predecesor, asistió y participó en los cursos, ello no garantizó que se realizaran los esfuerzos suficientes para cambiar el esquema de trabajo en las comunidades, pues desde este programa se siguió priorizando el asistencialismo en detrimento de la participación comunitaria. Esto puede observarse con claridad en el CCI de Venustiano Carranza donde las consultas médico-odontológicas continuaron siendo las principales actividades de la

¹⁰⁴ Freyermuth Enciso, Graciela (2022), mensaje de correo electrónico a Brenda Guadalupe Jiménez Vázquez, 14 de diciembre.

sección. Es preciso aclarar que, a diferencia del programa de Medicina Asistencial, la Atención Primaria a la Salud contemplaba la atención odontológica como parte de sus actividades.

En la consulta general, el médico se limitaba a diagnosticar a los pacientes y recetarles medicamentos, pues ya no se realizaban pláticas ni tampoco se ofrecía el servicio de curaciones, mientras que, en la odontológica se realizaban extracciones dentales y recetaban analgésicos para aliviar el dolor¹⁰⁶. Las consultas médicas se realizaban dos veces a la semana -lunes y viernes- en la clínica central y se atendía de manera gratuita a un máximo de 20 personas por día. Con el fin de apoyar a los médicos con el registro y organización de las consultas, el centro contrató a una trabajadora social llamada María del Carmen Martínez, originaria de Venustiano Carranza. Ella se encargaba de entregar las fichas con turnos a las personas que asistían a las consultas médicas para llevar un orden y control de estas. La trabajadora social se mantuvo trabajando en el centro hasta 2003.

Además de las consultas en la clínica central, a inicios de los 90 también se realizaban visitas a las comunidades. Cabe mencionar que, para este momento, el área de influencia del CCI se había expandido y con ella su acción médico-sanitaria. Al respecto, Julio César, uno de los técnicos del CCI¹⁰⁷, mencionó lo siguiente:

JC: Nos íbamos a campañas por semana o por dos, tres días. Nos instalábamos en una comunidad, lo anunciábamos o le decíamos a la autoridad - ¿sabe usted qué?, tal día-. Como que le hacíamos un calendario. Y nos íbamos a Aguacatenango, nos íbamos a Amatenango, sí, allá nos esperaba la gente. De ahí ya nos íbamos para la zona de la Frailesca¹⁰⁸. Donde tuvimos mucha presencia con la medicina de odontología y medicina general humana es en La Concordia, en la zona de la Finca Custepeques. Ahí está la mayor parte de indígenas, en la zona sierra. Entonces llegábamos hasta donde llegaba el carro, era este, Nuevo Paraíso, El Negrito le llamábamos nosotros porque ahí era

¹⁰⁵ AHCCITT, *Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Varios, exp. 0842, 1989-1992/63, Borradores expedientes técnicos 1993.*

¹⁰⁶ Los medicamentos que tanto el médico como el odontólogo solían brindar a sus pacientes eran enviados desde la Coordinadora Estatal y no desde Oficinas Centrales directamente.

¹⁰⁷ Actualmente enlace del programa Fomento de la Economía Indígena y Medio Ambiente (FEYMA).

¹⁰⁸ La Frailesca es una de las 14 regiones socioeconómicas de Chiapas. Los municipios que integran esta región son Ángel Albino Corzo, La Concordia, Villa Corzo, Villaflores, Montecristo de Guerrero y el Parral. Los tres primeros municipios formaban parte del área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza durante la década de 1990 (Véase capítulo 2, sección *Área de influencia*).

donde pasaba el río, ya no podíamos pasar. Entonces ya la gente bajaba ahí. Alla si nos íbamos toda la semana porque se lleva más de cinco horas para llegar, nada más de aquí para allá.

BG: ¿Y asistía mucha gente?

JC: sí porque igual...en el caso de odontología, inclusive hasta tenían. Como estaba bien equipado el médico, tenía su sillón de extracción móvil, lo subíamos en la camioneta.

En ocasiones eran las comunidades quiénes solicitaban al personal del INI -incluyendo a los médicos- que los visitaran, lo que da cuenta de la aceptación y la confianza que la población tenía no sólo hacía los médicos, sino también hacía la institución. En casos como este, el personal debía contactarse con las autoridades correspondientes para informarles de su llegada y tomar algunos acuerdos respecto a la misma. Otro espacio en el cual se continuaba brindando atención médica era en los albergues escolares. En ellos se desparasitaba a los estudiantes y se atendía a aquellos que presentaban alguna enfermedad.

Las actividades que se realizaban en el marco del programa de Medicina Asistencial y bajo el esquema de Atención Primaria a la Salud difieren en varios aspectos. Si bien la primera se centraba en la atención médica general, brindaba una mayor cantidad de servicios a la población, como la realización de análisis sanguíneos, además de ocuparse de temas relacionados con la alimentación y la higiene. La segunda, por su parte, brindaba menos servicios de atención médica, aunque consideraba otros aspectos, particularmente la capacitación de los médicos. Sumado a ello, es preciso mencionar que el programa de Medicina Asistencial sólo contemplaba la atención médica y no la odontológica, a diferencia de la APS, que incluía a los dos tipos de atención. De este último parece haberse llevado un seguimiento un poco más riguroso, pues mes con mes los jefes de sección debían enviar informes con los avances físicos y financieros, indicando, además, que metas se alcanzaron en ese periodo, por ejemplo, reuniones con autoridades, acuerdos comunitarios, entre otras.

La transformación del programa de Medicina Asistencial refleja los cambios en la política indigenista y sus intentos por abandonar el perfil asistencialista e incorporar la participación de las comunidades, aunque estos intentos poco se vieron reflejados en la práctica ya que la acción médico-sanitaria continuó siendo asistencialista. Dicha transformación también da

cuenta de cómo el INI fue reduciendo sus acciones en el área de salud, manteniendo sólo las más básicas, las consultas médica-odontológicas y las visitas a los albergues.

El esquema de Atención Primaria a la Salud del INI llegó a su fin en el 2003, con el surgimiento de una nueva institución -la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas- que desempeñaría la labor indigenista del instituto, aunque bajo otros rubros.

Del mejoramiento al saneamiento del medio: dos programas orientados a transformar las condiciones de vida de la población

Mejoramiento del Medio fue el tercer programa implementado por la sección de salubridad del CCI de Venustiano Carranza al año siguiente de su creación. Las actividades de este programa propuestas en las Bases para la acción de 1976 incluían brindar servicios de mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental -lo que implicaba la construcción de obras de drenaje y almacenamiento de agua- así como el control de plagas, la letrización, la educación higiénica, el control sanitario de alimentos y de la contaminación.

Tomando en cuenta esta amplia variedad, en el CCI se llevaron a cabo proyectos orientados a mejorar la calidad de vida a través de la construcción de obras de almacenamiento de agua. Uno de los primeros proyectos en realizarse fue la construcción de un tanque de agua en el barrio Cashaltic de Villa Las Rosas. La construcción de este tanque contó con el apoyo de la población, la cual brindó la mano de obra, mientras que el centro aportó los materiales para su construcción¹⁰⁹. Otro proyecto que se realizó en el marco de este programa fue la construcción de ollas de agua¹¹⁰ en las comunidades de San Antonio

¹⁰⁹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir. Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *1er informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 3 de noviembre al 30 de noviembre de 1976*, por José Luis Montiel Alvares, Jefe de la sección de Salubridad; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido entre el 3 de enero al 31 de enero de 1977*.

¹¹⁰ Las ollas de agua son depresiones en el terreno que permiten la captación y almacenamiento de agua de lluvia. Para la construcción de estas ollas se utilizan telas plásticas que se adaptan a la forma de la olla.

Buenavista, San Gregorio, Rancho San José, Unión Buenavista, todas ubicadas en el municipio de Amatenango del Valle¹¹¹.

A ello debe sumarse la construcción de un tanque de agua en el barrio de Pixoltón “sombbrero de piedra” en Venustiano Carranza (Figura 2). El tanque se construyó muy cerca del manantial El Chorro, el cual se localiza a escasos metros de las oficinas del CCI (María de la Luz, 63 años, barrio San Joaquín, Venustiano Carranza; Diario de campo, noviembre 2022). Esta obra benefició a las familias que habitaban dicho barrio -que, para 1970-80 no eran muchas-, puesto que previo a la construcción el agua para consumo humano y para otras actividades se extraía directamente del manantial. Actualmente, algunas familias continúan beneficiándose de este tanque ya que las mangueras que conducen el agua hasta sus hogares se encuentran conectadas en él (Bartolomé, 75 años, Pixoltón, Venustiano Carranza).

Además de la construcción de obras de almacenamiento de agua, no hay información sobre la realización de otros proyectos, como la instalación de letrinas, una acción ampliamente implementada en el CCI de San Cristóbal de Las Casas en la década de 1950 y 1960. Tampoco hay indicios del control de plagas o el control sanitario de los alimentos. En cuanto a la educación higiénica es más probable que se haya impartido en los albergues, durante las visitas del personal médico-sanitario.

¹¹¹ AHCCITT, Secc. Dir, Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0029, 1988/4, *Reunión de coordinación de representantes indígenas al comité consultivo estatal*.

Figura 2. Tanque de agua construido por el CCITT en Pixoltón.



Fotografía tomada por Brenda Jiménez, trabajo de campo 2022.

Al igual que otros programas, a finales de la década de 1980, el programa modificó su nombre al de Saneamiento del Medio. Este nuevo programa contemplaba la realización de actividades de investigación, como el levantamiento de cédulas informativas para la identificación de enfermedades y carencia de agua; de capacitación, entre ellas cursos para el aprovechamiento del agua potable y de lluvia¹¹²; de saneamiento, especialmente la limpieza de letrinas en los albergues escolares; así como de construcción y mantenimiento de obras de agua potable.

No obstante, la sección de Salud y Bienestar del CCI se limitó a llevar un registro de las enfermedades, ofrecer pláticas sobre higiene personal y buena alimentación en los albergues, así como a apoyar en la construcción o mantenimiento de obras de agua potable, como lo había hecho años atrás. Sin embargo, en estas ocasiones el CCI solo aportaba una parte de los gastos y participaba cuando los proyectos eran bipartita o tripartita, es decir cuándo dos o tres instituciones más aportaban recursos. Estas instituciones podían ser la presidencia municipal y alguna otra secretaría, por ejemplo, la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos. El médico José Luis menciona que, en la década de los 90, había

¹¹² INPI, FD 07/0481, *Acciones indigenistas en Chiapas, 1990-1993*, 1994.

otras dependencias que se hacían cargo de la construcción de drenajes y otras obras de saneamiento.

Aunque ambos programas tenían como objetivo cambiar ciertas condiciones de vida de la población y mejorar su entorno, cada uno planteaba diferentes formas de realizarlo. El programa de Mejoramiento del Medio buscaba hacerlo mediante la dotación de obras y servicios y la educación, mientras que el de Saneamiento pretendía, en parte, capacitar a la población para que ella misma mejorara sus condiciones y calidad de vida. Sin embargo, en la práctica ambos programas estuvieron más enfocados en construir o apoyar en la construcción de obras de almacenamiento de agua y brindar pláticas sobre higiene personal en los albergues, por lo que no hubo diferencias notables.

Odontología Asistencial

De acuerdo con Vázquez (1986), a partir de 1979 el INI comenzó a implementar el programa de Atención Legal-Dental en los Centros Coordinadores, el cual dio origen a la sección de Odontología en el CCI de Venustiano Carranza. En ese mismo año, en los informes del CCITT de San Cristóbal de Las Casas comienza a aparecer la sección de Odontología, lo que indica que la creación de esta nueva sección no solamente ocurrió en el CCI de Venustiano Carranza.

El objetivo de esta sección era disminuir el índice de las enfermedades bucodentales en todos los sectores de la población y, al mismo tiempo, fomentar y establecer niveles de prevención dental en la población infantil. En el marco de este programa se contrató a un odontólogo, quien realizó encuestas que permitieron identificar un alto nivel de problemas bucodentales en la población en general, los cuales eran ocasionados por el alto consumo de carbohidratos, la desnutrición y la falta de higiene bucal. La atención bucodental se brindó tanto en la clínica central del CCI, como en los albergues escolares del INI.

En la clínica central se promovió el cepillado dental, la profilaxis, la aplicación de flúor y la realización de obturaciones y exodoncias. Hasta 1985, en la clínica se efectuaron 2,000 consultas y 500 tratamientos. Mientras que, en los albergues escolares, además de las consultas y revisión odontológica se efectuaron pláticas, durante las cuales se empleaban rotafolios y dibujos para hacerlas más atractivas a los niños con el fin de fomentar hábitos

de higiene bucal. En estos espacios se atendió a un total de 500 niños hasta 1985 (Vázquez, 1986). A pesar de los diversos tratamientos dentales que se realizaban, el consultorio del odontólogo se encontraba equipado con lo más básico; un compresor, una silla, pinzas de extracción, esterilizador y otras herramientas de trabajo (Julio César, 53 años, técnico del CCI de Venustiano Carranza).

El programa de odontología fue bastante bien recibido por la población. Varios habitantes de la cabecera municipal de Venustiano Carranza y las localidades de San Francisco y Paraíso del Grijalva señalan haber asistido a la clínica del INI para tratar un dolor de muelas o solicitar su extracción. De todos los colaboradores que dijeron haberse atendido con el odontólogo, sólo una de ellas mencionó que no le realizaron adecuadamente la extracción de una muela, el resto mostró estar satisfecho con el resultado. Cabe destacar que este programa no fue novedoso y, al igual que muchas otras acciones, no fue introducida por el INI, pues ya existían unos pocos odontólogos en el área, aunque este tipo de atención era menos accesible que la médica -consultas generales- debido a los costos y a la limitada cantidad de profesionales.

Los lineamientos para la programación del área de salud, publicados y difundidos en 1982 por el INI, indican que tanto Odontología Asistencial como Odontología Preventiva eran dos programas distintos -aunque no menciona las actividades que realizaba cada uno- integrados en el área de salud. Esto da cuenta de que el programa de Odontología fue perdiendo su independencia y gradualmente pasó a formar parte de otro programa de salud, el de Atención Primaria a la Salud, para ser más precisa. La atención odontológica que se brindaba en el marco de este programa fue abordada previamente, en la sección De la Medicina Asistencial a la Atención Primaria de la Salud.

Educación para la Salud

Hacia 1981 se creó, en el CCI de Venustiano Carranza, un equipo de teatro guiñol, conformado por Jesús Gómez Espinosa, Rufina López Gómez e Irma Gómez Vázquez¹¹³.

¹¹³ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0183, 1981/12, *Subdirección de antropología social, Enero 14, 1981, Circular dirigida a los C.C. Jefes de departamento de las coordinadoras estatales y encargados de la sección de mínimos del bienestar social.*

Este equipo, al parecer, operó solamente durante ese año, pues no hay más registro de él en los archivos; además, se desconoce si tuvo éxito o no y qué clase de actividades desarrollaba o en dónde las llevaba a cabo. Ninguno de los informantes recuerda haber escuchado sobre la existencia de un teatro guiñol o recuerda alguna función con títeres hecha por el INI¹¹⁴.

No obstante, Julio César, uno de los técnicos del CCI que inició a laborar en 1991, recuerda que cuando llegó al centro y fue nombrado responsable del almacén, se encontró con “pedacitos de ropita”, en mal estado de conservación y algunas fotografías de las visitas que el personal realizaba a las comunidades con el teatro guiñol. Julio decidió guardar todo lo que encontró en un archivero. No obstante, en el 2020, cuando decidieron sacar algunas cosas que aún se encontraban en el almacén no encontró nada de lo que había guardado. Él cree que algunas fotos fueron enviadas a las Oficinas Centrales en México, pero también menciona que puede ser posible que otras fotografías hayan sido robadas¹¹⁵ o destruidas por las polillas.

En décadas pasadas, el teatro guiñol había demostrado ser una herramienta muy útil para persuadir a las personas de aceptar la acción indigenista del INI, participar en las campañas de vacunación y dedetización, así como introducir nuevos hábitos de higiene personal en las comunidades del área de influencia del CCITT, al acercarse a su forma de vida e incluso emplear su propia lengua para transmitir sus mensajes (Lewis, 2020). El teatro Petul, como fue llamado en los Altos de Chiapas, tuvo su mayor auge durante la década de 1960.

El programa de educación para la salud pretendía emplear el teatro de la misma manera que lo había hecho el CCITT en los 60, para fomentar prácticas y hábitos de higiene en la población, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP). Sin embargo,

¹¹⁴ No fue posible entrevistar a ninguna de las personas que integraron este equipo, ya que uno de ellos, Jesús, falleció, Rufina vive en Tuxtla Gutiérrez y de Irma no se sabe nada. No obstante, don Miguel, quien fue chofer del CCI desde 1976 hasta 2003 menciona que Jesús y Rufina se convirtieron en maestros.

¹¹⁵ Julio César y algunos vecinos del Centro Coordinador mencionan que se han producido al menos dos casos de robo al almacén del centro. En este almacén se encontraban documentos y otros materiales que habían servido en el centro para algunas actividades. Dos factores que han contribuido a que los robos se hayan llevado a cabo de manera exitosa son lo deshabitado que se encuentran los alrededores y la poca iluminación del espacio en donde se localiza el Centro Coordinador. Esto último a causa de la gran cantidad de árboles que circundan las oficinas.

parece no haber tenido éxito en esta misión. Particularmente en el CCI de Venustiano Carranza, al parecer no hubo muchos esfuerzos por consolidar un teatro guiñol, pues, de acuerdo con don Miguel, quienes formaron parte del equipo de teatro se convirtieron en maestros y cambiaron su adscripción a la Secretaría de Educación Pública o bien, se mudaron a otro municipio. Existen muchas incógnitas en torno la implementación de este programa en el CCI, por ejemplo, qué otras actividades comprendían. Desafortunadamente, la ausencia de documentos y de los actores principales -el equipo del teatro guiñol- no permite conocer más del mismo.

¿Paralelas o separadas? El programa de Medicinas Paralelas y Medicina Tradicional

En 1981 la Coordinadora Estatal del INI en el estado de Chiapas planteó la creación de un proyecto de medicina tradicional denominado “Medicinas Paralelas”, el cual se implementaría en todos los CCI de Chiapas. Este proyecto contemplaba el desarrollo de un trabajo conjunto entre médicos tradicionales y el personal sanitario de cada Centro Coordinador. Para ellos se consideraba indispensable el acercamiento y el fomento de la participación de hueseros, hierberos, parteras, pulsadores y curanderos, quienes, hasta ese momento, habían sido excluidos de los programas de salud.

Además de fomentar el trabajo colaborativo, entre dos sistemas de salud distintos, el proyecto pretendía realizar una investigación sobre las plantas medicinales y sus propiedades curativas -incluyendo estudios fitoquímicos-, así como la creación de jardines botánicos en cada uno de los CCI. Este proyecto constituía el primer acercamiento del INI con la medicina tradicional y, especialmente con el uso de plantas medicinales¹¹⁶. Sumado a ello, es preciso mencionar que el planteamiento de este proyecto se encontraba en sintonía con uno de los objetivos del área de salud enunciado en las Bases para la acción de 1976, incorporar a los médicos tradicionales a los programas de salud bajo la supervisión del personal sanitario de los CCI.

La Coordinadora Estatal tomó como referencia, para la formulación del proyecto, las acciones que el CCITT venía realizando en medicina tradicional desde finales de la década

de los 70, mismas que habían sido impulsadas por el doctor Gonzalo Solís Cervantes (Page, 2002). Otro evento que también influyó en la formulación de este proyecto fue la Declaración de Alma Ata, realizada en septiembre de 1978 en la antigua Unión Soviética¹¹⁷. En dicha declaración se hacía un llamado a las autoridades de todos los países a promover la atención de la salud e incorporar la participación de otros sistemas, incluyendo la medicina tradicional, con el fin de atender las necesidades de la población.

En cuanto a las acciones que ya se llevaban a cabo en el CCITT en el ámbito de la medicina tradicional, deben mencionarse la recolección de especies medicinales en el municipio de Larráinzar y la realización del primer encuentro de médicos indígenas tradicionales en la comunidad de Chilil, Huixtán¹¹⁸. La Coordinadora intentó extender estas acciones a todos los CCI. Desafortunadamente el proyecto no fue aprobado, por lo que al año siguiente se lanzó nuevamente la propuesta. En esta nueva propuesta se hizo énfasis en la cantidad de beneficiados y en el análisis farmacológico 120 plantas medicinales provenientes de todos los CCI del Chiapas¹¹⁹.

El proyecto fue aprobado y, de acuerdo con Page (2002), se extendió a todos los CCI de Chiapas. No obstante, esto no fue así, ya que en el caso de Venustiano Carranza el programa no se implementó. Pese a que no hay una razón que explique esta situación, es posible que la ausencia su ausencia esté relacionada con la falta de presupuesto, o bien, al hecho de que en el Centro Coordinador no fue posible diseñar y/o coordinar las acciones necesarias para su implementación.

A diferencia del CCI de Venustiano Carranza, otros Centros Coordinadores continuaron realizando acciones encaminadas a la incorporación de la medicina tradicional. Tal es el caso del CCITT, donde se continuó impulsando la participación de los médicos

¹¹⁶ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Programas, exp. 0182, 1981/12, *Proyecto: Diseño de medicinas paralelas*.

¹¹⁷ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Programas, exp. 0182, 1981/12, *Proyecto: Diseño de medicinas paralelas*.

¹¹⁸ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0093, 1978/5, *Actas constitutivas de consejo técnico; INPI FD 09/1597, Consejo Nacional de Médicos Tradicionales, A.C. Proyecto de apoyo para el desarrollo de la medicina indígena tradicional*.

¹¹⁹ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Programas, exp. 0066 1982/5, *Apoyo al diseño de sistemas de medicinas paralelas*.

tradicionales. En 1984, con el apoyo del CCITT, se creó la Organización de Médicos Indígenas Tradicionales de Chiapas (OMIECH), mientras que a nivel nacional se realizaron varios encuentros de médicos indígenas en el país¹²⁰. Por esos años, en el CCI de Venustiano Carranza se despertó un interés por la medicina tradicional, planteándose la realización de un estudio sobre la misma al identificarse la presencia de plantas medicinales y prácticas médicas tradicionales. Sin embargo, dicho estudio parece no haberse llevado a cabo, como tampoco otras acciones vinculadas a la medicina tradicional, al menos hasta principios de la década de 1990. Durante este tiempo, los médicos tradicionales y el personal sanitario del CCI continuaron efectuando sus actividades de manera separada. Desafortunadamente no es posible conocer cuál era la percepción que los médicos del INI tenían sobre los curanderos, las parteras y los hueseros.

El programa de Medicinas Paralelas se transformó, a finales de los 80, en el de Medicina Tradicional. Éste era uno de los programas prioritarios del INI, debido a su compatibilidad con el objetivo de la política indigenista de este momento (neindigenismo); la transferencia de funciones a las comunidades indígenas. A diferencia del anterior, el nuevo programa ya no sólo buscaba fomentar la participación de los médicos tradicionales, sino pretendía que las comunidades se hicieran cargo de atender su salud mediante la gestión y el aprovechamiento de los conocimientos y recursos propios.

El programa de Medicina Tradicional se extendió y consolidó a lo largo de los 90 e inicios de los 2000, aunque no en todos los Centros Coordinadores. El éxito de dicho programa en algunos centros estuvo relacionado con el surgimiento de organizaciones de médicos tradicionales que el INI había apoyado desde finales de los 80's. El caso del CCITT es uno de los más representativos. Este centro había establecido un convenio con la OMIECH, organización que además era asesorada por un miembro del CCITT, el doctor Rafael Alarcón Lavín¹²¹.

Otro ejemplo por destacar es el del Centro Coordinador de Ocosingo, el cual brindaba apoyo a la Organización de Médicos Tradicionales de Bumilhá, Oxchuc, la cual le hacía

¹²⁰ INPI FD 09/1597, *Consejo Nacional de Médicos Tradicionales, A.C. Proyecto de apoyo para el desarrollo de la medicina indígena tradicional.*

llegar informes mensuales sobre sus actividades (Romano, 1992). Una de las razones por las cuales los médicos tradicionales habían aceptado trabajar con estos centros es que notaban diferencias entre las acciones implementadas por el INI para promover la medicina tradicional y las emprendidas por otras instituciones de salud (Entrevista realizada por la doctora Beatriz Angoitia, 1992).

El CCI de Venustiano Carranza, que no se había relacionado previamente con los médicos tradicionales, reconoció la presencia de estos en su área de operaciones y buscó fomentar su participación en encuentros, talleres e intercambios de experiencias con médicos de otras comunidades, así como a través de capacitaciones/ talleres organizados y coordinados por el CCI. Esto, sin duda, constituyó uno de los primeros pasos hacia el reconocimiento y aceptación del pluralismo médico en la región, o al menos eso podría pensarse.

Pero ¿cómo y de quiénes surgió la iniciativa de emprender estas acciones? Las versiones sobre este hecho divergen considerablemente. No obstante, coinciden en que el programa de medicina tradicional fue impulsado por el personal del Centro Coordinador y no tanto por los médicos tradicionales. Julio César, miembro del personal del CCI que auxilió a muchas secciones durante los 90, menciona que a través de los diagnósticos que el INI solicitaba frecuentemente comenzaron a identificar la presencia de médicos tradicionales que estaban interesados en que el Estado reconociera sus conocimientos y su práctica médica. Concretamente, Julio señala que:

“A raíz de esos diagnósticos nos fuimos dando cuenta de eso [el interés de los médicos tradicionales por el reconocimiento de su práctica] y empezamos a organizarlos, empezamos a hacer un plan de trabajo y nos empezamos a involucrar. Empezamos a a tomarlos en cuenta, a decirles, - ¿saben qué?, a través del, de nosotros hay un programa que puede fortalecerlos y podemos echarles a andar sus conocimientos, sus habilidades- “.

El chofer del INI, don Miguel de la Torre, tiene otra versión de cómo surgió este programa. Él menciona que se creó por iniciativa del agrónomo del centro, Gabriel Nava Mora, quien no era originario de Chiapas, al parecer provenía de Michoacán o de la Ciudad de México. De acuerdo con don Miguel, Gabriel fue quien elaboró el proyecto, ya que los médicos no

¹²¹ Freyermuth Enciso, Graciela (2022), mensaje de correo electrónico a Brenda Guadalupe Jiménez Vázquez,

mostraban mucho interés, mientras que a él sí le interesaba el tema de la medicina tradicional y de las plantas medicinales, a pesar de que no era su área de trabajo.

“Pe el ingeniero empezó a ver -ustedes deben de ver todo eso. Yo yo voy, lo voy a armar, pero ustedes lo van este a darle seguimiento-. [...] Ese era lo que tenía el ingeniero ese Gabriel Nava Mora, le echaba ganas de justificar¹²². [Él] se metió en esas cosas pue, medicina tradicional. No le correspondía, no es su perfil, pero el empezó a despertar esa. Por eso salió esos programitas entonces”.

Don Miguel también señala que una vez que el ingeniero estructuró el proyecto de medicina tradicional lo dejó en manos de los médicos del Centro Coordinador y no intervino más.

Una tercera versión es la de uno de los médicos tradicionales, don Guillermo, quien es partero, pulsador y huesero en Venustiano Carranza desde hace 49 años (actualmente tiene 68 años). De acuerdo con él, fueron los médicos los que lo buscaron y le pidieron que buscara a otros médicos tradicionales:

“ellos [el médico y el odontólogo del centro] eran los que, los que nos conectaron porque yo, yo me hablaban, yo no vivía yo aquí, vivía yo allá arriba con mi esposa. Entonces allá me, allá me bajaron a habla los dos doctores. [...] -Ydai-, me dicen, -cons, consiga parteras-, -allá- le digo, -ahí sta una que es mi comadre-, - ¿cómo se llama? -, -Oralia Villatoro, -ah bueno-. Bueno, ahí me lo vengo a conquistá”.

Doña Oralia, partera originaria de Venustiano Carranza, apoya la versión de don Guillermo:

BG: ¿y cómo fue que la contactaron los del INI?

OR: Este, un químico [se refiere al médico general], todavía vive, parece y el Antonio [el odontólogo del centro] que vino junto con el químico, que vino a a a mirar dónde era la casa.

En el caso de don Guillermo se encontraba más familiarizado con los médicos del CCI debido a que ya los había tratado antes y los consideraba amigos suyos, incluso un día asistieron con él para que les curara de una enfermedad. Esto llama la atención porque, de acuerdo con el doctor José Luis, aún en los 90, la mayoría de los médicos que trabajaban en

las dependencias de salud o que se habían formado en instituciones educativas no aceptaba la medicina tradicional. Sin embargo, parece ser que, al menos él confiaba en los médicos tradicionales y también en el uso de plantas medicinales, llegando a recomendar a sus pacientes tomar manzanilla para el dolor de estómago, la diarrea y el malestar en los ojos. Asimismo, el médico se interesó en conocer algunas plantas medicinales utilizadas en la región, como la quina, una planta empleada para el tratamiento de la diabetes.

La versión de don Guillermo es consistente con la del médico de la sección, José Luis, y, al mismo tiempo, tiene elementos que coinciden con lo dicho por el técnico Julio César. El médico menciona que cada vez que salían a comunidades preguntaban si había médicos tradicionales y de qué tipo (parteras, hueseros, sobanderos, curanderos). También afirma que él y el odontólogo, el doctor José Antonio, elaboraron el proyecto y posteriormente formaron un grupo de médicos tradicionales:

“llegamos a formar un grupo de médicos tradicionales, pero que aquí incluye, aquí incluía parteras empíricas, que esas pertenecían a la clínica, pero hay algunas; hueseros que les llaman, si curan, más eso, curanderos, que hacen limpias, todo eso”.

A pesar de las distintas versiones, lo que queda claro es que la iniciativa del proyecto de medicina tradicional y su organización estuvieron a cargo del Centro Coordinador. Es probable que no sólo los médicos de la sección de Salud y Bienestar Social hayan participado en el diseño del proyecto, sino que algunos técnicos del centro hayan contribuido, especialmente aquellos que se encontraban interesados en la medicina tradicional.

Como parte de las actividades del proyecto de medicina tradicional, en el CCI de Venustiano Carranza se realizaron intercambios de experiencia a nivel regional, en el almacén del centro y, en ocasiones, según comenta don Miguel, en el Hotel Avendaño. La cantidad de médicos tradicionales que asistía era de aproximadamente 20 personas, mismas que provenían de comunidades cercanas como Laja Tendida, Flores Magón, Miguel Hidalgo, así como de los municipios aledaños de Villa Las Rosas y Amatenango del Valle. Otros más provenían de la zona de la Frailesca, particularmente de los municipios de La

¹²² La justificación de los proyectos era una parte importante de las solicitudes y el plan de trabajo.

Concordia, Villa Corzo y Jaltenango. Durante estas reuniones se compartían los conocimientos que cada médico poseía en torno a su práctica y sobre el uso de plantas medicinales y al final de cada sesión se le solicitaba a cada médico llevar alguna planta medicinal a la siguiente reunión¹²³. El CCI se encargaba de cubrir los gastos de transporte y alimentación, ya que el INI destinaba recursos para estas actividades.

Además de los intercambios locales, se impulsó la participación de los médicos tradicionales en encuentros estatales de medicina tradicional, los cuales tuvieron lugar en distintos municipios. Por ejemplo, San Cristóbal de Las Casas, Las Margaritas y Comitán de Domínguez. Al respecto don Guillermo recuerda:

“tuvimos varios eventos, tuve, tuve un evento en San Cristóbal, tengo un diploma. Tengo un even, tuve un evento aquí en Comitán. Tengo otra diploma. Tengo un evento a en Margaritas, tengo otra diploma. Tengo un evento aquí en Tapachula, también igual, tengo, tengo un otra diploma. Así es que son cuatro diplomas que tengo, si, es, eso es hasta donde hemos allegado. Y gracias le doy a Dios que la me tiene co, nos tiene confianza, si, participamos pues”.

En estos encuentros, ocasionalmente, participaban médicos de otras dependencias - inclusive extranjeros- con quienes las parteras, curanderos y hueseros compartían sus experiencias y métodos para atender alguna enfermedad. Los médicos de las dependencias de salud también compartían aspectos de su práctica, entre ellos cómo diagnosticaban las enfermedades.

Aunque parecía que estos encuentros no tendrían mayor trascendencia entre los participantes, don Guillermo relata una experiencia muy particular que le ocurrió en uno de los encuentros a los que asistió. Él comenta que llevó dos mezclas líquidas que había preparado con plantas medicinales. Una de ellas era para tratar las cataratas y estaba elaborada con hojas de guayaba, guayacán y cargapalo. La otra era mezcla era para la colitis. Don Guillermo hizo una demostración del uso y efectividad de las plantas con una persona que padecía de cataratas. Él dejó caer unas gotas en los ojos del enfermo y le pidió que cuando comenzaran a salirle lagaña de los ojos, se las limpiara. Al día siguiente la vista de la persona mejoró. Al ver esto, uno médico de Estados Unidos, que también se

¹²³ Desafortunadamente, no hay documentos que indiquen el número de reuniones que se realizaron y

encontraba en la reunión se interesó en él y le pidió que lo acompañara a su país para que les enseñara a preparar remedios a base de plantas:

“A lo, a los veinte días ese ese ese doctor de los Estados ya me empezó a marcar. Empezó a llamar. Que yo no iba a dilatar allá, yo no iba a dilatar, nomás que iba yo a estar quince días allá y quince días aquí. Aquí, en esos quince días, íbamos a veni a buscar todas las plantas medicinales para que eran las enfermedades [...]”.

Pese a la insistencia del médico, don Guillermo no aceptó irse a Estados Unidos, pues consideraba que si iba solamente ayudaría a que las personas de ese país se enriquecieran con los conocimientos y las plantas que había en su pueblo. Para él era mejor quedarse en Venustiano Carranza y ayudar a la gente de su comunidad, aunque ganara poco dinero. Experiencias como las de don Guillermo contribuyeron a que creciera la desconfianza hacia el personal de salud e inclusive hacia las instituciones educativas y de investigación. Durante mis entrevistas a los médicos tradicionales, uno de ellos me comentó que no confiaba en los profesores pues, en muchos casos, solo piden a sus alumnos que obtengan información sobre las plantas medicinales para después utilizar este conocimiento a beneficio propio, una forma de extractivismo epistémico. Mientras que a los curanderos y hueseros no se les reconoce ni valora los conocimientos que poseen y su práctica (Diario de campo, diciembre 2022).

Además de los intercambios, los médicos tradicionales tuvieron una breve aparición fue en la radio. Con el fin de difundir la práctica de los médicos, después de una reunión en Las Margaritas, se les invitó a compartir su experiencia en la emisora XEVFS La Voz de la Frontera Sur, que era administrada por el INI. Don Ruperto, un huesero de 70 años, originario de la comunidad de Laja Tendida, recuerda:

RB: cuando fuimos a una reunión a Margaritas, allá, allá fuimos a Margaritas, cada quien, cada quien daba su testimonio, por medio, por medio de la radio [...] hasta donde allegara, como dice, la señal o alguien que tuviera abierto su su este, su aparato, su radio pue, verdad, ahí lo iba a escucha. No se jasta donde allegó, jasta donde, quién lo escuchó, verdad.

BG: ¿y a usted le tocó dar su testimonio también ahí?

tampoco los médicos recuerdan a cuantas asistieron.

RB: yo también, sí. Por medio de la, porque ahí el este, la persona, pasaba uno pue ahí en la, en la cabina pue y ahí en, ahí hablaba uno pue. Así como me tas haciendo la pregunta, aquella persona hace ta, lo ta entrevistando pue. Entrevistaba y yo diciendo esto: de dónde vengo, de dónde soy, cuál es mu municipio, si, así. Yo cuando presente, este -su nombre, por favor-, primero pues mi educación: “Señores muy buenos días a todos, la presentación mía y este, y mi participación, soy huesero. Mi nombre es Ruperto Becerra Solano y viví en el poblado de Laja Tendida. Vivo en el poblado de Laja Tendida, a cincuenta metros de la casa ejidal Rivera de Chachi [...]. Así es señores, ahí está sus humilde casa”. Bueno, hasta ahí pue la cosa, digo pue. Le dije cuál es mi arte, qué es lo que hago, vea.

A raíz de estas participaciones se logró conformar el Grupo de Médicos Indígenas Tradicionales y Parteras de Venustiano Carranza, Chiapas -integrado por 20 personas-, con las cuales se inició a recopilar información sobre las plantas medicinales¹²⁴.

Si bien la conformación de este grupo significaba un avance en el impulso de la medicina tradicional en la región, la sección de Salud y Bienestar iría más allá. A principios del 2000 se buscó establecer un convenio con la Secretaría de Salud o el IMSS para que se reconocieran a los médicos tradicionales de la región. Sin embargo, no hubo una respuesta positiva por parte del primero y el segundo estaba en duda. Julio César recuerda que por estos años “había un celo enorme de la medicina de patente con la medicina tradicional. No aceptaban, los médicos de la medicina general, los conocimientos y las recetas que daban los médicos tradicionales”. Por fortuna, el cambio de director de la clínica del IMSS produjo una respuesta positiva, ya que el nuevo director mostró interés en realizar un trabajo colaborativo con el CCI para promover la medicina tradicional.

Aunque el personal sanitario del centro impulsó y apoyó la participación de los curanderos, las parteras y otro tipo de médicos tradicionales, es difícil saber hasta qué punto hubo un verdadero diálogo de saberes y colaboración entre ambos. No obstante, el testimonio de los colaboradores que participaron en el programa de Medicina Tradicional permite ver que tanto éste como el programa de Atención Primaria a la Salud trabajaron de manera independiente -pero no necesariamente paralela-, a pesar de que eran coordinados por las mismas personas.

Atención de Tercer Nivel

Este programa se creó entre finales de la década de 1980 e inicios de 1990, a la par de Atención Primaria a la Salud y Saneamiento del Medio, y consistía en el otorgamiento de apoyo logístico y recursos económicos para el traslado de pacientes a hospitales mejor equipados¹²⁵ ubicados en el estado de Chiapas o en la capital del país, particularmente en el Hospital Siglo XXI. Para el funcionamiento de este programa era necesaria la coordinación y el apoyo de otras instituciones de salud, como el IMSS y la SSA.

En el CCI de Venustiano Carranza, este programa fue aprovechado por diversos habitantes de su área de operaciones, quienes ante la grave condición de salud de sus familiares buscaban trasladarlos a hospitales donde pudieran recibir una mejor atención. El programa también les apoyaba cubriendo el costo de los medicamentos y los análisis clínicos.

Atención de Tercer Nivel fue el último de los programas del INI que continuó implementándose la sección de Salud y Bienestar, aún después de que el de Atención Primaria a la Salud dejó de brindar consultas médicas. El hecho de que el programa haya sido aprovechado por la población indica que para este momento -la década de los 2000- ya no sólo se recurría a la atención biomédica básica, sino también a la especializada. Esto cuando ni el paciente o sus familiares ni los médicos tradicionales podían diagnosticar y aliviar los padecimientos.

Los programas descritos se implementaron entre 1977 y 2003, en diferentes momentos del indigenismo. En el siguiente cuadro (Cuadro 5) se presentan dos de las etapas de la política indigenista, el nombre de la sección y los programas que se desarrollaron en el CCI de Venustiano Carranza.

¹²⁴ INPI, FD CDI.95.06.01.0013, *Proyecto Elaboración de jarabes, pomadas, jabones y shampoo con plantas medicinales*.

¹²⁵ Estos hospitales son conocidos en el ámbito sanitario como hospitales de referencia, mismos que constituyen el segundo nivel de atención médica.

Cuadro 5. Programas implementados por el CCI de Venustiano Carranza entre 1976 y 2003.

Etapas	Sección	Programas
Indigenismo de participación (1979-1988)	Mínimos del Bienestar Social	Medicina Preventiva Medicina Asistencial Mejoramiento del Medio Educación para la Salud
	Odontología	Odontología Asistencial
Neoindigenismo (1989-2003)	Salud y Bienestar Social	Atención Primaria a la Salud Saneamiento del Medio Atención de Tercer Nivel Medicina Tradicional

3.2 Miembros del personal sanitario en el CCI 1976-2003

El personal que implementó la acción médico-sanitaria en el CCI fue cambiando a lo largo del tiempo (Cuadro 3). La mayoría, con excepción quizá de un médico y los promotores, tuvieron estancias cortas en el CCI y no hay registro de ellos en los escasos documentos que aún se conservan y están disponibles para consultas. La breve permanencia de los médicos en los Centros Coordinadores pudo deberse a que se trataba de pasantes o bien de estudiantes que realizaban su residencia ahí y que no estaban acostumbrados a vivir en comunidades con servicios limitados, como menciona Lewis (2020) ocurría en el CCI de San Cristóbal durante la década de 1960. Por lo que puede deducirse, esta situación no era nueva ni un caso aislado, más bien se trataba de un problema del INI, su limitado presupuesto.

De la única persona que se pudo conocer cómo llegó al CCI fue del médico José Luis, el último responsable de la sección de Salud y Bienestar Social. Él comenta que antes de llegar al centro o, de siquiera trabajar en el INI, se desempeñaba como médico del programa IMSS-COPLAMAR y tenía a su cargo una Unidad Médica Rural (UMR) en Veracruz. Aunque sus labores de atención eran de lunes a viernes, él debía quedarse a

dormir en la UMR debido a que esta se encontraba en una comunidad donde no había vías de comunicación ni luz y por tanto no podían viajar constantemente. Gracias a que era miembro del sindicato lo enviaron a trabajar al INI, dejando su empleo en el COPLAMAR. El INI lo envió al CCI de Venustiano Carranza, donde se necesitaba de un médico, así fue como llegó a Venustiano Carranza y se quedó trabajando en el centro hasta el 2022, año de su jubilación.

Durante su labor como médico y jefe de la sección de Salud y Bienestar Social del CCI de Venustiano Carranza, José Luis creó diversos vínculos de amistad con la población y con distintos médicos tradicionales de la cabecera municipal.

Aunque no es posible conocer la identidad del personal sanitario que trabajó en el CCI, es decir, de dónde venían y cuántos años tenían, los documentos de archivo han ayudado a conocer sus nombres y en qué momento comenzaron o finalizaron sus labores. A continuación, se presenta un cuadro con los nombres del personal médico-sanitario que laboró en el CCI desde 1976 hasta 2003¹²⁶.

Cuadro 6. Personal del CCI de Venustiano Carranza entre 1976 y 2003.

Nombre¹²⁷	Cargo ocupado	Año inicio	Año fin
Tomás Gómez López	Promotor del puesto médico de Amatenango del Valle	1976	--
Celestino Rodríguez Entzin	Promotor del puesto médico de Aguacatenango	1976	--
Rosa de la Torre de la Torre	Promotora de la clínica central	1976	--
José Luis Montiel Álvarez ¹²⁸	Médico de la clínica central y jefe de sección de Salubridad	1976	--

¹²⁶ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Programas, exp.0083, *Reunión de jefes de sección de bienestar social y odontología de los CCI en el Estado de Chiapas, en el centro coordinador tzeltal-tzotzil de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, los días 17 y 18 de julio de 1986.*

¹²⁷ Se tiene muy poca información de la procedencia y duración en sus puestos. El único dato con el que se cuenta es que la mayoría solamente se quedaba por un corto periodo y después solicitaban su cambio.

¹²⁸ Don Miguel recuerda al médico y menciona que su estancia en el CCI fue muy corta, aunque no recuerda de cuántos años.

Cuadro 6. Personal del CCI de Venustiano Carranza entre 1976 y 2003 (Continuación)

Nombre¹²⁹	Cargo ocupado	Año inicio	Año fin
Alonso Díaz Gómez	Promotor de la clínica central	1977	--
Ernesto Ochoa Estrada ¹³⁰	Médico de la clínica central y jefe de sección Mínimos del Bienestar Social	--	1985
Pedro Suastegui Esponda	Médico de la clínica central y jefe de sección Mínimos del Bienestar Social	1986	--
Arturo López Vázquez	Jefe de la sección de Odontología	1986	--
Ricardo Oquie González	Jefe de sección Salud y Bienestar Social y director del CCI	--	1993
María del Carmen Martínez	Trabajadora social	1992	2003
José Antonio	Médico responsable del área odontológica	1993	
José Luis Hernández Martínez	Médico de la clínica central y jefe de sección Salud y Bienestar Social	1994	2022

Fuentes: entrevistas al personal del CCI; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir. Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *1er informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido del 3 de noviembre al 30 de noviembre de 1976*, por José Luis Montiel Alvares, Jefe de la sección de Salubridad; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, exp. 0094, 1977/5, *Informe de las actividades realizadas por la sección de salubridad en el periodo comprendido entre el 3 de enero al 31 de enero de 1977*; Vázquez (1985).

¹²⁹ Se tiene muy poca información de la procedencia y duración en sus puestos. El único dato con el que se cuenta es que la mayoría solamente se quedaba por un corto periodo y después solicitaban su cambio.

¹³⁰ No hay datos que indiquen cuando inicio o terminó de trabajar en el Centro Coordinador. No obstante, la tesis de Vázquez (1985) menciona que se desempeñaba como responsable de la sección Mínimos del Bienestar Social en el 85.

3.2 El trabajo coordinado con otras instituciones

Desde sus primeros años, el CCI de Venustiano Carranza intentó coordinarse con otras instituciones federales, estatales y de salud, en particular con el hospital de la SSA que se encontraba en la cabecera municipal y era dirigido, en 1976, por el médico Mariano Matus Saldaña. El CCI logró realizar algunas acciones en coordinación con este centro de salud, particularmente las campañas de vacunación, ya que tanto la SSA como el IMSS tenían acceso a las vacunas. Dicha coordinación continuó aun cuando la acción médico-sanitaria del Centro Coordinador por llegar a su fin. Con respecto a ello, el médico del CCI señala:

“Siempre nos invitaban y aquí, aquí en el Centro Coordinador solicitaban la ayuda [...] porque solicitaban camionetas para salir a las com [unidades], sí. Y ya íbamos a las campañas de vacunación. Si a los...pues cada municipio tiene sus centros de salud, tiene sus comunidades. Y ellos hacían su programación y ya nosotros íbamos a vacunar y todo”.

En cuanto a las instituciones y programas estatales, en la segunda mitad de la década de 1970, los Centros Coordinadores de San Cristóbal, Ocosingo, Bochil, Salto de Agua y Venustiano Carranza se coordinaron con el PRODESCH para realizar acciones conjuntas en los sectores agropecuario, educativo, de comunicaciones, industrial y de salud. En cuanto a este último sector, las actividades tenían como objetivo el desarrollo de un plan integral de salud, el cual contemplaba la atención materno-infantil, la extensión de servicios básicos, el control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental y educación para la salud.

No obstante, las acciones de salud del INI-PRODESCH únicamente se implementaron en dos municipios del área de influencia del CCI, Venustiano Carranza y Amatenango del Valle. En Venustiano Carranza la acción a realizar consistió en la reparación de un tanque de agua, en la comunidad de Paraíso del Grijalva. Mientras que, en Amatenango, se trató de la construcción de tanques de agua pluvial y letrinización. Además de estas acciones se planteó la adquisición de medicamentos, la hospitalización de enfermos y la construcción

de puestos médicos en otras comunidades del área de operaciones del CCI. Sin embargo, no hay registro que confirme que estas acciones se llevaron a cabo¹³¹.

A nivel federal, el INI trabajó de manera coordinada con el IMSS-COPLAMAR, que inició a operar en 1979. En el marco de este programa (IMSS-COPLAMAR) se crearon las Unidades Médicas Rurales (UMR) en zonas marginadas del país (Romano, 2003). El CCI de Venustiano Carranza colaboró con el programa almacenando los medicamentos destinados a las UMR de la zona de la Frailesca. Don Miguel, que en los 80 se desempeñaba como chofer del Centro Coordinador, recuerda su participación en la distribución de los medicamentos:

“En Tapachula taba todo los centro de distribución de medicamento. Entonce ahí en la, ahí en el INI, en las oficinas había, antes, del Fondo Regional que hubo, eses grandes edificios, así este puros bod, para bodega pue. Ahí se guardaba pue, venían camiones grandes a almacenar los medicamento [...]. Yo me tocó a repartir este medicina. [...] El viaje para ir a repartir medicamentos era de una semana, sí. Entonces esa era mi tra, ese era mi trabajo. Sí, me tocó, me tocó surtir medicamentos en todas esas clínicas, la mayoría los conozco, he estado. Y dónde nos entraba la noche ahí nos quedábamos, en la clínica. Porque no solo de ir a jimbar, jimbar pues, sino que el doctor responsable, el que lo va a recibir, ahí va él. Y si no va el doctor, va otro de aquí de, este, del INI”.

Este tipo de cooperación tiene mucho sentido si se considera que el INI fue el brazo ejecutor de la COPLAMAR.

Por su parte, la UMR que se instaló en Venustiano Carranza en los 90 apoyó al CCI con la realización de estudios de laboratorio y proporcionándoles medicamentos (entre ellos desparasitantes) cuando la dotación anual del centro se terminaba. Esta nueva unidad médica sustituyó gradualmente a la clínica del CCI en sus labores de atención médica.

Aún después de que culminó la acción médico-sanitaria, el centro mantuvo ciertos convenios con el IMSS. Uno de estos fue la canalización de estudiantes de los albergues escolares atendidos por el INI, cuando la salud de éstos se agravaba.

¹³¹ INPI, FD 07/270, *Programa 1985, Centro Coordinador Indigenista de Coapilla*.

3. El fin de la acción médico-sanitaria y la creación de la CDI

A medida que se impulsaba la formación de los médicos tradicionales, el resto de los programas del CCI comenzaban a debilitarse. De acuerdo con el médico, el programa de Atención Primaria y las consultas médicas y odontológicas culminaron oficialmente en 2003. No obstante, ambos tipos de consulta habían disminuido considerablemente desde mediados y finales de la década de 1990, puesto que para estos años el presupuesto destinado a cada Centro Coordinador y la cantidad de medicamentos que recibían de la Coordinadora Estatal eran mínimos. Debido a esto, la clínica se quedaba sin materiales y sin medicamentos con bastante frecuencia. Ante tal situación, se optaba por solicitar insumos a la UMR más cercana o, bien, pedirles a los pacientes que se dirigieran a otros centros de salud, al no poder brindarles la atención que necesitaban.

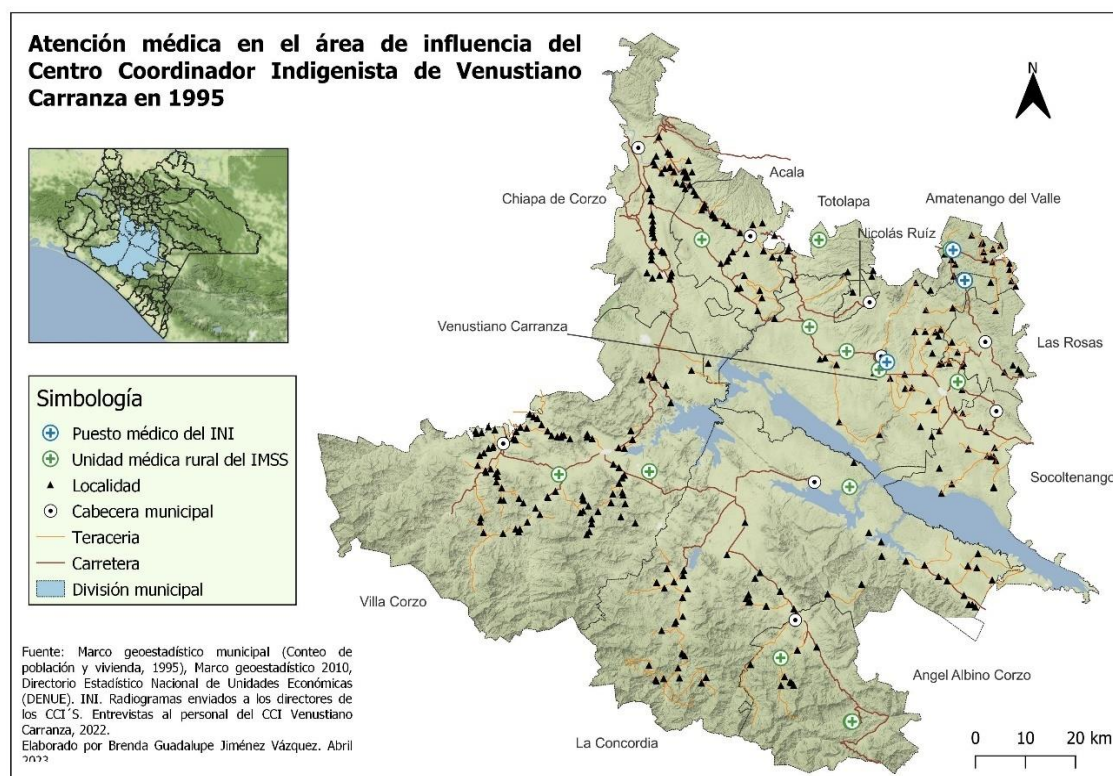
El cierre de la clínica central también ocurrió gradualmente. Uno de los colaboradores, don Jesús, quien asistía con el médico del CCI para tratar un dolor crónico en su pierna, menciona que su expediente, como el de otros pacientes, fue trasladado a la UMR del IMSS. Otros colaboradores, señalaron que cuando la UMR entró en funciones, dejaron de asistir a la clínica del CCI, ya que la primera se encontraba mejor equipada que la segunda. En otros casos, la razón fue más simple: dejaron de atenderse en el CCI porque la nueva unidad se encontraba mucho más cerca de su hogar.

En cuanto a los puestos médicos, no hay una fecha exacta que indique cuándo dejaron de funcionar, sin embargo, es posible que lo hayan hecho a inicios de los 90, pues a la llegada del médico, en 1994, éstos ya no se encontraban funcionando. Aunque Julio César, quien comenzó a trabajar en 1991 recuerda haber oído de ellos. En ese mismo año aún se encontraban funcionando dos puestos médicos del CCITT, uno de ellos en Tres Puentes, Larrainzar y el otro en Chalam, Huixtán, además de otros dos puestos informales que eran atendidos por un enfermero del INI jubilado y un promotor voluntario. Estos puestos se ubicaban en Yochib, Oxchuc y Polhó, Chenalhó¹³².

¹³² Freyermuth Enciso, Graciela (2022), mensaje de correo electrónico a Brenda Guadalupe Jiménez Vázquez, 14 de diciembre.

Las visitas a comunidades también fueron disminuyendo gradualmente debido a la instalación de unidades médicas rurales, particularmente en la zona de la Frailesca, que sustituyeron la atención brindada por el INI a través del CCI de Venustiano Carranza (Mapa 6). Muchas de estas unidades médicas se instalaron en localidades alejadas de las cabeceras municipales, poco comunicadas y/o de difícil acceso.

Mapa 6. Distribución de las Unidades Médicas Rurales del IMSS en el área de operaciones del CCI.



El único lugar donde se continuaron desarrollando algunas actividades de prevención y atención fue en los albergues escolares. En ellos se impartían pláticas de higiene personal, se cuidaba la alimentación de los estudiantes a través de la elaboración de menús balanceados y se llevaba un control del peso y talla de cada uno de los alumnos. Estas aún eran realizadas por el médico José Luis hasta 2022.

En 2003, con la transformación del INI, sus secciones y programas, la acción médico-sanitaria llegó a su fin oficialmente. La prioridad de la nueva institución que sustituyó al INI, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) fue fomentar

el desarrollo integral y sustentable de los pueblos indígenas mediante el fortalecimiento de la libre determinación y autonomía de las comunidades. La CDI dejó de programar e implementar programas de salud para brindar atención médica a la población indígena, ya que ésta pasó a ser responsabilidad exclusiva de las instituciones de salud, la Secretaría de Salud y el IMSS.

3.1 El surgimiento de un nuevo proyecto de medicina tradicional

A pesar de que el programa de Medicina tradicional desapareció con la creación de la CDI, el grupo de médicos tradicionales que se había creado en 2002 en Venustiano Carranza continuaba consolidándose y participando en eventos organizados por la CDI.

En 2005 don Ruperto recibió la invitación del médico de CCI para asistir a un taller en la Ciudad de México, la cual él aceptó con gusto. Cuando estuvo en el taller se encontró con otros médicos tradicionales que provenían de diferentes estados y tenían diferentes especialidades. Don Ruperto recuerda que uno de los médicos lo llevó a un cuarto donde había un modelo del esqueleto humano y comenzó a explicarle las partes del cuerpo humano y los huesos que lo componían. Él también compartió sus conocimientos como huesero. Esta experiencia fue muy importante para él, pues le ayudó a desarrollar mejor su oficio.

Otros conocimientos que también le fueron de utilidad a don Ruperto son los usos de las plantas medicinales: “lo que sí, cuando fui al curso, lo que aprendí fue, pongamos, en algunas, algunas medicinas, digamos que lo que es de las plantas. Para qué sirve tal cosa, para qué sirve la otra”. Una de las plantas cuyos usos conoció en el taller fue la manzanilla, la cual actualmente es empleada por él para tratar las infecciones o el malestar en los ojos. Otra planta fue la sábila, misma que usa para tratar las quemaduras. Don Ruperto no sólo aplica estos conocimientos en su vida cotidiana y con sus pacientes, sino que los comparte con ellos y con sus familiares.

En 2007, el grupo de médicos tradicionales, apoyados por José Luis, redactaron y presentaron el proyecto “Elaboración de jarabes, pomadas, jabones y shampoo con plantas medicinales” a la Comisión Dictaminadora del Programa de Fomento y Desarrollo de las

Cultura Indígenas del Estado de Chiapas (CDPROFODECICH), para su evaluación. El proyecto contemplaba la creación de un jardín con plantas medicinales y el aprovechamiento de estas plantas en la elaboración de productos herbolarios como jarabes, jabones y pomadas.

Una de las metas a largo plazo de este proyecto, de acuerdo con don Guillermo, era la creación de una farmacia, donde los médicos tradicionales vendieran los productos que ellos elaboraran, tal como sucede actualmente en la sede de la OMIECH¹³³, la cual cuenta, una farmacia, además de un jardín botánico y un museo -Museo de la Medicina Maya-.

Para fortuna del grupo el proyecto fue autorizado con un presupuesto de \$18, 328 pesos¹³⁴. Con los recursos otorgados, se compraron materiales para la construcción del jardín y la preparación de los jarabes, entre ellos, envases transparentes, ollas de peltre, azúcar, canela y pimienta. Una vez construido el jardín comenzaron a surgir los problemas. Don Guillermo, quien cumplió la función de representante del grupo de médicos ante la CDPROFODECICH, menciona que las diferencias surgieron debido a que no todos los miembros del grupo apoyaban en el riego del jardín y a que solo algunas personas aprovechan las plantas (Figura 3).

Aunque el jardín funcionó durante un tiempo, el proyecto no logró su objetivo -elaborar productos herbolarios-, a causa de la diferencia de intereses que se presentó entre los médicos tradicionales y el personal del Centro Coordinador. El detonante de estas diferencias fue el factor económico. Sobre el surgimiento de tales diferencias hay dos versiones contrastantes. La del personal del CCI señala que los médicos tradicionales buscaban una remuneración económica y, al no recibirla, decidieron no continuar participando. Los médicos tradicionales, por su parte, menciona que el personal del CCI gastó buena parte del dinero del proyecto, lo cual provocó la molestia de algunos de ellos.

¹³³ La sede de la OMIECH se localiza en San Cristóbal de Las Casas.

Figura 3. Jardín botánico en el CCI de Venustiano Carranza. En el centro existe un jardín botánico resguardado con malla. Aunque no se pudo obtener información que confirme si se trata del mismo jardín que instalaron los médicos tradicionales en 2007.



Trabajo de campo 2022.

El proyecto quedó abandonado y no tuvo mayor impacto dentro de la comunidad, más que en el grupo de médicos tradicionales. Nadie, además de ellos (y probablemente algún vecino del CCI), se enteró de dicho proyecto. El grupo de médicos también se desintegró, cada quién tomó su camino y siguió ejerciendo su práctica de manera independiente, en sus comunidades.

Por varios años, en el CCI de Venustiano Carranza no se volvió a coordinar otro proyecto de medicina tradicional, aunque había cierto interés por parte de la población y del mismo personal del centro. Así lo demuestra el “Plan de la Microrregión Zona Altos Venustiano Carranza-Las Rosas para el Desarrollo con Identidad de 2012”, en el planteó un proyecto de elaboración de productos alternativos a base de plantas medicinales, el cual respondería a la problemática emergente, la desaparición de las plantas medicinales. No obstante, este proyecto nunca se concretó.

Con la transformación de la CDI en un nuevo organismo, el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), emergieron importantes cambios que reanimaron los esfuerzos por fomentar la medicina tradicional. Uno de ellos es la creación del puesto de promotor de medicina tradicional en todos los Centros Coordinadores. Actualmente la promotora del

¹³⁴ INPI, FD CDI.95.06.01.0013, *Proyecto Elaboración de jarabes, pomadas, jabones y shampoo con plantas*

Centro Coordinador de Venustiano Carranza se encuentra muy interesada en formar un grupo de médicos y desarrollar un proyecto en conjunto, aunque hasta el 2022 esto no había sido posible.

4. Un balance de la acción médico-sanitaria en el CCI de Venustiano Carranza

Antes de la creación del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza y el inicio de la acción médico-sanitaria del INI, ya existía un ambiente médico plural en el área, dada la presencia de servicios de salud públicos (SSA e IMSS) y privados, así como la existencia de un conjunto de curanderos, hueseros y parteras. No obstante, en el caso de los primeros, éstos resultaban insuficientes para atender a toda la población. A esto debe sumarse el hecho de que algunos médicos no tenían una buena relación con los pacientes indígenas, quienes sufrían discriminación cuando asistían a las consultas.

En este panorama, la acción médico-sanitaria del CCI diversificó las opciones de acceso a la atención biomédica e introdujo a nuevos médicos, la gran mayoría -sino es que todos- procedentes de ciudades o lugares bastante lejanos a su área de trabajo. Si bien las acciones médico-sanitarias de la clínica central del Centro Coordinador eran más diversas que las que llevaban a cabo los centros de salud adscritos a la SSA y el IMSS, en dicha clínica se priorizaban dos tipos de actividades, las preventivas y las asistenciales -consultas médico-odontológicas, análisis sanguíneos-. El resto de los programas y acciones tuvieron una implementación más limitada.

A través de las acciones preventivas y asistenciales se benefició a una importante cantidad de población indígena y no indígena que recurría tanto a sus propios saberes como a la medicina tradicional y la biomedicina para atender sus enfermedades. Esta población se fue adaptando a las dinámicas de atención de la clínica central y al trato de los distintos médicos que se instalaban.

Los cambios en la política indigenista se fueron manifestando poco a poco en la acción médico-sanitaria implementada por el CCI. Algunos programas importantes -como el de

medicinales.

Medicina Preventiva- comenzaron a desaparecer. Asimismo, el campo de acción de otros comenzó a limitarse -entre ellos los de Saneamiento y Medicina Asistencial-.

Sin embargo, no todos estos cambios fueron negativos. En la década de 1990 se dieron los primeros pasos hacia el reconocimiento de la pluralidad médica -al menos en el CCI-. Este suceso resulta de una importancia considerable ya que algunas décadas atrás, los saberes y prácticas de los médicos tradicionales, especialmente el de las parteras, eran descritas como arcaicas y poco higiénicas.

El programa de Medicina Tradicional implementado en el CCI por la sección de Salud y Bienestar Social, si bien logró la participación de curanderos, hueseros y parteras en distintos eventos de difusión e intercambios de saberes y más tarde la conformación de una organización, no consiguió desarrollar actividades de documentación de la medicina tradicional, como tampoco fomentar el uso de las plantas medicinales en las comunidades, como si ocurrió en el Centro Coordinador de San Cristóbal de Las Casas, Oxchuc y Las Margaritas. Esto se debió a diversos factores, entre los que se pueden destacar la falta de iniciativa y de mayor interés no sólo por parte del personal médico sino también de todo el personal del centro y los desacuerdos e inconformidades internas -entre los médicos del CCI y los médicos tradicionales- que ocasionó la administración de los recursos económicos.

Si bien tanto el INI como el Centro Coordinador de Venustiano Carranza tenían definidos los objetivos y metas de la acción médico-sanitaria, estos estuvieron lejos de cumplirse por las razones expuestas. La acción médico-sanitaria, en su conjunto, no logró llevar a cabo programas de salud integrales, como tampoco tomó en cuenta los recursos con los que contaba la población -más allá de la mano de obra- para mejorar sus condiciones de vida. Asimismo, es necesario señalar que, a pesar de los cambios de orientación de la política indigenista, la acción médico-sanitaria implementada en el área de operaciones del CCI fue de corte paternalista y operativa básica, ya que estuvo dirigida a proveer de servicios y medicamentos a la población.

Pese a todo esto, debe reconocerse que la acción del INI en el ámbito sanitario dejó huella en la memoria de la población que, de una u otra manera, fue beneficiaria y tuvo cierto

impacto en la atención de las enfermedades, mismo que será abordado a mayor profundidad en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 4. CAMBIOS EN EL USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES Y SU RELACIÓN CON LA ACCIÓN MÉDICO-SANITARIA DEL INI

El conjunto de programas y proyectos que conformaron la acción médico-sanitaria implementada por el INI en Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y Aguacatenango a través del Centro Coordinador Indigenista de Venustiano Carranza, tenía como principal objetivo atender las necesidades de la población a través de la extensión de los servicios de salud. Pese a que en el área de influencia del Centro Coordinador ya se contaba con la presencia del IMSS y la SSA, la acción médico-sanitaria del INI y, en particular, los programas de medicina asistencial y medicina preventiva tuvieron un impacto en los saberes y recursos a los que la población recurría para el tratamiento de sus enfermedades. Esto incluye el uso de plantas medicinales, principal recurso para la atención de la salud en el espacio doméstico en las localidades estudiadas.

En sus últimos años, el INI -y posteriormente la CDI- intentó fortalecer la herbolaria y la práctica de curanderos, parteras y hueseros en Venustiano Carranza a través de programas y actividades que fomentaban la participación de los médicos tradicionales, por ejemplo, mediante los encuentros e intercambios de experiencias sobre la práctica médica tradicional. Desafortunadamente estos proyectos no cumplieron con las expectativas esperadas, ya que no tuvieron un efecto en el resto de la población como sí lo hicieron los programas de medicina preventiva y asistencial.

Sobre el impacto de la acción médico-sanitaria del INI en la atención de la salud se han efectuado pocas investigaciones. No obstante, algunas de las más representativas son las que llevaron a cabo William R. Holland (1962, 1963) y Robert Harman (1974) en Los Altos de Chiapas, el primer estado donde se implementó la acción médico-sanitaria. Ulrich Köhler (1975) también estudió el impacto de los programas aplicados por el INI en esta zona de Chiapas, aunque no se centró en el ámbito sanitario. En sus trabajos, los tres autores describen la manera en que la población indígena de Los Altos¹³⁵ transformó su

¹³⁵ Las comunidades en las cuales se concentraron las investigaciones de estos autores son: Holland en San Andrés Larráinzar y Harman en Yochib, una comunidad perteneciente al municipio de Oxchuc en la cual se instaló un puesto médico del INI. Köhler estudio el área de influencia del Centro Coordinador Indigenista

relación con la medicina moderna o biomedicina, desde el rechazo total hasta la aceptación parcial, una vez que los programas de medicina preventiva y asistencial del INI comenzaron a ser implementados en las comunidades de esta área. Asimismo, exponen el papel que desempeñaron los médicos del INI en la aceptación de la biomedicina.

Si bien ninguna de las investigaciones aborda el cambio en el uso de las plantas medicinales, sí dan cuenta de cómo la vacunación y los medicamentos comenzaron a figurar como alternativas para la prevención y tratamiento de enfermedades que habitualmente eran atendidas mediante el uso de plantas medicinales y otras prácticas curativas, abriendo paso al pluralismo médico. Holland, Harman y Köhler dan cuenta de que la población, renuente a tratarse con los médicos del INI, poco a poco fue comenzando a asistir a los puestos médicos, al principio como última alternativa para aliviar alguna enfermedad, puesto que primero asistían con curanderos, y posteriormente de forma más habitual. Asimismo, comenzaron a aceptar elementos de la medicina occidental, como aspirinas y antibióticos para el tratamiento de aquellas enfermedades que consideraban leves o que no estaban relacionadas con la brujería. Para los autores, esta situación indicaba que la población había iniciado a confiar en la atención médica que se proporcionaba en los puestos médicos.

Con respecto a la administración de vacunas, observaron una actitud positiva, por parte de la población indígena, hacia dicha acción. La desconfianza hacia la vacunación se fue disipando al punto en que algunas personas solicitaban la aplicación de inyecciones e inclusive algunos curanderos empleaban tratamientos que incluían el uso de éstas. Holland, Harman y Köhler reconocen -en sus trabajos- que, si bien que no hubo un desplazamiento de la medicina tradicional y sus distintas prácticas curativas, la medicina occidental (biomedicina) fue adoptada por la población en general, así como por los médicos tradicionales como sistema de atención complementario.

El contexto en el que se implementó la acción médico-sanitaria en las localidades estudiadas en este trabajo coincide, en algunos aspectos, con el del espacio analizado por

Tzeltal-Tzotzil en su conjunto, la cual incluía, entre otros, a los municipios de San Juan Chamula, Tenejapa, Chenalhó, Mitontic, Zinacantán, Huixtán, Amatenango del Valle y algunas comunidades de Oxchuc.

los autores antes mencionados. No obstante, también muestra notables diferencias en otros. Algunas de estas son la profunda confianza que los habitantes depositaban en los médicos tradicionales, sus diagnósticos y prácticas para la atención de las enfermedades, el fuerte arraigo de las creencias mágico-religiosas y su resistencia a que población ladina se asentara en sus localidades. A ello debe sumarse que antes del inicio de la acción médico-sanitaria, en la mayoría de las comunidades indígenas de estudiadas por Holland, Harman y Köhler no había un antecedente de atención biomédica, por lo que la población no se encontraba familiarizada con estas prácticas ni con el personal médico-sanitario. Debido a esto es importante considerar que el impacto de dicha acción en la manera en que la población gestionaba su salud -saberes, recursos y estrategias a las que recurría- pudo haber sido distinto en ambos espacios de estudio.

Considerando lo anterior, el objetivo de este capítulo es analizar la relación entre el cambio en el uso de las plantas medicinales y la implementación de la acción médico-sanitaria del INI en Venustiano Carranza, Aguacatenango y Amatenango del Valle. Para ello, se encuentra organizado en tres apartados. En la primera sección se presenta el uso de las plantas medicinales antes de la creación del CCI de Venustiano Carranza y el inicio de la acción médico-sanitaria en esta localidad en relación con el panorama epidemiológico y otras formas de atención de la salud. En el segundo apartado se analiza la acción médico-sanitaria del INI y el impacto que dicha acción tuvo en la atención de la salud, así como en el uso de las plantas. Finalmente, el tercer apartado presenta y analiza los cambios en el uso de la flora medicinal, desde el inicio de la acción médico-sanitaria hasta la actualidad, haciendo especial énfasis en el desuso de las plantas, sin dejar de reconocer la existencia de continuidades, así como el surgimiento de otras formas de atención contemporáneas y el papel que juega el factor étnico.

1. Las plantas como recurso para el tratamiento de las enfermedades antes del inicio de la acción médico-sanitaria

Durante las décadas de 1950, 1960 y 1970 la enfermedad era un aspecto que formaba parte de la cotidianidad de los habitantes de Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y Aguacatenango, una situación con la que se vivía y convivía constantemente. La atención

de las enfermedades era un asunto que se gestionaba, inicialmente, en el espacio doméstico. Las principales encargadas llevar a cabo esta gestión eran las madres de familia, a quienes, debido al rol asignado a su género, también se les asignaba la tarea de cuidar y criar a los hijos. Los hombres y padres de familia, a diferencia de las mujeres tenían una participación mucho menor en la gestión de la salud al interior del espacio doméstico¹³⁶, aunque por lo general se hacían cargo de la atención de su propia salud -excepto cuando se trataba de enfermedades graves que los mantuvieran en cama-.

La gestión de la salud en el espacio doméstico implicaba el diagnóstico de enfermedades, así como el uso de todos los saberes, recursos y servicios o estrategias disponibles para la recuperación de la salud.

1.1 Diagnosticando la enfermedad: un acercamiento etnográfico al panorama epidemiológico

La mayoría de las enfermedades eran diagnosticadas por las madres de familia, quienes tomaban en cuenta los síntomas, pues a partir de éstos y de su experiencia con episodios previos, podían definir de qué padecimiento se trataba. El caso de la viruela y el sarampión¹³⁷ constituye un buen ejemplo de cómo los saberes en torno a los síntomas de una enfermedad podían ayudar a identificarla. Sobre esta diferencia, una de las colaboradoras mencionó:

“la, el sarampión es más menudito, mi, un bien menudito [sale] adentro del, de la piel. Y en cambio, la viruela son grandotes, unas bombotas y como pica, sí. Yo ya me tocó, ya con mis hijos ya, tenía yo mi bebé, hay una calor, ¡dios! Como que te vas alocar” (Carmen, 55 años, San Francisco).

¹³⁶ En el caso de Venustiano Carranza, la limitada participación de los hombres en el cuidado de la salud familiar no solo estaba relacionada con los roles que se le asignaba a cada género, sino también con la ausencia prolongada de los hombres en el espacio doméstico. Durante la década de los 50 y probablemente hasta finales de los 60, los hombres se ausentaban de sus hogares toda la semana para trabajar en sus milpas, las cuales se encontraban a varios kilómetros del pueblo. Únicamente regresaban los fines de semana para abastecerse de alimentos y/o cumplir con algún compromiso (Saloves, 1965; Morales, 1974; Díaz, 1991).

¹³⁷ Las madres de familia de Venustiano Carranza que colaboraron en esta investigación sí reconocen a la viruela y al sarampión como dos enfermedades diferentes. Aunque ambas compartían los mismos síntomas, para ellas la principal diferencia se encontraba en el tamaño del sarpullido que producían. En el caso de la viruela, el sarpullido era más grande y, por tanto, más peligroso.

Cuando las enfermedades no podían ser diagnosticadas por las madres, se recurría a un pulsador, un llamador de espanto (*tamohel* en Amatenango) o a un hierbero¹³⁸. Las enfermedades que, de acuerdo con los colaboradores de esta investigación y los trabajos etnográficos realizados por Duane Metzger (1964), June Nash (1970) y Marcelo Díaz de Salas (1991)¹³⁹, aquejaban a la población durante 1950, 1960 y 1970 guardan relación con dos aspectos. El primero de ellos es la creencia de que todos los seres vivos se encontraban constituidos por una parte física (cuerpo) y otra anímica (*ch'ulel*¹⁴⁰), las cuales podían verse afectadas por las fuerzas naturales y sobrenaturales que habitaban el mundo.

El segundo aspecto son las condiciones higiénicas y de desigualdad en que vivía la población de las tres localidades, pues la mayoría de las familias carecía de servicios básicos como agua potable, drenaje y recolección de basura (Hunt, 1962; Nash, 1970; Molina 1976). A manera de reflexión sobre las condiciones en que se desarrolló su infancia y recurriendo a sus conocimientos actuales, uno de los colaboradores menciona que:

“anteriormente porque no había, no había por ejemplo servicios sanitarios, por ejemplo, provocaba mucha infección, daba vómito, diarrea, ese es lo que más frecuente [daba] anteriormente. [...] Que daba mucho anteriormente la gripa, tos, en los adultos ¿por qué? Porque no había calles pavimentadas, era pura tierra pue” (Javier, 64 años, Venustiano Carranza).

En el caso de Venustiano Carranza, el abasto de agua potable era limitado y no alcanzaba a cubrir a toda la población. Sumado a ello, las autoridades daban prioridad al abastecimiento de los comercios y pequeños hoteles instalados en la cabecera municipal (Morales, 1974; Molina, 1976).

¹³⁸ Si bien, la población consideraba a todos ellos como curanderos, cada uno de ellos correspondía a un tipo diferente de curandero, con un oficio especializado. El oficio del pulsador consistía en identificar las enfermedades de una persona a través de la sangre. Nash (1970) menciona, para el caso de Amatenango, que el pulsador se comunicaba con la sangre cuando colocaba el pulso de su pulgar sobre el pulso de su paciente. El llamador de espanto se encargaba de diagnosticar y recuperar el *ch'ulel*, componente anímico presente en todos los seres vivos. Mientras que el hierbero poseía un conocimiento especializado en torno a las plantas medicinales.

¹³⁹ El autor realizó su trabajo de campo en Venustiano Carranza a inicios de la década de 1960. No obstante, su diario de campo fue publicado hasta 1991.

¹⁴⁰ Esta era una creencia extendida entre la población tzotzil y tzeltal de los Altos de Chiapas y probablemente en otras comunidades indígenas del estado. Pedro Pitarch (1993) realizó un profundo estudio sobre el *ch'ulel* como entidad anímica en San Juan Cancuc.

En este contexto, las enfermedades que, de acuerdo con los colaboradores, afectaban a la población incluían malestares físicos ocasionados por agentes biológicos (virus, bacterias y otros microorganismos) o resultado de procesos biológicos. Estos malestares podían ser leves y, por lo general, no ponían en riesgo la vida de quien los padecía, tal es el caso de las siguientes:

- Tos
- Gripe
- Dolor de garganta
- Anginas
- Calentura
- Dolor de estómago
- Infección estomacal
- Inflamación de los intestinos
- Asientos
- Vómitos
- Empacho
- Disentería¹⁴¹
- Diarrea¹⁴²
- Mal de orine¹⁴³
- Dolores menstruales
- Paperas
- Tiña
- Sarpullido
- Dolor de muelas
- Dolor y/o malestar en los riñones
- Dolor de piernas, brazos, rodillas
- Malestar/infección en los ojos
- Dolores de hueso/reumatismo
- Sarna y otras enfermedades de la piel

Además de estos malestares físicos, existía un conjunto de enfermedades de la misma naturaleza que eran consideradas graves e incluso podían ser mortales cuando no les brindaban la atención necesaria. Estas enfermedades eran:

¹⁴¹ Enfermedad del aparato digestivo que se caracteriza por la deposición frecuente acompañada de sangre o mucosidad (Mata et al., 1994). La población de Venustiano Carranza -y probablemente la de las otras dos localidades, aunque no puede afirmarse- distinguía estos dos tipos de disentería, como variedades de un mismo padecimiento.

¹⁴² En Amatenango del Valle y Aguacatenango, Berlín y Berlín (1996) identificaron la presencia de cuatro tipos de padecimientos diarreicos: diarrea aguada (tzojol tz'anel o tza'nel); diarrea mucoide (sim nak'al tza'nel u obaltik tz'anel); diarrea por gota (t'ult'ul tza'nel) y diarrea litérica (bosbos tza'nel y jewjew tza'nel).

¹⁴³ Este es el nombre con el que la población -no sólo de las localidades estudiadas sino también de distintas localidades de Chiapas- conoce a las infecciones en las vías urinarias que ocasionan dolor al ir al baño.

- Piedras en los riñones
- Úlceras gástricas
- Anemia
- Bronquitis
- Tuberculosis
- Tosferina
- Paludismo/fiebre palúdica
- Tifoidea
- Lombrices
- Viruela
- Sarampión

Las enfermedades que conforman la segunda columna eran las de mayor frecuencia entre la población infantil en las localidades estudiadas. Romano (1996) menciona el surgimiento de epidemias de sarampión en Amatenango del Valle y Aguacatenango durante la década de 1950. Las colaboradoras, también señalaron que tanto sus madres como sus hijos padecieron al menos tres de estas cinco enfermedades durante su infancia¹⁴⁴, como menciona doña Carmen R. (63 años, Aguacatenango):

“viruela no, nada más es tosferina, sí. Yo creo, ah, yo me pa, me agarró también el sarampión. Todavía estoy chiquita, todavía no lo sé yo también, nada más mi mamá me platicó: -Si pasó, si te agarró-, me dijo, sí. Así, -Toy cerrada en el cuarto, no puede salir- dice. [...] Tosferina también, sí. También mi hija, este, ya sta grande cuando [le] pasó”.

Los síntomas que acompañaban a estas enfermedades podían llegar a ser muy molestos e incluso tornarse agresivos y empeorar la salud de quien las padecía, conduciendo a esa persona a la muerte, como menciona doña Ofelia (63 años, Venustiano Carranza): “a mi hermanita le dio sarampión y mi mamá lo llevó con el doctor, pero falleció mi hermanita, tenía siete años cuando le dio”.

Los colaboradores, así como los trabajos de Nash (1970) y Díaz (1991), mencionan que otro grupo de enfermedades que se presentaba con cierta frecuencia en la población eran aquellas en las que el componente anímico (*ch'ulel*) de las personas y/o sus emociones se

veían afectadas. Estos padecimientos podían manifestar síntomas físicos -el más común de ellos era la fiebre- y eran causados por sucesos que alteraban las emociones, así como por personas o seres con poderes sobrenaturales. El daño o mal puesto¹⁴⁵ por brujería era el padecimiento más común en las tres localidades estudiadas y el que más conflictos desataba al interior de ellas. Cuando una persona se enfermaba de algo desconocido o un malestar se prolongaba por mucho tiempo, inmediatamente era definido como mal puesto. El espanto era el segundo padecimiento más común. Éste se producía a partir de un fuerte susto e involucraba la pérdida del *ch'ulel*. Entre sus síntomas físicos se encontraban la fiebre, pérdida de apetito y la falta de energía. El mal de ojo manifestaba síntomas similares, aunque este era un padecimiento que se transmitía por medio de la mirada¹⁴⁶.

Además de estas enfermedades también eran frecuentes el cólico, que se originaba cuando una persona sufría un fuerte enojo; el *k'eshlal* o disípela,¹⁴⁷ padecimiento que se producía después de sufrir un evento vergonzoso en público; y los nervios, cuya aparición estaba asociada a la alteración emocional o de los estados de ánimo. Un padecimiento muy particular, cuya naturaleza era distinta a las anteriores, era la quebradura. Dicho padecimiento afectaba únicamente a recién nacidos y surgía a partir del contacto con una mujer embarazada o durante su periodo de menstruación. La principal característica de la quebradura era la aparición de espinas, casi imperceptibles, en la espalda de los pequeños¹⁴⁸.

Una vez que la enfermedad era diagnosticada, tanto las madres como los padres de familia empleaban los recursos que tenían a su disposición para atender dicha enfermedad.

¹⁴⁴ Considerando las diversas experiencias de las colaboradoras, es posible plantear que la triada “tosferina-sarampión-lombrices” era la más común. Las dos primeras enfermedades, además de la tuberculosis y la tifoidea, también eran las enfermedades más comunes en los municipios de los Altos de Chiapas.

¹⁴⁵ El mal puesto podía se podía manifestar a través de diversos malestares físicos, generalmente aquellos cuyas causas eran desconocidas por la población, por ejemplo, la epilepsia.

¹⁴⁶ Es preciso aclarar que una simple mirada no era suficiente para la aparición del mal de ojo. Para que ésta tuviera un efecto dañino debían provenir de alguien que padeciera una fuerte inestabilidad anímica o bien estar acompañadas de un fuerte deseo de posesión.

¹⁴⁷ Este padecimiento provocaba la aparición de erupciones en distintas partes del cuerpo.

¹⁴⁸ Hasta el momento la quebradura no cuenta con una explicación médica sobre su origen.

1.2 Las plantas medicinales: el primer recurso en la atención de la salud

El primer recurso al que se recurría para curar la mayoría de las enfermedades eran las plantas¹⁴⁹. A pesar de que tanto las y los llamadores de espanto¹⁵⁰, los hierberos y los pulsadores poseían un gran cúmulo de saberes sobre las plantas medicinales, éstos no eran los únicos que sabían de ellas, pues una buena parte de ellos eran compartidos por la población. Las madres de familia, en particular, hacían uso de una gran variedad de plantas medicinales. Algunas de estas se muestran a continuación:

Cuadro 7. Plantas medicinales utilizadas en las localidades de estudio entre 1950 y 1970.

Localidad	Plantas utilizadas entre 1950-1970
Venustiano Carranza	<p>Nativas: Achiote, tulipán (<i>hibiscus uncinellus</i>), tulipán (<i>malvaviscus arboreus Cav.</i>), tronafrente, tzibac momol, bejuquillo, pumpumflor, cuajilote, fresno, guash, mulato, sanalotodo, tormentila, curarina, epazote, sauco, anona, maíz, quina, cabeza de viejo, tabaco, verbena, guayaba, árnica, riñonina.</p> <p>Introducidas: albaca, alpiste, malva, hinojo, ruda, manzanilla, té limón, ajeno, romero, ajo, bugambilia.</p> <p>Además de éstas, Morales (1974) menciona otras plantas nativas cuyo uso no fue registrado durante el trabajo de campo. Dichas plantas son: guaco, guarumbo y cañafístula.</p>
Amatenango del Valle	<p>Nativas: Achiote, tulipán (<i>hibiscus uncinellus</i>), tulipán (<i>malvaviscus arboreus Cav.</i>), chilacayote, tabaco, chilchagua, ch'a bakal, verbena, chili wet (riñonina), ocote, sangre de draco, limón, caulote.</p> <p>Introducidas: hinojo, ruda.</p>

¹⁴⁹ Es preciso señalar que además de las plantas, la población recurría al uso de algunos animales para tratar algunas enfermedades -en el caso de la tosferina se utilizaba la cáscara de armadillo y la leche de burra-. Aunque en realidad el uso de estos como recurso era limitado. También se recurrían a ciertas prácticas como dormir bajo el sereno de la noche para curar la tosferina.

¹⁵⁰ Un aspecto que vale la pena destacar es el hecho de que, de acuerdo con las colaboradoras, Nash (1970) Metzger (1964) y Díaz (1991) en Venustiano Carranza, la mayoría de los llamadores de espanto eran mujeres. Mientras que en Amatenango y Aguacatenango predominaban los hombres en este oficio. En cuanto a los hierberos y pulsadores, éstos eran generalmente hombres, en las tres localidades.

Cuadro 7. Plantas medicinales utilizadas en las localidades de estudio entre 1950 y 1970 (continuación).

Localidad	Plantas utilizadas entre 1950-1970
Aguacatenango ¹⁵¹	<p>Nativas: Maíz, calabaza, verbena, guayaba.</p> <p>Introducidas: té limón.</p>

La mayoría de las plantas usadas forman parte de la vegetación nativa de las localidades de estudio. Algunas crecían en los alrededores de las casas o de las localidades y eran recolectadas por las madres de familia cuando las necesitaban. La tormentila, por ejemplo, era una planta fácil de encontrar en las lomas cercanas a Venustiano Carranza y el *chili wet* en Amatenango. Verbena, guayaba, epazote y *tzibac momol* solían encontrarse en los patios. Otras plantas crecían en espacios lejanos a la localidad, en las milpas o en el monte y, generalmente, eran recolectados por los hombres. El guarumbo y el cuajilote son ejemplos de estas plantas.

El uso de plantas medicinales nativas en el tratamiento de las enfermedades refleja la relación que tanto la población como los médicos tradicionales mantenían con el entorno vegetal que les rodeaba, así como su conocimiento y acceso a la flora. Esta relación, si bien estaba basada en la apropiación de la flora¹⁵² para cubrir una necesidad humana básica -la salud-, no surgió de manera espontánea, sino que fue producto de una larga y constante interacción que implicó aprender a identificar aquellas plantas útiles, las cantidades en que debían ser usadas para generar un efecto positivo en la salud y dónde podían obtenerse. En esta relación también influía la manera en que las personas percibían e interpretaban su entorno natural. Un buen ejemplo de esto es la atribución de propiedades frías o calientes a las plantas. Cabe mencionar que esta cualidad cobraba relevancia al momento de decidir, de

¹⁵¹ La diferencia entre la cantidad de plantas usadas en Aguacatenango y las otras dos localidades no indica que la población hiciera uso de una cantidad menor de plantas. Más bien está relacionada con la cantidad de información que pudo obtenerse durante el trabajo de campo. También es importante puntualizar que algunas plantas quedaron fuera de esta investigación ya que no fue posible corroborar su uso antes de la creación del CCI de Venustiano Carranza o, por el contrario, su uso actual.

¹⁵² ¿Sería posible entonces hablar de un tipo de construcción del territorio basada en el aprovechamiento de la flora medicinal? No puede darse una respuesta a esta pregunta en el presente trabajo. No obstante, podría explorarse en otro momento, aunque para ello se necesitaría contar con más datos sobre las áreas de recolección.

un amplio repertorio de especies medicinales, cuál podría aliviar de forma más efectiva las enfermedades.

En el caso de las plantas introducidas que eran utilizadas entre 1950 y 1970, es preciso señalar que éstas llegaron al continente durante la época colonial (Martínez, 1944; Álvarez, 1954; Cabrera, 1977). No obstante, sus usos medicinales y su cultivo se extendieron gradualmente a tal punto que llegaron a constituir parte de la flora de patios y huertos familiares en distintas partes del país (Argueta, 1994; Muñoz, 1994; González et al., 2013), incluyendo las localidades estudiadas. En Amatenango del Valle y Venustiano Carranza - probablemente también en Aguacatenango-, las plantas más comunes e importantes eran el ajeno, la albaca, la ruda y el hinojo. Aquellas plantas que, por las condiciones climáticas, no crecían en las localidades, se obtenían a través del comercio. La manzanilla, por ejemplo, al no ser una planta propia de Venustiano Carranza, era adquirida en Socoltenango, un municipio cercano. El alpiste¹⁵³, por otro lado, se compraba en alguna de las pocas tiendas que existían en ese momento en la cabecera municipal.

Una de las principales razones por las que la población recurría al uso de plantas medicinales era la efectividad que éstas demostraban en el tratamiento de enfermedades. Cuando una planta resultaba efectiva, su uso y los saberes en torno al mismo se transmitían a otros, lo que hacía posible que su uso continuara y/o se extendiera. Esta transmisión de saberes y usos se realizaba de generación en generación, al interior de las familias y con frecuencia entre abuelas, madres e hijas, como lo recuerda doña María de la Luz (63 años) en este fragmento de entrevista:

BG: oiga usted y ese que me decía que servía para la lombriz, el ajeno, el epazote, la hierbabuena
¿cómo supo para qué se usaba?

ML: ¿pa' que servía?

BG: si, ¿cómo supo?

¹⁵³ El alpiste es una planta originaria de Europa, cuyos granos se utilizan para la alimentación de las gallinas.

ML: porque mi mamá me enseñó, sí. Mi mamá dice que con ese también nos curaba [...] así dice pue mi mamá. Ella me enseñó. -Hacele sus té los niños [...]-, me decía. -Ah bueno-. Ahí me enseñó ella. -Eso, esto lo vas a hace en tecito-. Y si pue, cuando era lombriz lo respetaba.

En los casos donde algún miembro de la familia -especialmente un miembro femenino- era curandero, la transmisión incluía saberes y usos de las plantas especializados que muy pocas personas conocían, como dan cuenta las experiencias de algunas colaboradoras:

Guadalupe (67 años, Venustiano Carranza):

BG: ¿Y Cómo supo usted qué [el cargapalo] servía para eso?

GR: ah, porque la dijunta mi abuelita curaba ella. Curaba y le este y ese le daba pue los sus paciente. Las criaturas cuando vienen bien bien grave, calentura, diarrea, gomito. Ah, ella luego lo agarra el poco del del trago bien caliente, caliente que le va, lo va bañar. Al rato ya contenta se queda las criaturas, sí. [...] Cuando tienen mucho desintería y con sangre, hasta allá en el, otro lado de este, de ese terreno que, hay unas mata como este, como bejuquito, bejuquillo stan las las hojita, las las bejuca, pero adentro pue como como raíz que tiene. [Ese] lo va arrancar. Ya que lo sacan, así como bejuquito, bejuco pue, como, digamos, como camote, pero no es camote, es como bejuquito. Lo van, lo van sacando pero así la bolsota que trae [indica el tamaño con sus manos]. Y este, y bien lavado, bien machucado y lo pone a cocer y ese lo va a dar pa que lo tomen.

Concepción (72 años, Venustiano Carranza):

“siempre lo lo lo busco pue su remedio, que remedio le puedo dar. Como también pue mí, la dijunta mi suegra era curandera la dijunta su mamá, po eso es que bien lo sané todo también pue la dijunta mi suegra. Me decía -miralo hijita, el niño t ata bien duro con la diarrea. Anda cortalo esa hojita, anda está el palito, ese lo vas a poner. Dos pedazos de palito, de saber qué palito es, ese es lo que vamos a poner y con este, con hojita de guayaba- dice. -Bueno-, ese lo ponía yo”.

Los usos de las plantas y saberes que lo acompañaban también eran transmitidos por personas ajenas a la familia, entre ellos vecinos, amigos o conocidos. Así, en torno a la enfermedad se creaban una serie de interacciones en las que se transmitían saberes y usos de las plantas con propiedades medicinales e incluso se llegaban a regalar dichas plantas. Esto con la intención de que la persona enferma pudiera curarse de la enfermedad que le aquejaba. Un ejemplo de ello es la experiencia relatada por doña Carmela:

“míralo pue aquí una mí, su mamá de mi nuera, una vez nos topamos cuando salíamos de [¿?]. Mi Flori [su hija] ya taba de un año, creo. Venimos y ella también tenía su criatura. Ahí nos pusimos a platicar en el camino, nos topamos. Ahora decí pue que taba bien mala su hijita y ya lo había llevado con el doctor, dice. Y que no sanaba de la disintería. - ¿Ya lo probaste? -, le dije, - ¿la tormentila con el contrahinojo? Son así memelitas- le dije, -redondita la hoja-. Por acá debe de haber también, pero buscado esta. Ya fue que lo... -ah, lo voy a veni arranca- dijo, -porque no traje machete-. Ahí lo arrancó. Dice que con ese sano. Con el, la raicita de la tormentila y el contrahinojo, pe es de monte pue también. Y si sano, dice, su hijito. Una vez nos topamos y le dije - ¿cómo va tu hijita? -Pues vas a ve- dice, -con ese. Gracias a dios, con las hierbitas sano, míralo, después de tanto gasta-.”

En los casos en que las enfermedades no podían ser atendidas en el espacio doméstico porque eran muy graves o no se contaban con los saberes suficientes para tratarlas, se acudía a los hierberos o a los llamadores de espanto. Generalmente eran las mujeres quienes llevaban a sus hijos, aunque también los hombres acudían cuando sus esposas y ellos se encontraban enfermos. Como menciona doña Gloria J. (69 años, Venustiano Carranza):

“Osea que los hierberos pue, este, llevaba yo mis hijitos. A veces que [decían] -me duele mi estómago-, -te voy a llevar con el hierbero, a ver que te dice-. Y si pue, lo primero que dicen el el emplasto de ajeno, el emplasto de ajeno con epazote o sea con este yerbabuena”.

Los curanderos preparaban lo que el enfermo debía tomar o bien le decía qué plantas usar y cómo prepararlas. Cuando esto último ocurría, las madres y padres de familia incorporaban estos nuevos saberes para ponerlos en práctica cuando se presentara nuevamente la enfermedad. Aunque la atención brindada por los curanderos tenía un costo -cuya cantidad era determinada por el mismo curandero-, la población acudía a ellos debido a que confiaba en que sus saberes ayudarían a sanar a la persona enferma.

No obstante, Metzger (1964) y Nash (1970) mencionan que en Aguacatenango y Amatenango, además de utilizar plantas medicinales u otros recursos naturales -minerales y animales- para el tratamiento de las enfermedades, también se había comenzado a emplear medicamentos de venta libre, fáciles de conseguir en las farmacias. Entre estos medicamentos se encontraban jarabes para la tos, aspirina y sulfato de magnesio. Sumado a ello, June Nash describe la creciente desconfianza de la población hacia los curanderos,

debido a que la población consideraba a la brujería que practicaban como la responsable de la difusión de enfermedades contagiosas. Esto llegó a su punto más crítico cuando durante una epidemia de sarampión, la gente intentó asesinar a uno de los curanderos, al considerarlo responsable de la enfermedad.

En Venustiano Carranza, las experiencias de algunos colaboradores dan cuenta de que algunos curanderos también comenzaban a usar medicamentos en combinación con hierbas:

“Manuel Rodríguez se llamaba [el curandero]. Taba yo chiquito pue yo, pero me acuerdo de que puro ese de sal de uvas me daba y me daba este, la flor de chauco [sauco] que yo bebiera. Y el, la hojita lo hervían pa que yo me bañara. Y con ese me quito la tos, pero una tos crónica ya, meses lo tuve, pero ya me taba matando ta, flaco staba yo ya, no sanaba” (Pedro, 83 años, Venustiano Carranza).

1.3 Otras formas de atención: biomedicina

La atención biomédica era, por lo general, el último recurso al que recurrían las madres de familia para tratar las enfermedades de sus hijos. Aunque a finales de los 50 la cantidad de personas que asistía con el doctor era muy limitada, esta situación cambió a lo largo de los 60 e inicios de los 70 (Hunt, 1962; Metzger, 1964; Nash, 1970; Salovesh, 1971; Díaz, 1991).

Al inicio de este trabajo se pensó que la principal y única razón por la cual la población no asistía al doctor era debido a que no contaba con el dinero suficiente para pagar la consulta y los medicamentos, esto no era así. Las descripciones realizadas por Marcelo Díaz de Salas (1991) durante su estancia en Venustiano Carranza a principios de los 60 dan cuenta de que algunas personas gastaban incluso más dinero cuando se atendían con los curanderos que cuando iban al doctor.

Por tanto, aunque la falta de dinero era un factor que influía en la búsqueda de atención biomédica, no era el único. Otro factor que ejercía gran influencia es el hecho de que las personas no creían en las explicaciones que los médicos les brindaban sobre el origen de sus enfermedades y también porque consideraban que el trato que les brindaban era “muy

frío”¹⁵⁴. Esta situación provocaba que después de una o dos visitas al doctor, las personas regresaran a atenderse con los curanderos.

No obstante, durante la década de 1960 la aceptación de la atención biomédica y las experiencias en torno parecen incrementarse en las tres localidades. En Amatenango del Valle y Aguacatenango esta aceptación -especialmente de las campañas de vacunación contra el sarampión- se encontraba relacionada con los esfuerzos emprendidos por el INI para convencer a la población de acudir al médico y permitir la vacunación (Romano, 2003). Una de las acciones que tuvo un impacto positivo no sólo en estas dos localidades, sino en los Altos de Chiapas, en general, fue el teatro guiñol (Lewis, 2020). A través de este se difundía la versión del INI sobre el origen de las enfermedades, así como una percepción negativa de la atención con los curanderos¹⁵⁵. Algo que también fortaleció esta confianza, en el caso de Amatenango fue que algunos curanderos también habían comenzado a acudir con el doctor para tratar sus malestares antes (Nash, 1970).

Particularmente en Aguacatenango, Metzger (1964) menciona que la población acudía al doctor para realizarse pequeñas cirugías, toma de rayos X y análisis sanguíneos, lo que da cuenta del grado de aceptación que había alcanzado la biomedicina en dicha localidad. El autor también señala que cuando un enfermo lograba curarse con la asistencia biomédica muy probablemente buscaba este tipo de atención antes de acudir con un curandero.

En el caso de Venustiano Carranza, la aceptación de la biomedicina también creció a lo largo de los 60. Las madres de familia, particularmente las que no eran indígenas, comenzaron a acudir con boticarios y doctores para tratar aquellas enfermedades que eran consideradas graves, como el sarampión, la viruela, las lombrices y la tosferina, así como las que eran menos peligrosas, por ejemplo, el vómito y la diarrea. Los médicos,

¹⁵⁴ Algo similar expresó Pedro Juárez, un hombre tzotzil de los Altos de Chiapas, durante un evento realizado en el marco del Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional organizado por el INI, IMSS, COPLAMAR en el año de 1974 en San Cristóbal de Las Casas. De acuerdo con Pedro, uno de los inconvenientes de la medicina alópata era que los médicos que llegaban a sus comunidades no conocían ni comprendían su modo de vida y sus costumbres, aunque tampoco se esforzaban por hacerlo. Estas diferencias hacían difícil que ellos tuvieran la confianza suficiente para comunicar al médico sus malestares.

¹⁵⁵ Aunque los organizadores y guionistas del teatro Petul preferían utilizar el nombre de brujo en vez del nombre de los curanderos. Esto quizá se deba a que la población asociaba a los brujos con las enfermedades, el daño o mal echado y otros aspectos negativos.

generalmente, recetaban pomadas, para disminuir la comezón provocada por el sarampión y la viruela, desparasitantes y medicamentos inyectables.

Una de las personas que, a pesar de no ser doctor profesional, brindaba atención médica tanto a indígenas como a ladinos, y con quien la población acudía con cierta frecuencia, era don Román¹⁵⁶. Algunas de las razones por las que la población prefería asistir con él eran las siguientes:

“[...] era gente muy amable, por eso lo buscaban pue, era muy amable el señor, bueno pue [...]. No, ese hombre ayudó mucho y cuando les ayudaba no regresaban igual. [...] Ese señor nunca dijo este -No porque no tienen dinero no les voy a dar nada [de medicamentos]- no. Ese señor, este, ayudó mucha gente aquí del pueblo, por ejemplo. Que mucha gente lo recuerda pue, un hombre muy bueno que conoció de medicina y si no tenías paga no te decía no te voy a dar, -Llévalo y ahí me lo traés después-. Así trabajo él” (Javier, 64 años, Venustiano Carranza).

“don Román, que era como doctor pue, trabajó en el hospital. Lo sabía dar pue [los medicamentos]. Ibas en su casa, le decías pue que tenías y te daba pue la medicina” (Carmela, 66 años, San Francisco, Venustiano Carranza).

Además de don Román, la población acudía con médicos profesionales, aunque ninguno parece haber sido tan solicitado como el doctor Domínguez, a quien muchas de las colaboradoras solían consultar cuando sus hijos se enfermaban:

“sí, doctor Domínguez, ahí es que llevaba yo [mis hijos], si pue, ahí es que lo llevaba yo. Pero como con la bendición de Dios no se ponían grave mis hijos, si pue, no se ponían grave mis hijos, si pue, no se ponían grave, por eso es que...Si, te daba pue cualquier mal, pero siempre lo, lo busco pue su remedio, que remedio le puedo dar, ansi es como se logra” (Conchita G., 72 años, Venustiano Carranza).

La aceptación de la biomedicina también se vio reflejada en la manera de gestionar la salud en el espacio doméstico, particularmente, en el uso de medicamentos de venta libre, como los jarabes para los asientos y aspirinas, como recurso para curar las enfermedades. A pesar de que la población comenzaba a confiar en la efectividad de ciertos medicamentos, estos

¹⁵⁶ Como se mencionó en el capítulo anterior, don Román trabajaba en el hospital de Venustiano Carranza, aunque sus labores ahí no implicaban la atención de los pacientes, ya que no era médico ni tampoco enfermero de profesión. No obstante, era propietario de una pequeña botica.

por lo general no se utilizaban solos, sino que se combinaban con plantas medicinales, ya que se creía que así eran más efectivos, como lo recuerda uno de los colaboradores:

“[...] cuando ya, por ejemplo, la gripa ya no quiere el eucalipto, ya se hace, este...Se pone a hervir también un limón o dos limón partidos en cruz. Se pone a hervir y se toma con con una este ¿cómo se llama? Una, no se sí es aspirina o melubrina. Melubrina, ese es lo que se tomaba antes porque era bueno para eso. El limón corta pue la infección, ya la pastilla es pa quita el dolor y todo eso” (Javier, 64 años, Venustiano Carranza).

Aunque la biomedicina ya tenía cierto grado de aceptación entre la población, aún persistían algunas dificultades para su acceso. Estas eran, la insuficiencia de los servicios médicos gratuitos -las colaboradoras señalaron que el hospital no se daba abasto atendiendo a la población-; la discriminación que sufría la población indígena en el servicio médico¹⁵⁷ y la falta de dinero para efectuar el pago de las consultas y los medicamentos -en el caso de la atención médica particular-, como lo recuerdan algunas colaboradoras:

“creo que sí había [doctores particulares], pero lo que no había era el dinero para comprar los medicamentos” (Ofelia, 63 años, Venustiano Carranza).

“pues es un hospital [refiriéndose al hospital que se ubica en la cabecera municipal], le daba preferencia a los, a los caxlanes¹⁵⁸, como decimos y a alguien pue así que es pobre, pues como que no muy te atendían y como solo contaban con un médico también, no no había mucho” (Petra, 56 años, Venustiano Carranza).

2. La acción médico-sanitaria en el área de influencia del Centro Coordinador de Venustiano Carranza: implicaciones en la atención de la salud

En Aguacatenango y Amatenango del Valle, la acción médico-sanitaria del INI llevaba más de una década implementándose. Por tanto, al momento en que el CCI de Venustiano Carranza comenzó a hacerse cargo de implementar esta acción en las dos localidades, la atención biomédica era un recurso al que las madres de familia acudían con mayor frecuencia para el tratamiento de sus enfermedades.

¹⁵⁷ Michael Salovesh (1971) y Marcelo Díaz (1991) mencionan en su trabajo y diario de campo, respectivamente, la discriminación cotidiana que vivía la población indígena por parte de quienes no se consideraban indígenas.

Incluso, se habían llegado a formar una buena relación entre los médicos y algunos miembros de la comunidad, algo que muy difícilmente hubiese ocurrido décadas atrás. Durante una de las visitas a Aguacatenango, doña Clementina, una mujer de 66 años originaria de esa localidad, narró que cuando ella era niña, Celestino, el promotor del INI, era una buena persona. Solía visitar su casa y que su mamá siempre lo invitaba a tomar pozol¹⁵⁹ y a veces él se quedaba a comer. Por la manera en que ella narraba su historia, podía notarse que tanto la madre de Clementina como ella misma, tenían un gran respeto hacia la figura de “doctor” que representaba Celestino.

El caso de Venustiano Carranza es distinto, ya que antes de la creación del Centro Coordinador, el INI no había implementado una acción médico-sanitaria como la de Amatenango y Aguacatenango. No obstante, dado que la población ya estaba familiarizada con la atención biomédica, la creación de la clínica significó el surgimiento de un nuevo espacio para la atención de la salud. Al parecer, la noticia de la nueva clínica se fue difundiendo poco a poco entre la población. La mayoría de las madres de familia entrevistadas mencionaron que se habían enterado de la clínica a través de otras madres que ya habían acudido a ella con el fin de tratar alguna enfermedad. Doña Conchita P. (72 años, Venustiano Carranza) relata cómo es que algunas personas se enteraban de la existencia de la clínica del INI:

“porque, porque antes pue no había carro, que sta uno, se va uno, se rienda uno con carro, no. A pie se va uno. A pie se va uno, a pue se vienen otro. Por eso es que ahí es que se mira, ahí vienen la gente. Te van a, porque si es que te conocen que sabes hablar con la gente, te van a preguntar dónde fuiste, dónde te vas, no sé qué y también uno pues lo tenemos que preguntar -y vos pue ¿dónde te vas a ir? ¿hasta dónde? -ahí te va a decir ahí tal parte, tal lugar me voy a ir -Toy enfermita, toy mala, ahí es que me voy con doctor, aquí en la INI-, -Ah bueno-. Ahí es que se sabe”.

De acuerdo con los colaboradores, la atención médica brindada en el Centro Coordinador poseía características que contribuían a que la población decidiera atenderse por primera vez o regresar la próxima ocasión que presentaran alguna enfermedad que no pudiera

¹⁵⁸ Término que se emplea entre la población indígena de esa localidad para referirse a los habitantes o a cualquier persona que no tenga un origen indígena o que hable español.

¹⁵⁹ El pozol es una bebida hecha a base de maíz nixtamalizado y molido, ampliamente consumido en Chiapas.

atenderse en el espacio doméstico. Entre estas características se encontraba el buen trato brindado tanto por los doctores como por el personal del Centro Coordinador:

“No, los doctores eran en ese tiempo...no recuerdo el doctor ya, pero sí, el doctor era, era muy amable el doctor. Este ya me olvidé el nombre, pero era muy amable. Igual la que trabajaba ahí, la señorita que recibe la gente pue, era muy buena también. Han sido muy amables. De hecho, la gente que trabajaba ahí había, la mayoría eran indígenas que trabajaban. Han sido gente que te dan un buen trato pue, si lo comparamos una presidencia onde llegas, te tratan mal. Ahí [en el INI] no. Ahí te tratan bien” (Javier, 64 años, Venustiano Carranza).

La facilidad para acceder a una consulta médica -muchos colaboradores mencionan solo bastaba con presentarse en el Centro Coordinador, pedir una ficha y esperar-; el abasto de medicamentos –al parecer en el hospital era frecuente la falta de medicamentos- y el bajo costo de la atención médica- que posteriormente se volvió gratuita- eran otras características:

“lo sabía yo que ahí de la INI hay medicina también, dan medicina también. Ah poe también ahí me acudí también del INI [...]. Me daban pastillas para desparasitar, sí. Poe eso es que nos vamos pue en el doctor, ahí nos daban, sí. A veces jarabe, a veces pastilla, si pue” (Antonia, 60 años, Venustiano Carranza).

“como este, para ir unta el doctor se necesitaba tener dinero, porque toso es pue pagado y todo. En cambio, ahí [en el INI] el doctor, había doctor ahí y la medecina era gratis que lo daban pue ahí. Aghí lo daban gratis la medicina. Había pues también este dentista, como le dicen, este. Ahí lo, ahí quitaban, ya no pagábamos para quitar los dientes pue ahí, porque el, era gratis, pue, era. Ósea, era un apoyo que que nos daban. Le daban pue lo ques la, lo, las colonia” (Socorro, Venustiano Carranza).

Es preciso mencionar que para que la población asistiera a un mismo lugar en busca de atención médica no bastaba que los medicamentos fueran accesibles, sino que éstos debían probar ser efectivos en el tratamiento de las enfermedades, ya que esto implicaba que el médico sabía hacer bien su trabajo y recetaba buenas medicinas¹⁶⁰. De acuerdo con la

¹⁶⁰ En la práctica médica es importante que el médico, además de conocer qué medicamentos debe recetar para cada padecimiento, también tenga conocimiento sobre las dosis en que debe prescribir el uso de tales medicamentos.

experiencia y percepción de los colaboradores los doctores del INI parecen haber cumplido con este requerimiento:

“Y jui pue [en la clínica del INI]. Pa’ que voy a hablar, me atendieron bien, me dijeron -Si no, si no lo miraste que no le hace bien esa medecina, vieneste al siguiente [día]- Pero si, gracias a Dios, sanaban mis hijos. [...] Este, ya sabes que el pobre busca donde hay medecina buena. Porque atienden bien ahí en la INI, se me enfermaban mis hijos ¿dónde iba yo? Ahí. Me daban buena medecina pa’ mis hijos y para yo también. [...] Y les decía yo los doctores este - ¿y cuánto va ser la consulta? -, -uste traiga sus hijos, no le dé pena. Uste y también uste puede pasa en consulta- me dijo, -ah bueno-, es que allá era mí, ¿ónde era mi ida? En la en la INI” (Gloria, 69 años, Venustiano Carranza).

Además de los aspectos expuestos, hubo situaciones que contribuyeron a que la población se acercara a buscar atención médica en el INI. Estas situaciones fueron las malas experiencias con los curanderos. Como se señaló en el apartado anterior, a pesar de que las madres de familia habían comenzado a hacer uso de la biomedicina, aún mantenían cierta confianza en los curanderos, a quienes acudían para diagnosticar y atender enfermedades-.

Un buen ejemplo de estas malas experiencias es el que relata doña Carmen H. (71 años, Venustiano Carranza) le sucedió a una de sus vecinas, la señora P. De acuerdo con doña Carmen, la señora P. tenía un hijo de pocos meses de nacido que había estado muy enfermó. Ella no sabía qué más hacer para que su hijo se recuperara y tampoco estaba segura de que enfermedad tenía. Ya había acudido con varios curanderos, pero ninguno lo había curado. El último curandero que visitó le había asegurado que su hijo estaba enfermo porque “iba a recibir su mesa”¹⁶¹, lo que quería decir que se convertiría en curandero.

La señora P. no creyó en lo que le dijo el curandero porque su hijo era apenas un bebé. Por ello y en vista de que el niño aún continuaba enfermo decidió, como último recurso, acudir a la recién abierta clínica del INI. Ahí el doctor le diagnosticó lombrices a su hijo y le recetó algunos medicamentos. Estos medicamentos hicieron efecto rápidamente, aliviando todos los malestares del bebé. Dicha experiencia, según narra doña Carmen, provocó que la

¹⁶¹ “Recibir mesa” es una frase muy común en Venustiano Carranza para referirse a una persona que ha obtenido el don de curar el mal puesto y otras enfermedades. La mesa constituye un elemento importante para este tipo de curanderos, ya que es sobre esta donde se colocan los santos y otras imágenes que le ayudaran a diagnosticar y tratar los malestares de las personas.

señora P. desconfiara de los curanderos y, al mismo tiempo, comenzara a percibir de manera positiva la atención brindada por los doctores del INI. Esta experiencia también parece haber cambiado la percepción de doña Carmen, pues los inició a considerar “buenos doctores”.

Una experiencia similar le ocurrió a doña María de la Luz, quien relata que su hija de tres meses de nacida se enfermó de asientos -otro nombre con el que la población de Venustiano Carranza conoce a la diarrea-. Debido a que ella no había podido tratar la enfermedad en su hogar, decidió asistir con una curandera, quien hizo que se tomara una pastilla. Esto en vez de generar una mejoría en la bebé, provocó que su situación empeorara. Doña María, muy asustada decidió entonces llevarla con un médico, quien le dijo que la bebé fallecería, pues ya no había nada que hacer para ayudarla, su condición era grave. Desafortunadamente la niña murió a las pocas horas. Este suceso marcó a doña María, generando un sentimiento de total desconfianza hacia cualquier clase de curandero. De ahí en adelante, cuando sus hijos se enfermaban prefería recurrir a la atención biomédica, por ello iba a las consultas del INI.

2.1 Recursos para curar y prevenir las enfermedades provistos por la clínica y puestos médicos del INI

La cantidad de personas que acudía mensualmente a los puestos médicos permite observar en qué medida la biomedicina se había convertido en un recurso u opción más para el tratamiento de las enfermedades. En el caso de Amatenango del Valle, el promedio era de 30 personas al mes, mientras que en Aguacatenango, 92. La clínica central, en sus dos primeros meses atendió a cerca de 50 personas. No obstante, a partir del tercer mes, la cantidad fue aumentando hasta alcanzar la cantidad de 140¹⁶² -aunque es probable que esta cantidad haya aumentado aún más-.

¹⁶² AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Salub., Caja 2, exp. 0024 (Exp. No. 28), 1976, *Copias del informe del mes de abril, mayo, junio y julio. Clínica central y puestos médicos*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Salub., Caja 2, exp. 0029 (Exp. No. 69), 1976, *Copias del informe mensual a máquina de los meses de octubre, noviembre, diciembre de 1976. Clínica central y puestos médicos*; AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Dir., Subser. Informes, Caja 5, exp. 0094, 1977, *C.C.I. Venustiano Carranza, informe de actividades* [Diciembre 1976-abril 1977].

Las enfermedades por las cuales las madres de familia y, ocasionalmente, los hombres, buscaban atención en los puestos médicos y clínica del INI iban desde malestares leves como calentura, tos, gripa dolor de cabeza/estómago y diarreas -que por lo general eran tratadas y curadas en el espacio doméstico- hasta infecciones gastrointestinales, sarna, reumatismo y lombrices

Para aliviar estos y otros padecimientos comunes los doctores recetaban una serie de pastillas, jarabes, soluciones inyectables, antibióticos, mismos que se presentan a continuación:

Cuadro 8. Medicamentos utilizados en la clínica central y puestos médicos del CCI de Venustiano Carranza para el tratamiento de enfermedades.¹⁶³

Medicamento	Usos
Penicilina	Enfermedades infecciosas causadas por bacterias (incluyendo las infecciones respiratorias)
Difenhidramina	Alergias
Caolín y pectina con sulfetamida	Diarrea y malestares gastrointestinales
Sulfadizina	Infecciones en las vías urinarias
Mejoralitos	Calentura
Ácido acetilsalicílico (aspirina)	Dolor, fiebre e inflamación
Dimetilpirazolona	Dolor
Jarabes bequicos	Tos
Hidroxiquinoleina	Enfermedades relacionadas con los huesos
Piperazina (Desparasitante)	Lombrices
Sulfadizina	Infecciones en las vías urinarias
Gotas y pomadas	Malestares en los ojos
Cibalgina	Analgésico
Buscapina	Dolores de estómago

¹⁶³ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Salub., Caja 1, exp. 0002, 1976, *Oficio No. 52. Solicitud de medicamentos*. Entrevistas en Venustiano Carranza, Chiapas.

Cuadro 8. Medicamentos utilizados en la clínica central y puestos médicos del CCI de Venustiano Carranza para el tratamiento de enfermedades (Continuación).

Vitaminas y suplementos (Complejo B, extracto de hígado y tiamina B1)	Anemias y avitaminosis
Paracetamol	Calentura
Naproxeno	Dolor de cuerpo
Escabisan	Sarna
Butazolidina	Desgarres musculares o de tendones

Es preciso mencionar que, en el caso de Venustiano Carranza, la población había comenzado a hacer uso de algunos de los medicamentos enlistados (o similares) por recomendación de médicos particulares, años antes, por lo que no constituyeron un recurso novedoso. Ejemplo de éstos son la aspirina, el mejoral, los jarabes béquicos y los desparasitantes.

La mayoría de las madres de familia utilizaba estos medicamentos en combinación con las plantas medicinales que ellas conocían, pues consideraban que así funcionaban mejor y ayudaban a un alivio más rápido, como refieren algunas colaboradoras:

“sí se tomaba también [hierbas]. Los dos, los dos. La pastilla pue ahí lo tenes que baja con esa, esa hojita que le vas a poner tú te, si pue. Con ese se le quita uno, sí pue” (Concepción, 72 años, Venustiano Carranza).

“[BG: ¿y por qué enfermedades iba usted al INI?] pues por la tos. Por la tos o porque de repente tenía diarrea mis hijitos, ahí nomás me iba yo. Y con lo que les daban pue sanaban. Y otro poquito los ayudaba yo [con lo] que me decía mi suegra -Dale tal hojita. Que corta ese, dale-, -Ah bueno-, -Sobále sus pancita- y con eso” (Rosa, 50 años, Venustiano Carranza).

El uso combinado de plantas y medicamentos también se aplicaba en el caso de extracciones dentales, como lo menciona doña Oralia (70 años, Venustiano Carranza):

BG: cuando les quitaron la muela ¿les dieron algo para el dolor o para que no se...?

OM: sí, nos daban pastillas para quitar dolor.

BG: y aparte de eso, ¿usted utilizaba...? ¿usaba usted alguna plantita?

OM: ah, sí, sí. Este también la cascarita de de este, de nanch, lo poníamos a herve y ese, con ese nos enjuagábamos o bien el agua del apazote [epazote]. Si, agua de apazote, sí. Se pone a herve también y se le echa un poquito de sal y, y con esa nos nos enjuagamos.

A pesar de que la combinación de plantas y medicamentos era una práctica de atención muy constante y útil, algunas madres de familia comenzaron a emplear sólo los medicamentos cuando notaron que éstos eran eficaces en el alivio de ciertas enfermedades. Doña Emilia (72 años, Amatenango del Valle) menciona que cuando su hijo más pequeño se enfermaba de gripe, tos o calentura acudía con don Tomás [promotor del puesto médico], quien siempre le recetaba medicamentos, con los que muchas veces se aliviaba:

BG: y cuándo le daba usted su pastilla [a su hijo] ¿ya no le daba usted hierbita o todavía le daba usted?

EA: no, ya no. Sólo con su pastilla. Le voy a [dar de] tomar solo su hierbita o le voy a [dar de] tomar esa pastilla.

En los casos en que las enfermedades requerían de un tratamiento prolongado, las personas adoptaron el uso exclusivo de medicamentos para tratar dicha enfermedad de forma más fácil. Un buen ejemplo de esta situación es lo que narra don Jesús J. (52 años, Venustiano Carranza) le ocurrió cuando era joven:

JJ: pues yo estuve en consultas, de, de este, ¿Cómo decir? Consultas, creo que familiares. Porque yo llegaba por una enfermedad que tenía yo de mí, de mí...Supuestamente que era mi...ellos le llaman desgarras de tendones. Y ahí me daban mis medicamentos pues mensual. Tenía yo que ir a recoger mi medicamento.

BG: ¿y qué medicamento era el que le daban para su...?

JJ: estábamos en el INI, me daban butasolidina.

BG: butasolidina ¿para qué era?

JJ: para quit, para cortar dolor, desinflamar.

BG: ¿y si le funcionaba?

JJ: si pue, me quitaba todo pue. [Ó]sea es como un, como un control nomás pue.

BG: ¿había usted visitado también otros, digamos, sobanderos y hierberos para tratarse?

JJ: no, sólo ahí me daban mi medicamento.

BG: ¿y no tomabaste otro tipo de medicina, como hierbas o pomaditas?

JJ: no, no. Ya últimamente que no me quitaban las pastillas sí ya fui con hierbero.

Sumado a las pastillas y los jarabes, las soluciones inyectables también parecen haber sido un tipo de medicamento usado con frecuencia para el tratamiento de enfermedades, siendo consideradas, aún en la actualidad, más efectivas que cualquier pastilla, jarabe o planta medicinal. Aunque eran muy pocos los casos en los que las madres de familia optaban por sólo medicamentos para aliviar algún malestar, es necesario reconocer que éstos se habían convertido en un recurso sobre el que la población aprendía y usaba cada vez más. A través su propia experiencia asistiendo a las consultas, la población poco a poco iba dándose cuenta de qué medicamentos les servían para tratar la gripe, el dolor de estómago, la fiebre y otras enfermedades, como puede observarse en lo relatado por Doña María de la Luz (77 años, Amatenango del Valle):

ML: como a veces nos viene corrimiento y tenemos visto que pastilla es para el corrimiento¹⁶⁴, le vamos a pedir ese don difunto señor [don Tomás, el promotor de la localidad]. -Quiero esta pastilla, es que bien que hace [la] medecina- dice, -Ah bueno-, ahí nos da una caja.

BG: y cuando se sentía usted mal, que no sabía que tenía uste ¿le decía a él [a don Tomás]?

ML: No, no. Le vamos a avisar [que] tenemos corrimiento, ya él da la medecina. Y ahí lo vimos ya que hace bien [la] medecina, la pastilla. Ya lo guardamos la caja para volver [por] otro.

BG: y ¿tomaba usted hierbita para ese corrimiento?

ML: sí, tomábamos hierbita, pero no le hace caso. [...] Ese el el chili wet [riñonina].

¹⁶⁴ Nombre utilizado en Amatenango del Valle y otras localidades del Chiapas para referirse a un tipo de padecimiento diarreico que causa dolor abdominal, mala digestión, sed, gases, vómitos y molestias al momento de defecar (Mata et al., 1994).

Ante el panorama de aceptación que estaban teniendo los medicamentos como recurso para la atención de la salud en el espacio doméstico y recordando los objetivos iniciales de la acción médico-sanitaria del INI valdría la pena preguntarse ¿qué pensaban los médicos y promotores del sobre el uso de plantas medicinales? ¿cómo influyeron en la aceptación de la biomedicina? Al menos en el caso de Venustiano Carranza, los doctores no prohibieron el uso de plantas medicinales a la población o cuestionaron su efectividad, sino que respetaban esta forma de atender sus enfermedades. Así es como lo percibían algunas colaboradoras.

Además de las consultas médicas, tanto en Amatenango como en Aguacatenango, el INI había realizado campañas de vacunación contra la poliomielitis, la tosferina, el sarampión, la difteria y el tétanos en las escuelas primarias¹⁶⁵, al parecer, sin que hubiera resistencia por parte de las madres de familia. Algunas colaboradoras incluso recuerdan que eran sus mamás quienes las llevaban a vacunar, tal es el caso de doña Carmen (63 años, Aguacatenango):

CR: cuando estaba yo chiquita y llevaba mi mamá allá en la clínica para vacunar. -Hay veces viene todas las enfermedades- dice el doctor, por eso vamos a llegar a pedir el el vacuna y nada más, sí.

BG: ¿y dónde los vacunaban?, ¿aquí en Aguacatenango?

CR: si, aquí en el, la, allá en el clínica, si ahí.

En Venustiano Carranza, aunque no se organizaron campañas de vacunación como las de estas dos localidades, el INI apoyó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la inmunización de la población. Algunas colaboradoras también mencionaron que en la clínica central se aplicaban vacunas contra el sarampión y el tétanos, aunque esto no era muy frecuente, pues el INI carecía de los biológicos, por lo que debía solicitarlos previamente con alguna institución de salud. Aunque no muchas madres de familia confiaban en las vacunas, las pocas que lo hacían llevaban a sus hijas e hijos a la clínica

¹⁶⁵ AHCCITT, Secc. Dir., Ser. Salub., Caja 1, exp. 0002, 1976, *Comunicado. Fecha en la que se llevará a cabo la vacunación* [Amatenango del Valle]; *Circular. Vacunación simultánea de D.P.T., sarampión y poliomielitis.*

central cuando el médico les avisaba que estarían disponibles los biológicos, como menciona doña Socorro (53 años, Venustiano Carranza) en este fragmento de entrevista:

BG: cuando usted estaba o iba al INI ¿también había campañas de vacunación?

MS: Ah si, había.

BG: ¿pero les avisaba o cómo es que?

MS: si, -pa tal día va ve vacuna-. Ósea los que llegabamo en la consulta. -Vengan mañana, hay consulta de, para para que les pongan sus [vacuna] para sarampión, virguela, todo eso pue. Te daban este vacuna. Pero como en ese tiempo tenía miedo la gente vacunarse, casi no muy llegaban. Casi no muy llegaban, sé. Pero, casi este, después ya fue agarrando pue ya confianza la gente pue. Ya ya vacunaban del tetáno, todo eso pue vacunan, ya. Pero más eran los niños, sí. Ahí me dieron todavía, pe parece que jue de, del este, de la virguela. Ahí me, me dieron pue de la virguela todavía, sí. Porque no había mucha vacuna en ese tiempo. Era era poquita las vacunas que llegaban, no era como horita que hay bastante. [...] Si nomás los que alcanzaban les ponían y lo que ya no, ahí quedaban.

La labor de los promotores de los puestos médicos y del INI, como instituto, en la aceptación de las vacunas, si no por toda, al menos, por buena parte de la población en Amatenango y Aguacatenango fue más ardua que en Venustiano Carranza. Sin duda, esta labor implicó acercarse a la población y convencerla de que vacunarse no era peligroso, sino que contribuía a la prevención de aquellas enfermedades que ellos mismos consideraban mortales.

Aunque la aceptación de la vacunación no tuvo una repercusión directa en el uso de las plantas medicinales sí lo hizo en la salud de la población, al disminuir gradualmente la cantidad de casos de sarampión y tosferina, de acuerdo con la percepción de las madres de familia y colaboradoras. Aunque no se cuenta con registros locales que permitan observar este descenso, las estadísticas estatales¹⁶⁶ ofrecen un panorama epidemiológico general. De acuerdo con éstas, hasta 1984 la tosferina se encontraba dentro de las 20 principales causas de enfermedad en Chiapas, con un total de 201 casos registrados. Mientras que el

¹⁶⁶ Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), *Anuarios de morbilidad 1984-2021*, compendio disponible en <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>

sarampión continuó en la lista hasta 1986, con 122 casos¹⁶⁷. Después de 1984 y 1986 ambas enfermedades dejaron de formar parte de esta lista, lo que indica una disminución en su incidencia.

Otras acciones realizadas por el INI que tuvieron una repercusión en la salud de la población fueron las pláticas familiares. En ellas, los médicos enseñaban a las madres de familia de qué manera lavar y preparar los alimentos para evitar la aparición de infecciones estomacales. Asimismo, debido a que la población carecía de agua potable, durante las pláticas se les enseñaba la forma correcta de hervir el agua y, en el caso de Venustiano Carranza, se les proveía de microdyn para desinfectar el agua de la llave.

Algunas madres de familia reproducían, en el espacio doméstico, las recomendaciones que les hacían durante las pláticas. De este modo fueron adquiriendo nuevos saberes y prácticas en torno a cómo prevenir ciertas enfermedades -especialmente las infecciones causadas por bacterias-, como lo relata doña Socorro (52 años, Venustiano Carranza), quien acompañaba a su mamá a las pláticas que el doctor ofrecía en la clínica central:

“Nos daban plática. Cómo nos cuidamos, como nos íbamos a cuida pa tales enfermedades, se van a cuida. Y este, principalmente como mamás, porque yo iba yo con mi mamá. Ya ella le decían -usté vaste a cuida su hija en tal y tal forma. Que quiere llevar bien su tratamiento, le vasre a darle bien cómo va- Así le daban pue. [...] Nos servía [las pláticas] porque de ahí juimos aprendiendo, ya mi mamá jue aprendiendo [...] como se [hace] el aseo y todo eso pue. De que, de que el aseo no digamos que no se hace, si se hace el aseo, pero no, hay otras cosas de aseo que puede uno, que no, este, no lo hace uno pue, ese es lo que veníamos aprendiendo. [...] Bebiamos agua de, así cruda y para que no bebiéramos el agua cruda nos daban el microdyn. Y le echábamos el agua para tomar y ya pa lavar las verduras, pa lavar este los, pa lavarse los manos. [Antes] el agua ni lo hervíamos, como caía del tubo así bebíamos el agua. Si nos hacía mal, porque cada rato la panza, porque no sabía uno pue porque, de qué venía toda esa inflamación. Ya veníamos aprendiendo. Ya con la plática que nos dieron”.

¹⁶⁷ Es importante mencionar que tanto en el caso de la tosferina como en el del sarampión las estadísticas solo contemplan aquellos casos que fueron diagnosticados en algún centro de salud público (IMSS-SSA) y no los que se diagnosticaron en consultorios particulares o en el espacio doméstico. Por tanto, debe considerarse como un estimado y no las cifras reales.

2.3 Pluralismo médico

Durante el tiempo en que se implementó la acción médico-sanitaria, la población de las tres localidades recurrió a dos formas de atención, la medicina tradicional -practicada por los curanderos- y la biomedicina -brindada en centros de salud y consultorios particulares-. Las madres de familia de Amatenango, por ejemplo, se trasladaban a Teopisca para atenderse con algunos médicos particulares cuando el puesto médico cerraba. Así mismo recurrían, ocasionalmente, a los hierberos en los casos en que el medicamento recetado por el promotor no les curaba y en aquellos cuando la enfermedad era ocasionada por entes sobrenaturales o consecuencia del mal puesto. Algo similar ocurría en Aguacatenango, ya que la población continuó asistiendo con los curanderos de vez en cuando.

En Venustiano Carranza, la población seguía buscando atención con los médicos particulares y en el hospital, ya que el INI sólo tenía capacidad para atender a cierto número de personas al día y al mes. Cabe señalar que, con el paso de los años, llegaron otros médicos a la cabecera municipal, entre ellos el doctor Darío y el doctor Arenas. Cuando la clínica del IMSS abrió sus puertas para brindar atención biomédica a la población, muchas madres de familia dejaron de asistir al INI y comenzaron a acudir a esta nueva clínica debido a que contaba con más equipo para diagnosticar y atender las enfermedades: “ya cuando hubo clínica, lo dejamos de molestar ya la INI” (Gloria, 69 años, Venustiano Carranza). Aunque algunas colaboradoras mencionaron que no recibieron un buen trato por parte del personal de la clínica, pasando por experiencias poco agradables. Sumado a ello, las farmacias permitieron a la población acceder a medicamentos de venta libre, promoviendo y fortaleciendo la automedicación.

Con respecto a la atención con curanderos, si bien algunas personas continuaron asistiendo con ellos, éstas eran pocas en comparación de 1960. Una buena parte de la población manifestaba cierta desconfianza hacia ellos para tratar enfermedades que sabían o creían que tenían una causa natural, por ejemplo, las infecciones gastrointestinales. No obstante, cuando se trataba de padecimientos que afectaban la entidad anímica -parte fundamental del ser humano- las personas acudían a llamadores de espanto o a algún otro curandero.

Este escenario refleja la pluralidad de recursos y prácticas de atención a la que recurría la población durante la implementación de la acción médico-sanitaria o, en otras palabras, el pluralismo médico existente. Cabe aclarar que dicho pluralismo no surgió con los programas de salud del Centro Coordinador, pues desde el inicio de la década de 1970 se observaba el uso tanto de la biomedicina como de las prácticas médicas locales en la atención de las enfermedades, aunque no de manera generalizada. Las dificultades para acceder a la atención biomédica -escasez de centros de salud, falta de dinero y discriminación-, por un lado, y la desconfianza que una parte de la población todavía sentía hacia la misma, por el otro, limitaron el empleo simultáneo (o paralelo) de las dos formas de atención.

No obstante, la acción médico-sanitaria del CCI amplió las posibilidades de acceso a la atención médica gratuita, al mismo tiempo que contribuyó a que las madres de familia, como principales gestoras de la salud en el espacio doméstico, adquirieran conocimientos y experiencia en torno al diagnóstico y alivio de ciertos padecimientos a través del uso de medicamentos de venta libre. Con ello, el pluralismo médico se fue extendiendo gradualmente. Asimismo, comenzó a evidenciar algunas desigualdades. Una de ellas es que la atención biomédica era reconocida y promovida por las instituciones de salud, mientras que de la medicina tradicional sólo se fomentaban ciertas prácticas. Valdría la pena cuestionarnos, entonces, hasta qué punto fue plural la atención de la salud en el espacio doméstico y a nivel local.

3. El uso de las plantas medicinales después de la acción médico-sanitaria: ¿cambios o continuidades?

La acción médico-sanitaria del INI jugó un importante papel en la aceptación de la biomedicina, en general, y el uso de medicamentos como recurso para el tratamiento de las enfermedades en el espacio doméstico, en particular, al facilitar el acceso a esta otra forma de atención.

No obstante, tal parece que esta situación generó un pequeño cambio en la relación de la población con la flora de su entorno, ya que ésta dejó de ser considerada como el único recurso disponible y el más eficaz para curar los distintos padecimientos que les aquejaban.

Aunque al inicio, las madres de familia y el resto de la población, seguían aprovechando la flora medicinal mediante la combinación de su uso con la atención biomédica -el uso de medicamentos, por ejemplo-, con el paso del tiempo algunas personas optaron por solo emplear medicamentos. Esto generó que ciertas plantas dejaran de tener el mismo uso.

Sumado a ello cabe mencionar que las interacciones y relaciones que se construían a partir de la transmisión de saberes también se vio afectada. Esto debido a que no sólo ciertos saberes en torno al uso de las plantas medicinales han dejado de compartirse, si no que cuando se hace, las personas no muestran el mismo interés por hacer uso de estos saberes, como tampoco por compartirlos, como lo expresa doña Gloria (69 años, Venustiano Carranza):

“yo me da a veces coraje que les decís cuál es bueno y no lo hacen, prefieren estar con doctor.
Tienen la paga y ya ahí tienen que ir con doctor y la medicina”

La situación que señala doña Gloria no sólo ocurre a nivel comunitario, con otros miembros de la localidad, sino que también es muy frecuente a nivel familiar, con los hijos, nietos y otros familiares cercanos. A medida que se van dejando de utilizar, de manera frecuente, ciertas plantas, los saberes disminuyen y también las interacciones a nivel familiar y local experimentan ciertas rupturas.

3.1 La disminución en el uso de las plantas medicinales

Pese a que las madres de familia y la población en general empleaban distintos tipos de medicamentos para atender sus enfermedades en el espacio doméstico, las plantas medicinales continuaron siendo un recurso importante para tratar distintos padecimientos. No obstante, algunas de las plantas que, con frecuencia, eran utilizadas durante 1960 y 1970 fueron dejando de emplearse o su cantidad de aplicaciones disminuyó.

La población actual también ha percibido este desuso y la preferencia que las personas - incluyendo las madres de familia- tienen por los medicamentos, como lo expresan algunos colaboradores:

“Ahorita veo que los jóvenes no aguantan usar las hierbas, usan más las pastillas” (Ofelia, 63 años, Venustiano Carranza).

“pues horita con el tiempo ya disminuyó. Porque estamos hablando casi de un ochenta por ciento de personas que ya no lo consumen las plantas, prefieren ir al médico y aunque le digan tomeste esto, no lo toman” (Jesús, 52 años, Venustiano Carranza).

“[BG: ¿me imagino que antes la gente se curaba con hierbitas?] EA: si, sí. Pero antes, hora pura pastilla ya” (Emilia, 72 años, Amatenango de Valle).

La tabla que se presenta a continuación muestra el cambio en el uso de las plantas medicinales usadas en las localidades estudiadas:

Cuadro 9. Cambios en el uso de las plantas medicinales.

Plantas	Usos entre 1960-1970	Usos actuales
Achiote	Viruela Sarampión	
Alpiste	Sarampión	
Anona	Dolor de cabeza	
Calabaza	Sarampión	
Cabeza de viejo	Enfermedades de la piel	
Caulote	Diarreas Calentura Tosferina Gripa Disentería Asientos Tos	Disentería Tos Asientos Diarrea Dolor de huesos
Chilacayote	Tosferina	
Contrahierba	Dolor de estómago Diarrea Disentería	Infecciones estomacales
Cuajilote	Tosferina	
Curarina	Diarrea Tosferina Dolor de estómago	Picadura de alacrán Dolores menstruales Herpes
Fresno	Paludismo	
Guash	Lombrices	

Malva	Desinflamación de los riñones Suciedad en la matriz Empacho	Lombrices
Maíz	Calentura Malestar estomacal	Mal de orine Quebradura
Mulato	Diarrea Calentura Asientos Gripa	Asientos Dolor de rodilla
Nance	Dolor de estómago Disentería Diarrea Cicatrizante	Diarrea Cicatrizante
Ortiga	Estreñimiento	
Pumpumflor	Diarrea Calentura Tosferina Gripa	
Quina	Calentura Fiebre tifoidea Paludismo	Fiebre palúdica Dolor de estómago
Sanalotodo	Paperas Angina Dolor de cabeza	
Sauco	Tos Tosferina Bronquitis	
Sangre de drago	Sarna Dolor de garganta Infecciones en los ojos Heridas	Diarrea
Tabaco	Aire Dolor de estómago	
Tormentila	Disentería	
Tronafrente	Viruela Sarampión	Salpullidos
Tulipán (Hibiscus uncinellus)	Tos Tosferina Tuberculosis	
Tulipán (malvaviscus)	Tos	

arboreus)	Tosferina Tuberculosis	
Plantas mencionadas por Juan María Morales (1974)¹⁶⁸		
Caña fistula	Laxante (Martínez, 1944, Álvarez, 1954; Cabrera, 1977) Purgante (Cabrera, 1977)	
Guaco	Tétanos (Martínez, 1944) Picadura de víbora (Martínez, 1944; Cabrera; 1977) Lombrices (Martínez, 1944) Disentería (Cabrera, 1977) Dolor en distintas partes del cuerpo, incluyendo el estómago (Martínez, 1944; Cabrera, 1977)	
Guarumbo	Disentería (Martínez, 1944) Asma (Martínez, 1944)	

La revisión de trabajos etnobotánicos y etnomedicinales llevados a cabo en Amatenango del Valle, Aguacatenango y Venustiano Carranza por Berlín et al. (1990), Berlín y Berlín (1996) y Aguilar (2009), así como el trabajo de campo, permitieron observar que el desuso algunas plantas y la disminución de la cantidad de aplicaciones de otras, comienza a ser más notable entre 1970 y 2010 -periodo durante el cual se implementó la acción médico-sanitaria del INI. Un aspecto de las plantas en desuso que cobra relevancia es que la mayoría forma parte de la vegetación primaria de las localidades de estudio, es decir que se trata de plantas nativas, lo que da cuenta de ciertas rupturas en torno a la relación que las personas establecen con la flora de su entorno.

El desuso de algunas de estas plantas se encuentra relacionado con la notable disminución de las enfermedades para las cuáles eran empleadas. Ejemplos de dichas plantas son: achiote, alpiste, calabaza, chilacayote, sauco, cuajilote, tulipán, tronafrente (hibiscus

¹⁶⁸ Aunque el autor no menciona los usos de estas plantas en Venustiano Carranza, la consulta de compendios sobre plantas medicinales de México permitió conocer las diversas propiedades medicinales que la población, en distintas partes del país y del estado, atribuía a dichas plantas. Esto con el fin de identificar la continuidad o discontinuidad de alguno de estos usos en la localidad.

uncinellus), tulipán (*malvaviscus arboreus* Cav.), pumplumflor. Todas ellas eran utilizadas para el tratamiento de sarampión, viruela y tosferina. No obstante, la población dejó de recurrir a ellas cuando la frecuencia de estas enfermedades disminuyó notablemente, como resultado de las campañas de vacunación. Actualmente, la población -con excepción de los habitantes de Amatenango- considera que estas enfermedades casi han desaparecido por completo:

“Ya hora con la bendición de Dios ya no tanto bien recio lo oigo [...] como dicen pue con sam, sarampión, que virguela, que tosferina, que no sé qué cosa es pue que hay. Ya con la bendición de Dios, ya nunca he oído ya, así como antes, si pue” (Concepción, 72 años, Venustiano Carranza).

Otro factor que también influyó fue que se comenzaron a utilizar cremas, pastillas y jarabes para tratar los síntomas. Una de las colaboradoras menciona que cuando a su hija le dio sarampión, hace 30 años aproximadamente, la llevó al doctor, quien le recetó una crema para ayudar a secar el salpullido que produce dicha enfermedad.

De acuerdo con el registro etnobotánico realizado por Aguilar (2009), en Venustiano Carranza menos de 3 personas, de las 150 que fueron encuestadas, utilizaba el achiote como recurso medicinal para la atención del sarampión. El caso del tulipán de la especie *malvaviscus arboreus* Cav., es muy similar. El uso frecuente de esta planta fue documentado por Brent Berlín y un equipo conformado por indígenas tzotziles y tzeltales, en el marco del Programa de colaboración sobre medicina indígena tradicional y herbolaria (PROCOMITH), a finales de 1980 en las Amatenango y Venustiano Carranza. No obstante, en el caso de esta última localidad, la notable disminución en su uso se observa en el trabajo de Aguilar (2009), quien dentro de sus registros indica que una persona la empleaba para tratar la tos. El uso del tronafrente, también disminuyó considerablemente hacia 2007, puesto que solamente cinco personas empleaban este recurso medicinal (Aguilar, 2009).

En Amatenango, por otra parte, la población, sobre todo la más joven, parece haber olvidado los saberes en torno a esta planta. Durante el trabajo de campo, varias colaboradoras mencionaron que recientemente algunos niños de la localidad habían sido diagnosticados con tosferina y que el médico les había dado tratamientos muy costosos. De acuerdo con las colaboradoras, los familiares de los niños enfermos estaban buscando otras

alternativas menos costosas, como las plantas. Aunque ni ellas ni otras personas sabían qué planta podría ayudarles a aliviar esta enfermedad. Esto da cuenta de que ciertos saberes dejaron de transmitirse tanto al interior de las familias como a través de amigos, conocidos y otros miembros de la localidad.

Las demás plantas usadas para tratar el sarampión y la tosferina no aparecen en los trabajos de Berlín et al. (1990), Berlín y Berlín (1996) y Aguilar (2009). Su uso reciente tampoco fue registrado en el trabajo de campo. Lo que podría indicar que desde la década de 1990 su uso como recurso medicinal era limitado.

Otras enfermedades cuya presencia también disminuyó considerablemente -aunque no se considera que hayan desaparecido o que estén por desaparecer- son la fiebre tifoidea y el paludismo. Las plantas asociadas al tratamiento de estas enfermedades el fresno y la quina, presentan dos casos distintos. El fresno dejó de figurar como recurso medicinal desde antes de 2010, de acuerdo con el trabajo de Berlín et al. (1990) y Aguilar (2009). Mientras que la quina, todavía se sigue siendo empleada por una pequeña parte de la población para el tratamiento de una de las dos enfermedades.

El resto de las plantas, que también han mostrado un importante desuso, eran empleadas para tratar enfermedades que continúan presentes y, en algunos casos, son frecuentes en la población. Las enfermedades respiratorias como la tos y la gripe, por ejemplo, han estado entre las tres principales causas de enfermedad a nivel estatal desde 1984. Después de ellas se encuentran las infecciones gastrointestinales -diarrea y lombrices son las más comunes-, mismas que han permanecido entre las veinte principales causas de enfermedad en Chiapas por más de tres décadas. Las plantas usadas para tratar esas y otras enfermedades menos comunes eran: guash, anona, sanalotodo, cabeza de viejo, tormentila, ortiga, contrahierba, guarumbo, guaco y caña fístula. Con excepción de las dos primeras, estas plantas no aparecen en el registro realizado por Aguilar (2009) lo que da cuenta de que su desuso inicio tempranamente.

Además de las plantas anteriores, fue posible identificar especies vegetales que continúan empleándose actualmente, aunque su variedad de aplicaciones se ha reducido notablemente, lo que se sugiere es un indicador del desuso gradual que han sufrido. Éstas son caulote,

contrahierba, nance y mulato. Aunque resulta un tanto extraño que dichas plantas -con excepción del nance- no aparezcan en el registro etnobotánico de Aguilar, particularmente el caulote cuya variedad de usos era y sigue siendo mayor que otras plantas.

Ante la falta de más datos para comprender la ausencia de estas plantas en trabajos previos, solo se puede proponer que en el momento en que Aguilar desarrolló su trabajo estas plantas habían perdido valor e importancia medicinal y que estaban siendo usadas por una mínima cantidad de personas. Por tanto, lo que se observa actualmente más que un desuso podría ser un proceso de recuperación de dichas plantas y sus saberes, como una alternativa más saludable para atender su salud. Esto tiene sentido si se considera que muchos colaboradores expresaron que el uso de medicamentos les ha ayudado a curarse de ciertos padecimientos, pero también ha ocasionado otros daños a su salud:

“sí vamos a consumir el medicamento que venden en la farmacia pues este, si nos cura de lo que estamos, por ejemplo, si me duele la cabeza me va a curar. Pero si frecuentemente tomo la pastilla entonces me va a afectar en otra cosa” (Petra, 56 años, Venustiano Carranza).

Otras plantas que también podrían representar un caso especial son el maíz y la curarina. A diferencia de las otras plantas más que un desuso, parecen mostrar un cambio en el tipo de enfermedades para las que eran empleadas. No obstante, es muy probable que no se trate de nuevos usos, sino de usos que se han conservado a lo largo del tiempo, pero que las y los colaboradores no mencionaron. El maíz, por ejemplo, actualmente es empleado en el tratamiento del mal de orine. Aunque durante el trabajo de campo no se documentó un uso previo para esta enfermedad, los compendios sobre plantas medicinales de Maximino Martínez (1944) y Pedro Álvarez (1954) dan cuenta del uso del maíz en la atención las afecciones de las vías urinarias, en distintas partes de México desde la década de los 40's. Mientras que Pedro Muñoz (1994) documenta el uso del maíz para curar el mal de orín en la Frailesca, una región¹⁶⁹ contigua a las localidades estudiadas.

La quina, por su parte, también parece haber sido empleada para el tratamiento de la picadura de animales ponzoñosos en distintas partes de México en 1940, de acuerdo con

¹⁶⁹ Región socioeconómica ubicada en el centro-sur del estado de Chiapas que abarca los municipios de La Concordia, Ángel Albino Corzo, Montecristo de Guerrero y Villa Flores.

Martínez (1944). Con respecto a los otros dos padecimientos atendidos con la quina, no hay registro de que estos fueran tratados en décadas previas con dicha planta. Dado que el uso del maíz y la quina en la atención del mal de orine y la picadura de animales ponzoñosos se encontraba bastante extendido, lo más probable es que estas aplicaciones estuvieran presentes en el espacio de estudio entre 1960 y 1970 y no que se trate de usos adquiridos recientemente. En todo caso y de acuerdo con lo expresado por los colaboradores, el uso de estas plantas suele ser muy esporádico.

Un aspecto del uso actual de la quina y el maíz que es preciso destacar es que éstos fueron recomendados por hierberos o personas con saberes especializados, aunque no pueden ser consideradas como curanderas. Tal es el caso de las mujeres que “curan la quebradura”. Esto conduce a pensar en la pérdida de los saberes, a nivel comunitario y familiar, en torno al uso de las plantas, algo que se encuentra estrechamente vinculado con el desuso.

Es importante reconocer que, además de la aceptación de la atención biomédica, existen otros factores que han influido en el desuso de las plantas medicinales. En Amatenango del Valle, en particular, los colaboradores mencionaron que el cambio de religión -de católicos a protestantes, pentecostales y otros -ha provocado que las personas abandonen el uso de las plantas medicinales y únicamente acudan a los servicios de salud públicos o con médicos particulares cuando enferman. Los curanderos que han cambiado su religión también han abandonado su práctica.

3.2 Continuidades y nuevos usos

Además de los cambios también se logró identificar la presencia de continuidades en el uso de las plantas medicinales, mismas que se presentan en la siguiente tabla:

Cuadro 10. Plantas de uso continuo en las localidades de estudio

Planta	Usos durante 1970-1980	Usos actuales
Ajenjo	Diarrea Lombrices Dolor de estómago	Lombrices Disentería Dolor de estómago
Ajo	Tosferina Gripa Espanto Gases intestinales Aire	Dolor de hueso Lombrices Covid19 Gripa Fiebre tifoidea
Albaca	Dolor de estómago Calentura Gripe Aire (limpias)	Calentura Lombrices Espanto Limpias
Árnica	Sarampión	Heridas Herpes
Ch'a bakal	Tosferina	Tos
Chilchagua	Calentura	Calentura Dolor de estómago Diarrea Tifoidea
Epazote	Diarrea Lombrices Cicatrizante Dolor de estómago	Dolor de estómago Lombrices Cicatrizante
Guayaba	Diarrea Tosferina Disentería	Colitis Gastritis Diarrea Inflamación de los intestinos
Hierbabuena	Lombrices Diarrea Dolor de estómago	Lombrices Diarrea y vómito Calor de ojo y de diente
Hinojo	Cólicos Nervios	Tos Presión alta Lombrices Cólicos Fiebre tifoidea Dolor de estómago

		Gastritis Dolor de corazón Ardor de estómago
Limón	Gripa Fiebre tifoidea Cáncer ¹⁷⁰	Covid19 Tos Colitis Gripa Disentería Calor de diente y de ojo Dolor de estómago Asma Asientos Chinkunguya Dolor de huesos
Manzanilla	Inflamación del estómago	Lombrices Herpes Colitis Diabetes Dolor de estómago Malestar en los ojos Gripe
Ocote	Limpias	Mala digestión
Riñonina	Diarrea Enfermedades de los riñones	Enfermedades de los riñones Corrimiento/diarrea
Romero	Espanto (limpias)	Covid19 Dolor de rodilla Inflamación de los tendones
Ruda	Fiebre tifoidea Dolor de cabeza Gripe Tos Calentura	Calentura Lombrices Colitis Calor de diente y de ojo Fiebre tifoidea Dolor de hueso Dolor de cabeza Dolor de corazón
Té limón	Tos	Tos

¹⁷⁰ Díaz de Salas (1991) menciona, en su diario de campo, el comentario de un hombre indígena sobre el uso de limones atados al cuello para el tratamiento del cáncer.

	Gripa Nauseas Dolor de cabeza	Covid19 Herpes Gripa
Verbena	Cólicos Nervios Dolor de estómago Vómito	Nervios Colitis Cólicos Dolor de estómago Dolor de corazón Diabetes

El uso de estas plantas se ha logrado mantener constante a lo largo del tiempo y, en algunos casos sus aplicaciones se diversificaron, siendo mucho más amplios actualmente. Un aspecto que llama la atención es que la mayoría de estas plantas crecen en los patios familiares o son fáciles de obtener en los mercados. Quizá la facilidad para obtener estas plantas ha sido un factor que contribuyó a que su uso haya permanecido.

Vale la pena también, mencionar a un grupo de plantas que han comenzado a ser usadas recientemente -probablemente en los últimos 15 o 20 años-, estas son:

Cuadro 11. Plantas de uso reciente en las localidades de estudio.

Venustiano Carranza	Corona de cristo, insulina, jamaica, manzana ¹⁷¹ , moringa, noni, pera fina, vaporub, salvia real, piña, nopal, naranja, jícama, guanábana, apio, caoba, níspero, brasil, chaperno, altamiza y cebolla.
Amatenango del Valle	Romero, vaporub, orégano
Aguacatenango	Romero, vaporub

Estas plantas son utilizadas en el tratamiento de una serie de enfermedades cuya frecuencia ha ido en aumento en décadas recientes debido a aspectos como el cambio en el estilo de

¹⁷¹ Si bien ésta y otras más que se incluyen en la lista no son propiamente plantas sino frutas, los etnobotánicos y la población en general las incluye dentro de la categoría de plantas, al tratarse de una parte de la planta y ser empleada para el tratamiento de un problema de salud. Pues, de acuerdo con los etnobotánicos, las plantas se encuentran constituidas por la raíz, el tallo, las hojas, flores y/o frutos.

vida -relacionados con una vida sedentaria- y la dieta -incremento en el consumo de azúcares refinados y alimentos procesados-. Entre ellas se encuentran la diabetes, gastritis, colitis, hipertensión arterial, colesterol, triglicéridos altos y covid19. La mayoría de estas plantas no forma parte de la vegetación primaria de las tres localidades, sino que son transportadas desde otras localidades para ser vendidos en los mercados -esto en el caso de las frutas y verduras- o, bien, se trata de especies introducidas. La mayoría de los colaboradores señala que se enteró del uso de estas plantas a través de sus vecinos, amigos, familiares y por recomendación de hierberos.

En los mercados de Venustiano Carranza y Villa las Rosas¹⁷² -los dos puntos de observación- es fácil encontrar a mujeres con canastas o vasijas llenas de romero, epazote, hinojo, ruda, hierbabuena y albahaca -hierbas que crecen en los patios-, las cuales se venden en manojos de 3 y 5 pesos. Algunas de estas plantas tienen una doble función, sirven como condimento para las comidas y como medicina. La mayoría de las mujeres que se dedica a vender son mayores de 60 años -aproximadamente- y recurre a esta actividad para complementar sus ingresos. Algunas vendedoras siembran las hierbas que llevan al mercado, mientras que otras las compran con sus vecinas u otra persona de la localidad.

Lo anterior da cuenta de que los saberes y usos de las plantas se encuentra en constante cambio -algunas plantas se van incorporando mientras que otras caen en desuso, con el paso del tiempo-. Aun aquellas plantas cuyo uso parece ser continuo tienden a expandir o reducir su empleo.

3.3 Otras formas de atención contemporáneas

Del mismo modo que la acción médico-sanitaria se convirtió en una alternativa para la atención de las enfermedades en las localidades de estudio, en las últimas dos décadas otras prácticas o formas de atención se han constituido como alternativas para el tratamiento de una amplia variedad de padecimientos.

¹⁷² El mercado de Villa las Rosas constituye un punto de abastecimiento para la población de Aguacatenango. Con cierta frecuencia las mujeres acuden para adquirir productos de la canasta básica, frutas, verduras y

La medicina naturista ha cobrado importancia entre la población, al ser considerada una alternativa efectiva y menos dañina para el organismo. Existen muchas definiciones de medicina naturista. No obstante, todas coinciden en que se trata de una forma de atender las enfermedades a través de medios naturales -plantas, por ejemplo- y bajo el principio de que el cuerpo humano es capaz de sanarse a sí mismo (Saz, 2000).

Son varios los colaboradores que mencionaron haber asistido con algún médico naturista, al menos una vez, en los últimos 10 años. Uno de los aspectos que genera confianza hacia estos médicos es que recetan pastillas o jarabes hechos a base de plantas que, de acuerdo con la percepción de los colaboradores, afectan menos que los medicamentos genéricos y de patente. Sumado a ello, se les recomienda el uso de ciertas plantas medicinales, lo que fortalece dicha confianza. El auge de la medicina naturista ha sido tanto que en Venustiano Carranza y Amatenango del Valle se encuentra instalada al menos una farmacia naturista.

Otra forma de atención empleada por una cantidad menor de personas es la medicina alternativa. Este tipo de medicina es bastante similar al anterior ya que también promueve el uso de productos (como tinturas y jarabes) elaborados a base de plantas medicinales. Sin embargo, este tipo de medicina no es promovida por ningún tipo de médico, sino por la iglesia católica, específicamente por la diócesis de San Cristóbal de Las Casas, a través de un área de trabajo que lleva este mismo nombre, medicina alternativa. Las tinturas y jarabes son elaborados, generalmente, por grupos de mujeres que reciben talleres de capacitación y después comercializadas en las parroquias o las mismas casas de quienes forman parte de estos grupos.

Hasta hace unos pocos años, las personas recurrían al consumo de suplementos alimenticios para prevenir y tratar enfermedades gastrointestinales y problemas digestivos. Aunque también se usaban para tratar otro tipo de malestares no diagnosticados por los médicos, bajo la creencia de que dichos suplementos les ayudarían a curar estos padecimientos. Los

especias. Los habitantes de Amatenango, por su parte, en muchas ocasiones viajan a los mercados de San Cristóbal a vender sus piezas de cerámica y abastecerse de distintos productos.

suplementos más conocidos y consumidos por la población eran los de la empresa Herbalife. Después de algunos años de auge, el uso de estos productos comenzó a declinar.

Recientemente ha comenzado a difundirse la realización de ceremonias mayas para la curación de todo tipo de enfermedades. Las ceremonias mayas son una práctica religiosa y espiritual que se realiza en Guatemala. No obstante, hace algunos años fueron introducidas en Chiapas a través de la teología india, un área de trabajo de la diócesis de San Cristóbal que busca reflexionar en torno a la fe cristiana desde los saberes de las comunidades indígenas. En Venustiano Carranza, las ceremonias mayas comenzaron a realizarse entre las personas que participaban en el área de teología india y sus familiares. El propósito de estas ceremonias era ayudar a sanar ciertas enfermedades de índole espiritual-emocional.

Al inicio quienes las efectuaban eran sacerdotes y/o sacerdotisas mayas provenientes de Guatemala¹⁷³. Sin embargo, con el paso de tiempo, algunos habitantes de las comunidades fueron convirtiéndose en sacerdotes mayas y comenzaron a realizar las ceremonias ellos mismos. En los últimos tres o cuatro años ha aumentado la cantidad de personas que realizan ceremonias mayas en la cabecera municipal de Venustiano Carranza, con el fin de curar tanto enfermedades físicas como espirituales. Es preciso mencionar que la población no reconoce a quienes efectúan estas ceremonias como sacerdotisas mayas, sino como curanderas. El concepto de ceremonia maya tampoco se encuentra presente, pues para los habitantes estas son sólo otra forma de curar.

El surgimiento de estas otras formas de atención ha pluralizado aún más la atención de la salud en el espacio doméstico, permitiendo a los gestores de salud -primarios y secundarios- incorporar e implementar otros saberes, prácticas y recursos en el tratamiento de sus padecimientos. Esta pluralización seguramente tendrá un impacto en el uso de las plantas medicinales, sobre todo si se toma en cuenta que algunas de estas opciones utilizan este recurso.

¹⁷³ Se desconoce si esto se encuentra relacionado, en alguna forma, con la llegada de refugiados guatemaltecos a Chiapas.

3.4 Apreciaciones en torno a la etnicidad y el uso de plantas medicinales

Los saberes y el uso de las plantas medicinales son dos aspectos que suelen asociarse con el origen étnico. Una situación recurrente en la vida cotidiana e incluso en los trabajos académicos es atribuir a la población indígena un mayor conocimiento y uso de las plantas, por el hecho de considerar que mantienen una relación más estrecha con la naturaleza que quienes no son o no se autoidentifican como indígenas. De la misma manera, se tiende a pensar que esta población es más renuente a la aceptación de la biomedicina como una forma de atención a la salud, dado su estrecho vínculo con la naturaleza y el apego a sus creencias y prácticas. No obstante, el análisis de los datos de campo efectuado en este capítulo ha dejado ver que esta asociación, al menos, no es generalizable.

En las localidades de estudio -particularmente en Venustiano Carranza- pudo apreciarse que tanto la población indígena como la ladina poseen un importante cúmulo de saberes en torno a las plantas medicinales, llegando inclusive a coincidir en el tipo de plantas empleadas para tratar ciertas enfermedades y la forma de prepararlas. Cabe aclarar que estas coincidencias no solamente ocurrieron con aquellas plantas que crecen en los huertos o que pueden comprarse en los mercados, sino también con las que se recolectan en el monte y las milpas. Es posible que esto se deba, en parte, a que ambos grupos se han relacionado con la misma flora desde hace muchas décadas, así como a la transmisión de saberes que tiene lugar al interior de las localidades, entre amigos, vecinos, familiares y amigos. Esto es más evidente en Venustiano Carranza, donde en las últimas dos décadas la población ladina se ha abierto más a la convivencia e intercambio de conocimientos con la indígena.

En cuanto a la renuencia de la población indígena a la aceptación de la biomedicina, es preciso reconocer que, cuando esta llegó por primera vez a las localidades de estudio, hubo cierta resistencia a asistir al médico. Sin embargo, esta resistencia fue desapareciendo gradualmente, a medida que la población iba teniendo experiencias positivas con este tipo de atención. Aunque, en el caso de Amatenango del Valle, no debe pasar desapercibida la importante labor de convencimiento que realizó el teatro guiñol como estrategia/medio de persuasión. Esta renuencia es más difícil de observar en la población ladina, debido a que no se cuenta con suficiente información etnográfica. Sin embargo, lo que si puede

mencionarse es que la población ladina acudía regularmente con los curanderos, al igual que la indígena.

El uso de medicamentos, como parte de la atención biomédica, fue aceptado e incorporado por ambas poblaciones, aunque en años recientes comenzó a ser percibido negativamente, por lo que hay personas -adultos mayores, por lo general- que intentan evitar su uso por considerarlos dañinos. Cabe mencionar que esto no es, en lo absoluto, una percepción propia de la población indígena, pues muchas personas que no se consideran parte de esta población también consideran que su uso prolongado puede provocar daños a la salud.

Como se mencionó al inicio de esta sección, al menos en las localidades estudiadas los saberes y el uso de las plantas no están relacionados con una cuestión étnica. No obstante, puede ser que sí lo estén con la posición económica, aunque para corroborar este supuesto es necesario contar con información más amplia y completa. Hasta el momento se cuenta con un testimonio, a partir del cual se pueden realizar ciertas inferencias, pero no efectuarse afirmaciones sólidas.

A lo largo de este capítulo se han identificado los cambios en el uso de las plantas medicinales y se ha analizado la manera en que la acción médico-sanitaria se encuentra relacionada con dichos cambios, aunque no se profundiza en el aspecto teórico. En el apartado siguiente, el de las conclusiones, se efectúan reflexiones en torno a lo abordado en este capítulo a la luz de la teoría del enfoque relacional del Pierpaolo Donati a modo de cierre y con el fin de tejer los aspectos o elementos que fueron quedando sueltos a lo largo de los cuatro capítulos aquí presentados.

CONCLUSIONES

El uso de las plantas medicinales en Venustiano Carranza, Amatenango del Valle y Aguacatenango como recurso para la atención de las enfermedades en el espacio doméstico, durante el periodo estudiado (1976-2021) ha experimentado cambios, aunque también ha mostrado ciertas continuidades. Uno de los cambios se caracteriza por la disminución en el uso de algunas plantas medicinales, particularmente de aquellas que forman parte de la vegetación primaria o nativa. Estas son: achiote, anona, calabaza, cabeza de viejo, caulote, chilacayote, contrahierba, cuajilote, curarina, fresno, guash, malva, maíz, mulato, nance, ortiga, pumpumflor, quina, sanalotodo, sauco, sangre de drago, tabaco, tormentila, tronafrente, tulipán (*hibiscus uncinellus* y *malvaviscus arboreus*), cañafístula, guaco y guarumbo.

A pesar de que la implementación de la acción médico-sanitaria del INI no comenzó al mismo tiempo en las tres localidades de estudio, este cambio ocurrió en un lapso que coincide con el periodo en que tuvo lugar dicha acción en el área de operaciones del CCI de Venustiano Carranza, es decir, entre 1976 y 2003. Pese a que la disminución en el uso de las plantas medicinales no fue, en lo absoluto, una consecuencia directa de la implementación de dicha acción sí debe reconocerse que tuvo un impacto en la forma en que en que ciertos actores de la flora medicinal se relacionaban con las plantas, entre ellos mismos y con otros. Estos actores son los gestores de la salud en el espacio doméstico - primarios y secundarios-, es decir las madres y padres de familia, así como aquellos vecinos y amigos cercanos a ellos.

Cabe aclarar que los gestores domésticos de la salud no son los únicos actores que se encuentran en constante relación con las plantas medicinales, ya que también las vendedoras del mercado, los recolectores y los médicos tradicionales lo están. No obstante, es en ellos -y en sus relaciones- que tuvo mayor impacto la acción médico-sanitaria. Esto debido a que son quienes hacen uso de sus saberes y recursos para el tratamiento y alivio de las enfermedades en su entorno inmediato, el espacio doméstico. Asimismo, se encargan de buscar otros recursos o alternativas cuando las primeras no son suficientes. Por esta misma razón, son también los gestores domésticos de la salud los actores que más relaciones articulan. Estas relaciones no sólo se dan con la flora -a través de su aprovechamiento con

finés medicinales- sino también con los médicos tradicionales y con quienes les abastecen de este recurso, por ejemplo, las vendedoras de plantas de los mercados.

Antes del inicio de la acción médico-sanitaria, la relación entre los gestores de la salud (primarios y secundarios) y las plantas se mantenía y reafirmaba a través de su frecuente aprovechamiento con fines medicinales. El uso de las plantas no sólo estaba relacionado con el hecho de que era el recurso disponible, sino también a que la gran mayoría desconfiaba de la atención biomédica y, por tanto, no recurrían a ella.

En el aprovechamiento de la flora medicinal -tanto la que crecía en los patios como la que se localizaba en el monte y las milpas- eran importantes los saberes que los gestores de la salud poseían sobre las propiedades medicinales, los espacios de obtención y las formas de preparación de esta, como seguramente otros conocimientos más que no fueron registrados en este trabajo. Entre ellos, la naturaleza fría y caliente tanto de las plantas como de las enfermedades. Estos saberes eran transmitidos al interior de las familias -particularmente entre las mujeres, a quienes se les asignaba la tarea de cuidar la salud de los hijos y de velar por el bienestar de su hogar-, así como entre diversos miembros de la localidad, en un tipo de socialización de los saberes sobre la flora medicinal.

A través de la transmisión de saberes se creaban relaciones. Por un lado, entre los miembros adultos de la familia (padres e hijos, abuelos y nietos); mientras que, por el otro, entre vecinos, amigos y, ocasionalmente, conocidos. Tanto en Amatenango como en Aguacatenango este segundo tipo de relación se producía, mayormente, entre población indígena debido a la poca cantidad de habitantes no indígenas en dichas localidades. En cuanto a Venustiano Carranza, Marcelo Díaz (1991) describe en su diario de campo una escena en donde un *caxlan*¹⁷⁴ compartía a un grupo de indígenas sus conocimientos sobre una planta medicinal, por lo que es posible que este tipo de relación fuera más frecuente entre indígenas y campesinos ladinos que entre los primeros y los *caxlanes* que se dedicaban a otros oficios o que tenían una mejor posición económica. Esto debido a la

¹⁷⁴ Palabra en tzotzil que se utiliza la población de Venustiano Carranza para referirse a las personas que no son indígenas.

fuerte discriminación que existía hacía la población indígena, lo que impedía una buena convivencia entre estos grupos.

Tanto en las relaciones que se establecían al interior de la familia como en las que se creaban fuera de ella la intención era la misma, contribuir al bienestar y al alivio de la persona enferma. No obstante, una de las razones que motivaba el establecimiento de esta relación entre personas ajenas a la familia eran las experiencias compartidas en torno a las enfermedades. Cabe mencionar que, en ciertas ocasiones, además de los saberes, se compartían las plantas.

Los gestores de la salud, en general, (madres y padres de familia, vecinos y amigos) también establecían una relación con otro tipo de actores de la flora medicinal, los curanderos, a quienes Paul Hersch ha denominado genéricamente como médicos tradicionales. Durante la construcción del marco teórico-conceptual de este trabajo se empleó el concepto de médicos tradicionales para referirse a quienes llevan a cabo alguna actividad terapéutica en las localidades, asumiendo que el término curandero hacía referencia a un tipo de médico tradicional con características particulares. No obstante, en el análisis de los datos se observó que la población de las áreas de estudio usa el término curandero para hacer referencia a una serie de personas con saberes y actividades especializados en el tratamiento de enfermedades -tanto físicas como aquellas que están relacionadas con el *ch'ulet-*, entre las que no se incluyen a las parteras ni a los hueseros, pero sí a las y los llamadores de espanto, hierberos y pulsadores.

Si bien todos los gestores de la salud acudían a algún tipo de curandero, las madres de familia eran quienes los visitaban con mayor frecuencia en busca de alivio para las enfermedades de sus hijos y sus propias enfermedades. Esta relación, era un tanto distinta a la que se establecía entre los gestores de la salud, ya que los curanderos recibían un pago -económico generalmente- por atender las enfermedades, mientras que las y los gestores de salud adquirían algunos saberes especializados sobre el uso de plantas medicinales -cuáles emplear para tratar cierto tipo de enfermedades, dónde obtenerlas, cómo prepararlas y por cuánto tiempo consumirlas-. Uno de los aspectos que caracterizaba a esta relación era la confianza que las y los gestores de salud tenían hacia los curanderos, su diagnóstico y la forma de tratar las enfermedades.

La relación entre las madres, como principales gestoras de salud, y las vendedoras de plantas medicinales antes de la implementación de la acción médico-sanitaria del INI no pudo observarse a profundidad. Esto se debe a que durante el trabajo de campo no se lograron recolectar datos sobre estas actoras de la flora medicinal. La ausencia de información sobre ellas en las investigaciones de Eva Hunt (1962), Duane Metzger (1964), Michael Salovesh (1965), June Nash (1970) y Marcelo Díaz (1991) hace pensar en la posibilidad de que, para este momento, no existían o existían muy pocas personas que se dedicaran al comercio de plantas medicinales, aunque no es posible afirmarlo. Su ausencia es más probable en las localidades de Amatenango y Aguacatenango, donde hasta la fecha la población no cuenta con mercados. A diferencia de lo que ocurría en el área de estudio, en el mercado de Tlaxiaco, Oaxaca, Alejandro Marroquín documentó etnográficamente la presencia de vendedoras de plantas medicinales en su trabajo de 1950, lo que da cuenta de que este tipo de actoras de la flora medicinal ya se encontraban presentes en otros espacios.

Como se mencionó a lo largo del trabajo, la acción médico-sanitaria del INI en las localidades estudiadas inició en dos etapas distintas de la política indigenista -la primera en 1957 y la segunda en 1976-, lo que se refleja en manera en que dicha acción se implementó -la presencia del teatro guiñol, la organización de campañas de dedetización y vacunación- y estuvo a cargo de dos centros distintos, el CCI de San Cristóbal de Las Casas y el de Venustiano Carranza. No obstante, a pesar de esta diferencia, dicha acción produjo en las tres localidades una diversificación de las opciones y/o alternativas para la atención de la salud, la cual tuvo distintos efectos en los gestores de salud tanto de Amatenango y Aguacatenango como de Venustiano Carranza, aunque no en sus relaciones. En los dos primeros casos, la ausencia de un acercamiento previo a la atención biomédica provocó su rechazo y desconfianza, mientras que, en el segundo caso, dado que la población ya contaba con experiencias de atención previas, no mostraba esta misma desconfianza o rechazo.

En Amatenango del Valle, el personal sanitario tuvo que realizar diversos esfuerzos para comenzar a ganarse la confianza de los gestores de salud, como convencer a la población de que las enfermedades tenían un origen biológico y no uno mágico-religioso, sobre la importancia de las vacunas, las campañas de dedetización y los hábitos de higiene a través

del teatro guiñol. En el caso de Aguacatenango, si bien no hay información que indique cómo se realizó esta labor de convencimiento y a qué estrategias recurrió el personal sanitario, esto no indica que dicha labor no haya existido. En Venustiano Carranza, por otra parte, la confianza hacia los médicos comenzó a producirse a medida que los gestores de la salud iniciaron a asistir a las consultas.

En los tres casos, las labores de convencimiento y la asistencia a las consultas jugaron un papel importante, pero no fueron suficientes para construir una relación con el personal sanitario del INI -médicos y promotores-. Un factor que contribuyó a construir dicha relación fue la actitud del personal hacia los gestores de la salud, particularmente el buen trato que éstos les brindaban a quienes acudían a las consultas médicas, como se abordó en el capítulo 3 de este trabajo. Aquí es necesario hacer un paréntesis para señalar que, el trato que los gestores de la salud recibían es considerado sólo desde el punto de vista de ellos mismos, pues se desconoce la perspectiva del personal sanitario. Desafortunadamente los vacíos de información en el archivo y el deceso de buena parte de los médicos y promotores no permiten, hasta el momento, conocer a profundidad este aspecto de la relación.

Otros factores que hicieron posible la relación entre los médicos y los gestores de salud fue la efectividad de los medicamentos recetados y las vacunas para el tratamiento de aquellas enfermedades que tenían una causa biológica y no para las que se afectaban el componente anímico del ser humano o eran ocasionadas por una alteración emocional. En el caso particular de Venustiano Carranza se puede mencionar, además, la veracidad de los diagnósticos emitidos por los médicos. A esto también debe sumarse el hecho de que el servicio médico era de bajo costo en un inicio y posteriormente gratuito.

Esta relación contribuyó no sólo a la introducción -en los casos de Amatenango y Aguacatenango-, sino también a la gradual aceptación de la biomedicina como alternativa para la atención de la salud -en las tres localidades-. Dicha aceptación no sólo implicó que los habitantes de las localidades estudiadas acudieran con mayor frecuencia a las consultas médicas, sino también que adoptaran otros recursos y estrategias para prevenir y atender las enfermedades, como la vacunación y el uso de medicamentos -genéricos y de patente- tanto por prescripción médica como por automedicación, diversificando así sus saberes y alternativas.

El surgimiento de esta nueva relación y su consecuente contribución a la aceptación de la atención biomédica no provocó la desaparición de las relaciones que los gestores de la salud mantenían con otros actores de la flora medicinal y con la flora medicinal. No obstante, sí causó un impacto y reconfiguró ciertos aspectos de estas otras relaciones, tal como el enfoque relacional plantea que puede ocurrir cuando un elemento o una nueva relación es introducida al interior de un grupo. Sobre esto, es importante señalar que cuando la acción médico-sanitaria comenzó a implementarse en las localidades de Amatenango y Aguacatenango, el INI sí tenía la intención de modificar las creencias, hábitos y prácticas locales de atención a la salud que consideraba dañinos y/o perjudiciales para la salud. No obstante, cuando esta misma acción fue aplicada en Venustiano Carranza, la intención era, principalmente, extender los servicios médicos.

En cuanto a la relación entre la flora medicinal y los gestores domésticos de la salud, el aspecto que se modificó fue la percepción de la efectividad de plantas por sí solas, al considerarse que su efecto era mejor cuando se combinaba con medicamentos. En algunos casos este uso combinado abrió paso al desuso gradual de ciertas plantas. Estas plantas, como se mencionó en el capítulo 4, eran principalmente de origen nativo. Las relaciones entre los distintos gestores de la salud del ámbito doméstico -madres y padres de familia, familiares, amigos y vecinos- fueron las que se vieron menos impactadas.

La modificación más destacable es que la transmisión de saberes sobre el uso de las plantas medicinales comenzó a verse interrumpida debido a que las plantas ya no eran el único recurso para tratar enfermedades. En ese sentido, aunque a nivel familiar o local se transmitieran ciertos saberes estos ya no se llevaban a la práctica o ya no continuaban transmitiéndose a otros gestores de la salud. Cabe aclarar que no hay certeza de que esta haya sido una situación generalizada, ya que probablemente muchas personas continuaron efectuando estas transmisiones ininterrumpidamente. No obstante, debe reconocerse que, en la actualidad, esta discontinuidad en la transmisión de los saberes ha sido más evidente para la población, situación que seguramente se ha visto influenciada por otros factores distintos al que aquí se ha abordado, como pueden ser el surgimiento (y auge) de otras formas de atención, la conversión a otras religiones (protestantes, pentecostales) donde se obliga a los

practicantes a dejar sus prácticas curativas así como pérdida de la diversidad florística a causa de la deforestación y el uso de agroquímicos.

Con respecto a las relaciones con otros actores de la flora medicinal, los curanderos para ser más precisa, la transformación estuvo asociada al hecho de que dejaron de figurar como los primeros especialistas a los que las madres y padres de familia acudían para tratar algún padecimiento, además de que la desconfianza hacia sus diagnósticos comenzó a acrecentarse, especialmente en Venustiano Carranza. En la actualidad, muchos habitantes de esta localidad tienen una percepción negativa de los curanderos y prefieren acudir a los médicos particulares o de los centros de salud públicos antes que a algún tipo de curandero.

Esta transformación en las relaciones contribuyó, más no determinó, a la disminución en el uso de las plantas mencionadas al inicio de este apartado. Es preciso destacar que esta disminución no necesariamente implica el desuso total de dichas plantas. En la actualidad hay una pequeña cantidad de personas que las sigue empleando para tratar las mismas enfermedades que hace 50 años, aproximadamente. Asimismo, es necesario destacar que, aunque la mayoría de las plantas cuyo uso ha disminuido son nativas, lo que no significa que otras especies vegetales nativas no continúen utilizándose con la misma frecuencia hoy en día. Cabe aclarar que las plantas aquí analizadas (72 en total) se documentaron durante el trabajo de campo y a partir de la revisión bibliográfica, por ello no se descarta la posibilidad de que algunas especies hayan permanecido sin ser documentadas. Esto cobra sentido si se considera que la cantidad de plantas que una población o grupo aprovecha es sumamente vasta¹⁷⁵ y el tiempo para su registro, en este caso, fue limitado.

A partir de estas reflexiones es pertinente reconocer que el enfoque relacional de Pierpaolo Donati, pese a encontrarse orientado al análisis de los cambios sociales que alteran las estructuras al interior de la sociedad, resulta de gran utilidad para estudiar otros tipos de cambios -por ejemplo, el cultural- desde la perspectiva de las relaciones sociales, particularmente cuando entra en diálogo con otros marcos conceptuales u otras perspectivas.

En el caso de estudio aquí presentado, la articulación del enfoque relacional con tres dimensiones -relación humano-planta, salud y políticas públicas- y conceptos procedentes de otras disciplinas sociales, permitió un acercamiento a la comprensión y explicación de cómo ocurre el cambio en el uso de las plantas medicinales desde una perspectiva poco abordada, la de las relaciones sociales, contribuyendo así a responder la pregunta central de esta investigación. Asimismo, hizo posible confirmar un aspecto que se refirió en el capítulo 1, esto es, que el uso de las plantas es un fenómeno relacional y cambiante, al involucrar la participación de distintos actores y la construcción de vínculos entre ellos y la flora.

La aplicación de este enfoque también permitió comprobar parte de la hipótesis planteada, ya que sí hubo un cambio en la relación con las plantas y las relaciones de transmisión de saberes también se vieron impactadas por la acción médico-sanitaria, como se propuso. Sin embargo, estos no fueron tan radicales como se pensó, sino más sutiles y no generalizados. Esto demuestra que el cambio, tanto en el uso de las plantas como en las relaciones sociales -relaciones con la flora medicinal y entre actores, en este caso-, es más complejo y posee muchos matices, aun cuando sólo se analiza la intervención de un factor o evento en dicho cambio.

En términos metodológicos, es preciso destacar que el estudio de las plantas medicinales requiere de un mayor tiempo de convivencia con la comunidad y el acompañamiento a la comunidad para conocer más de cerca la relación que ciertos actores sociales establecen con las plantas, así como la manera en que éstas son empleadas al interior de los espacios domésticos y a nivel local. Un aspecto que podría contribuir a estudiar mejor el cambio en el uso de las plantas medicinales es realizar primero un acercamiento a las enfermedades que se han presentado con mayor frecuencia en el pasado y en la actualidad -sin desestimar otros padecimientos que hayan sido menos frecuentes-. Esto con el fin de elaborar una guía de preguntas que tenga como marco de referencia a estas enfermedades para indagar en el uso de las plantas. De esta forma se podría aprovechar de mejor manera el limitado tiempo

¹⁷⁵Orantes et al. (2018) identificaron el uso de 113 especies en la Selva Zoque de Chiapas, mientras que Álvarez et al. (2017) documentaron el empleo de 140 plantas medicinales en Ayapa, Tabasco, lo que permite darnos una idea de la inmensa variedad de plantas a las que recurren los miembros de una localidad.

con el que se cuenta para la realización de los proyectos de investigación, en el caso de la maestría.

Apartando un poco la mirada de las conclusiones sobre el cambio en el uso de las plantas medicinales que emergen a la luz del marco teórico-conceptual y metodológico, es preciso reflexionar sobre todos aquellos aspectos y temas que surgieron de a partir de este trabajo y que no pudieron ser desarrollados a lo largo de la mismo, pero que podrían llegar a constituir estudios posteriores. La investigación realizada, tal y como se constituyó, ha sido un terreno fértil para el surgimiento de nuevas interrogantes, la identificación de problemáticas que requieren un profundo y cuidadoso estudio y el planteamiento de directrices teórico-metodológicas para futuras investigaciones.

Las interrogantes que han emergido a partir de este trabajo se encuentran relacionadas con el uso/aprovechamiento de las plantas medicinales en la región, aunque algunas de ellas también podrían ser aplicadas a otros espacios. Dichas preguntas son ¿Qué otros factores, además de los que se han señalado en la tesis, ha contribuido al cambio en el uso de las plantas medicinales y de qué manera?, ¿cómo se han transformado los espacios de recolección de las plantas medicinales en los últimos 50 años?, ¿qué nuevos actores de la flora medicinal han surgido en las últimas décadas y cuál es el papel que desempeñan al interior de las comunidades?, ¿cuál es la relación entre el territorio y el aprovechamiento de las plantas medicinales? y ¿de qué manera las redes sociales han influido en la incorporación de nuevos saberes en torno al uso de las plantas medicinales?

Otras interrogantes están asociadas con el indigenismo, en general, y la aplicación de la acción médico-sanitaria, en particular. Entre estas preguntas se encuentran: ¿por qué se reconoce la presencia del INI en las comunidades, pero no la del Centro Coordinador?, ¿cuál era la percepción que la población tenía de acerca de las labores del INI en sus comunidades?, ¿qué motivos condujeron al cierre de los puestos médicos ubicados en Amatenango y Aguacatenango y cuál fue el impacto que tuvo en la población el cierre de dichos puestos? y ¿cuál fue el alcance de las visitas que la sección de salubridad realizaba a las comunidades? Sumado a ello también surge una incertidumbre en torno a ¿cómo se configura el pluralismo médico en la actualidad (considerando el surgimiento de nuevas formas de atender la salud y de nuevos actores)?

Además de estas interrogantes, se observaron aspectos que no pudieron ser desarrollados a profundidad en la tesis debido a que abordaban temas tangenciales, pero que abren el camino para su indagación posterior. Uno de los aspectos que más despertó el interés es el impacto que tienen en el aprovechamiento de las plantas medicinales y en las relaciones que se construyen a partir de este aprovechamiento las disputas por la tenencia de la tierra en Venustiano Carranza y el desplazamiento de personas relacionado con ellas. Este tema surge a partir de las entrevistas realizadas a colaboradores que fueron expulsados de su comunidad hace aproximadamente 10 años. La expulsión les impidió acceder a las plantas medicinales que recolectaban en la milpa y los espacios comunes, además de romper relaciones con miembros de su familia, amigos y vecinos, con quienes habían compartido sus saberes en torno a la flora medicinal.

Dentro de este grupo de colaboradores que fue desplazado se encuentran personas que poseen un conocimiento especializado en la atención de padecimientos específicos -como la quebradura y el empacho- a través del uso de ciertos recursos, incluyendo las plantas medicinales. Estas personas no son identificadas ni se consideran a sí mismas curanderas, aunque sus saberes sí son reconocidos por los vecinos del barrio/la colonia y, en ocasiones, por habitantes de otras localidades ya que han ayudado a varios niños a aliviarse de un padecimiento que ponía su vida en riesgo. Sobre este tipo de actores se habla muy poco en los trabajos que abordan el tema de la medicina tradicional y etnomedicina. Esto se debe principalmente a su falta de reconocimiento como médicos tradicionales, pues no se dedican por completo a la atención de la salud, sino que lo hacen de manera muy esporádica, además de que su práctica es muy especializada. Por tanto, un estudio a futuro sobre estos actores podría ayudarnos a comprender las prácticas locales de atención a la salud, aquellas que incluso se encuentran al margen de la denominada medicina tradicional.

En la misma línea, una cuestión sobre la cual se considera necesario profundizar en trabajos posteriores es el de los saberes populares. Este fue un aspecto que se abordó en la tesis, pero que puede seguir explorándose en estudios futuros. Algunas observaciones realizadas en el transcurso de la investigación que pueden servir como puntos de partida son el papel que juega la cosmovisión y percepción del entorno en la configuración de los saberes

populares tanto sobre el uso de las plantas como sobre las enfermedades. Asimismo, sería importante dialogar de manera más profunda con otras propuestas conceptuales que se asemejan a la de saberes populares, como son la memoria biocultural y el conocimiento tradicional, ya que las tres presentan puntos de encuentro.

A lo largo de este trabajo la atención estuvo centrada en las plantas medicinales y sus cambios. No obstante, este es tan sólo uno de los muchos cambios culturales que han tenido lugar en Amatenango del Valle, Aguacatenango y Venustiano Carranza. En este último, no sólo la acción del INI causó un importante impacto en el ámbito sanitario, productivo y económico de la población al implementar una serie de programas y apoyos -la gran mayoría dirigidos a la producción agropecuaria- a los que no habían tenido acceso antes, sino que otros procesos que se suscitaron a lo largo del tiempo impactaron en otros ámbitos, como el cultural y el alimenticio.

En lo que respecta a la acción indigenista, la entrega de agroquímicos, el apoyo para uso de maquinaria en la siembra y cosecha de maíz, así como el financiamiento de proyectos de crianza de ganado vacuno y de elaboración de textiles, contribuyó a la transformación de las actividades económicas, permitiendo -sobre todo a la población indígena- disminuir el trabajo invertido en la producción de maíz y, en el caso de la elaboración de textiles, contribuyendo a su venta fuera del municipio. La llegada de más servicios, como el transporte público al interior de la cabecera, la amplificación de la red telefónica, el incremento y diversificación de los abarrotes, así como la implementación de una amplia variedad de programas sociales, han transformado de manera importante las relaciones sociales, las condiciones de vida materiales y los hábitos alimenticios.

Considerando lo anterior, es posible señalar que el cambio en el uso de las plantas medicinales es solamente un aspecto de la transformación social y cultural que ha venido ocurriendo en Venustiano Carranza -en particular- en las últimas cinco décadas. Por tanto, es preciso realizar estudios que aborden estos otros cambios socioculturales que han quedado al margen de las investigaciones o que han sido considerados poco relevantes.

Sumado a lo anterior, las problemáticas sobre las cuales se considera necesario indagar a profundidad son la manera en que el uso de agroquímicos ha afectado la flora local y la

coerción que programas sociales como PROGRESA, OPORTUNIDADES Y PRÓSPERA han ejercido en las madres de familia para que estas asistieran a las consultas médicas, vacunaciones y pláticas sobre temas de salud. En cuanto al primero, debe señalarse que varios colaboradores perciben que el uso excesivo de herbicidas ha provocado que muchas plantas dejen de crecer en lugares donde antes eran abundantes. Con lo que respecta al segundo, es preciso mencionar que tanto las entrevistas como mi experiencia personal contribuyeron a observar que, durante algunas décadas, el otorgamiento de apoyos económicos condicionó la asistencia de la población a los centros de salud públicos, particularmente el IMSS.

De la mano de estas observaciones, han emergido algunas reflexiones de corte teórico-metodológico, entre ellas la necesidad de adoptar un marco teórico integral para el estudio de la política indigenista, esto con el fin de comprender no sólo aspectos relacionados con su programación y el planteamiento de las acciones a realizar -para situarlas en una etapa y momento histórico-, sino también analizar su impacto en una región o localidad específica, así como en un ámbito determinado -económico, agrícola, educativo, sanitario-.

Otra reflexión a la que es preciso hacer referencia es la potencialidad del trabajo de archivo para el estudio de problemáticas sociosanitarias actuales o de un pasado reciente. Durante el proceso de investigación se observó que la manera en que son implementadas las políticas – en este caso las políticas sanitarias- influye en el surgimiento, o bien, en el mantenimiento de los problemas sociosanitarios. A esto debe sumarse la importancia del diálogo entre las fuentes orales -lo que dicen las personas a partir de sus experiencias- y las fuentes documentales de carácter oficial -lo que dicen las instituciones sanitarias- y para comprender la complejidad de las problemáticas.

Finalmente, un aspecto que se considera indispensable en el proceso de investigación es la reflexividad, esto es la reflexión en torno a nuestro papel y posición de investigadores durante el trabajo de campo. Tanto si se es ajeno a los contextos que se analizan como si se es parte de este, es necesario reconocer que nuestra presencia, en el caso del antropólogo externo, y nuestra experiencia, en el caso del antropólogo nativo, pueden causar un impacto en las comunidades/grupos con las que trabajamos, así como en los fenómenos o procesos socioculturales que se busca analizar.

En lo que a mi experiencia como antropóloga nativa respecta, es preciso señalar que dicha posición me ayudó a acercarme a la población y conocer acerca de sus experiencias pasadas y presentes en torno a las enfermedades y el uso de plantas medicinales. El identificar a los miembros de mi familia -abuelos, padres y tíos- brindó a mis colaboradores una mayor confianza para hablar de los padecimientos que les han aquejado a ellos mismos, sus familiares e inclusive a algún vecino. Asimismo, mis propias experiencias -lo que viví y observé a lo largo de mi niñez y juventud- me permitieron enriquecer el análisis de los cambios en el uso de las plantas y algunos otros apartados de este trabajo.

No obstante, pese a las ventajas que trajo consigo mi posición de antropóloga nativa, también conllevó a una importante reflexión y, al mismo tiempo, un reto ¿cómo evitar la reproducción del extractivismo epistémico, una práctica que ha sido recurrente en la antropología? Esta pregunta cobró aún más relevancia para mí debido a dos aspectos. El primero es la centralidad que, para mi investigación, poseían los saberes populares en torno a las plantas medicinales, un conocimiento que durante décadas ha les ha sido expropiado a las comunidades indígenas y campesinas. El segundo es mi compromiso de retribuirle a la comunidad, al yo ser miembro de esta. Aunque continúo reflexionando en torno a cómo evitar el extractivismo y cómo puedo retribuirles, considero que una vía podría ser el compartir y/o socializar los resultados de este trabajo no sólo con los colaboradores sino con la toda la comunidad, ya que todos ellos contribuyeron -de una u otra manera- a la construcción y el desarrollo de este trabajo.

REFERENCIAS

Aboites Aguilar, Luis

2020 “El último tramo, 1929-2015”, Cosío Villegas, Daniel, *Nueva Historia Mínima de México Interactiva*, [versión en línea], consultado en 22 de agosto de 2023, disponible en: <https://www.nhmdemexico.colmex.mx/index.php>

Agostini, Claudia

2013 “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Historia mexicana*, 745-801, vol. 63, núm. 2, pp. 745-801.

Agudo Sanchíz, Alejandro

2009 “Conocimiento, lenguaje, poder e intermediación. Perspectivas contemporáneas en la antropología de las políticas públicas”, *Estudios sociológicos*, pp. 63-110.

2015 *Una etnografía de la administración de la pobreza. La producción social de los programas de desarrollo*, México, Universidad Iberoamericana.

Aguilar Espinosa, Xóchitl Citlali

2009 *Plantas medicinales usadas en la localidad de Venustiano Carranza, Chiapas*, Tesis de licenciatura en Biología, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.

Aguirre Beltrán, Gonzalo

1957 *El proceso de aculturación*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

1963 *Magia y medicina. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, INI.

1964 “El rol de la medicina” en *El desarrollo de la comunidad en las regiones de refugio*, México, INI.

1973 “Acción indigenista”, En *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mesoamérica*, México, Instituto Nacional Indigenista, pp. 240-247

1976 “1. Estructura y función de los Centros Coordinadores”, *El indigenismo en acción*, México, INI.

1986 *Antropología médica*, México, CIESAS.

2009 *Regiones de refugio*, Puebla, Universidad Veracruzana.

Aguirre Beltrán, Gonzalo y Ricardo Pozas Arciniega

- 1976 *La política indigenista en México. Métodos y resultados*, México, INI
- Alazraqui, Marcio, Eduardo Mota y Hugo Spinelli
- 2007 “El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local”, *Cuadernos de Saúde Pública*, vol. 23, pp. 321-330.
- Álvarez González, Pedro
- 1954 *Yerbas medicinales. Cómo curarse con plantas. Descripción de las 500 plantas recomendadas para curar las principales enfermedades. Indicaciones para el uso de las plantas*, México, El Libro Español.
- Álvarez Sánchez, Mauricio
- 2002 “Reseña de Causalidad, cultura y naturaleza: una reflexión acerca de la teoría del cambio cultural” de Julian Steward”, *Nueva antropología*, vol. 18, núm. 60, pp. 121-124.
- Álvarez Quiroz, Violeta, Laura Caso Barrera, Mario Aliphath Fernández y Ángel Galmiche Tejada
- 2017 “Plantas medicinales con propiedades frías y calientes en la cultura Zoque de Ayapa, Tabasco, México”, *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, vol. 16, núm. 4, pp. 428-454.
- Álvaro, José Luis y Alicia Garrido
- 2003 “La teoría evolucionista de Herbert Spencer”, en José Luis Álvaro y Alicia Garrido, *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*, Madrid, McGrawHill, pp. 49-52.
- Aparicio Gómez, William Oswaldo
- 2021 “Concepto de cultura en antropología: el cambio cultural y social”, *Revista Internacional de Filosofía Teórica y Práctica*, vol. 1, núm. 2, 143-156.
- Aranda, Patricia y María del Carmen Castro V.
- 2008 “Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación”, *Región y sociedad*, vol. 20, núm. 2, pp. 93-126.
- Archer, Margaret
- 2011 “Morphogenesis: Realism Explanatory Framework”, en A. Maccarini, E. Morandi y R. Prandini (eds.), *Sociological Realism*, London, Routledge, pp. 59-94.
- Bajoit, Guy

- 2011 “El cambio sociocultural”, *Persona y sociedad*, 143-161.
- Barrera Aguilera, Óscar Javier
- 2017 *Las terrazas de Los Altos. Lengua, tierra y población en la Depresión Central de Chiapas*, México, El Colegio de México.
- Bassols, Narciso
- 1964 “El programa educativo de México”, *Obras*, México, Fondo de Cultura Económica
- Bastidas, Gilberto y Daniel Bastidas
- 2022 “¿Es la epidemiología crítica distinta de la social?”, *Universidad y salud*, vol. 24, núm. 3, pp. 212-213.
- Batthyány, Karina
- 2020 “Miradas latinoamericanas al cuidado”, en *Karina Batthyány* (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Buenos Aires, CLACSO, Siglo XXI, pp. 11-52.
- Baucells Mesa, Sergio
- 2001 “Sobre el concepto de aculturación: una aproximación teórica al estudio de los procesos de interacción cultural”, *Revista Tabona*, pp. 267-290.
- Bentz, Bruce F., Judith Cevallos E., Francisco Santana M., Jesús Rosales A., y Graf M.
- 2000 “Losing knowledge about plant use in the Sierra de Manantlan Biosphere Reserve, Mexico”, *Economic Botany*, vol. 54, núm. 2, pp. 183-191.
- Berlín, Elois Ann y Brent Berlín
- 1996 *Medical ethnobiology of the highland maya of Chiapas, Mexico*, United States of America, Princeton University Press.
- Berlín, Brent, Elois Ann Berlín, Dennis E. Breedlove, Thomas Duncan, Víctor M. Jara Astorga, Robert M. Laughlin y Teresa Velasco Castañeda
- 1990 *La herbolaria médica tzeltal-tzotzil en los Altos de Chiapas: un ensayo preliminar sobre las cincuenta especies botánicas de unos más frecuente*, vol. 1, núm.1, México, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura DIF-Chiapas, Instituto Chiapaneco de Cultura.
- Bermúdez, Alexis, María A. Oliveira Miranda y Dilia Velázquez
- 2005 “La investigación etnobotánica sobre plantas medicinales: una revisión de sus objetivos y enfoques actuales”, *Interciencia*, vol. 30, núm. 8, pp. 453-459.

Bertolozzi, María y Mónica de la Torre Ugarte Guanilo

2011 “Salud colectiva: fundamentos conceptuales”, *Salud areandina*, vol. 1, núm. 1, pp. 24-36.

Blanquel, Eduardo

2017 “V. La revolución mexicana”, en Daniel Cosío Villegas, Ignacio Bernal, Alejandra Moreno Toscano, Luis González, Eduardo Blanquel, Lorenzo Meyer (eds.), *Historia mínima de México* (Decimosexta reimpresión), México, El Colegio de México.

Bolaños, Ligia, Yamileth González y María Pérez

1992 “El ladino: base de desarrollo cultural hegemónico en Centroamérica”, *Ponencia I Congreso Centroamericano de Historia*, Tegucigalpa, Universidad Autónoma de Honduras.

Bonfil Batalla, Guillermo

1982 “El etnodesarrollo: sus premisas jurídicas, políticas y de organización”, en Francisco Rojas Aravena (ed.), *América Latina: etnodesarrollo y etnocidio*, Costa Rica, FLACSO, pp. 131-146.

1988 “La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos”, *Anuario Antropológico*, núm. 86, pp. 13-53.

2022 “Del indigenismo de la Revolución a la antropología crítica”, en Arturo Warman, Guillermo Bonfil Batalla, Margarita Nolasco, Mercedes Olivera y Enrique Valencia, *De eso que llaman Antropología mexicana*, México Fondo de Cultura Económica, pp. 41-63.

Borde, Elis y Mauricio Torres Tovar

2017 “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”, *Saúde em debate*, vol. 41, pp. 264-275.

Bustamante, Miguel E.

1988 “La Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales como factor de progreso higiénico en México”, *Gaceta médica de México*, vol. 30, Núm. 5, pp. 739-354.

Cabrera, Luis G.

1977 *Plantas curativas de México*, México, Editores Mexicanos Unidos.

Cáceres Armando

- 2009 *Vademécum Nacional de plantas medicinales*, Guatemala, Editorial Universitaria, Universidad de Guatemala.
- Cahoone, Lawrence
- 2000 “Del modernismo al posmoderno”, *La Palabra y el hombre*, núm. 115, pp. 121-143.
- Cámara Barbachano, Fernando
- 1996 “Persistencia y cambio cultural entre Tzeltales de los Altos de Chiapas. Estudio comparativo de las instituciones religiosas y políticas de los municipios de Tenejapa y Oxchuc”, *Acta Antropológica*, vol. 3, núm. 1.
- Campbell, Federico
- 1978 “El indigenismo necesita una nueva teoría y, sobre ella, reelaborar una nueva praxis: Andrés Fábregas”, *INI. 30 años después. Revisión crítica*, México, INI.
- Campos Navarro, Roberto, Edith Yesenia Peña Sánchez y Alfredo Paulo Maya
- 2017 “Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)”, *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 30, núm. 8, 453-459.
- Can Ortiz, Genaro Octavio, Wilian de Jesús Aguilar Cordero y Rocío Ruenes Morales
- 2017 “Médicos tradicionales mayas y el uso de las plantas medicinales, un conocimiento cultural que continúa vigente en el municipio de Tzucab, Yucatán, México”, *Teoría y Praxis*, núm. 21, pp.67-89.
- Cárdenas, Lázaro
- 1940 “El programa de emancipación del indio es en esencia el de la emancipación del proletariado”, en Lázaro Cárdenas, *Palabras y documentos publicados, 1928-1940*, México, Siglo XXI, vol. 1, pp. 402.
- Cardoso de Oliveira, Roberto
- 1963 “Aculturación y fricción interétnica”, en *América Latina*, núm. 3, pp.33-46.
- Castells I Talens, Antoni
- 2011 “¿Ni indígena ni comunitaria? La radio indigenista en tiempos neoindigenistas”, *Comunicación social*, núm. 15, pp. 123-142.
- Caso, Alfonso
- 1962 “Ideales de la acción indigenista”, *Los Centros Coordinadores Indigenistas*, México, INI.

Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad

2022 *Selvas secas. Flora y fauna* [Actualizado el 21 de enero de 2022], consultado en 17 de julio de 2023, disponible en: <https://www.biodiversidad.gob.mx/ecosistemas/selvaSeca>

Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad

2021 *Bosques templados. Flora y fauna*, [Actualizado el 22 de noviembre de 2021] consultado en 17 de julio de 2023, disponible en: <https://www.biodiversidad.gob.mx/ecosistemas/bosqueTemplado>

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

2008 *Acuerdo de modificación de las reglas de operación de los siguientes programas: Albergues Escolares, Coordinación para el Apoyo a la Producción Indígena, Fomento y Desarrollo de las Culturas Indígenas, Fondos Regionales Indígenas, Organización Productiva para Mujeres Indígenas, Promoción de Convenios en Materia de Justicia, Turismo Alternativo en Zonas Indígenas e Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas*, Diario Oficial, Lunes 29 de diciembre de 2008.

2010 *Acuerdo de modificación a las reglas de operación de los siguientes programas: Albergues Escolares Indígenas, Coordinación para el Apoyo a la Producción Indígena, Fomento y Desarrollo de las Culturas Indígenas, Fondos Regionales Indígenas, Organización Productiva para Mujeres Indígenas, Turismo Alternativo en Zonas Indígenas e Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas*, Diario Oficial de la Federación.

Comité de Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas

2022 *Chiapas. Pobreza municipal 2020*, Secretaria de Hacienda, Gobierno de Chiapas.

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud

1978 *Declaración de Alma Ata*, URSS, UNICEF.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

s.f. “Información de pobreza y evaluación en las entidades federativas y municipios. Chiapas”, consultado el 31 de octubre de 2023, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/Paginas/principal.aspx>

Cortés González, Juan José

2007 *Variabilidad intercultural y pérdida del conocimiento sobre el entorno natural en una comunidad zapoteca del sur de México (Nizada, Oaxaca)*, tesis de maestría, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Dean, Kathryn

1986 “Lay car in illness”, *Social Science y Medicine*, vol. 22, núm. 2, pp. 275-284.

De la Fuente Julio

1949 *Yalalag: una villa zapoteca serrana*, vol. 1., México, Museo Nacional de Antropología.

2009 *Monopolio del aguardiente y alcoholismo en los Altos de Chiapas: un estudio “incómodo” de Julio de la Fuente (1954-1955)*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

De la Peña, Guillermo

2008 *La antropología social y cultural en México. Ponencia magistral*. Congreso de Antropología en España y Europa, Madrid, septiembre de 2008, pp. 1-39.

Díaz de Salas, Marcelo

1999 “La familia y el grupo doméstico en Venustiano Carranza (San Bartolomé de los Llanos), Chiapas” *Anuario del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, 1998*, México, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica.

Donati, Pierpaolo

1993 “Pensamiento sociológico y cambio social: hacia una teoría relacional”, *Reis*, pp. 29-51.

2006 *Repensar lo social. El enfoque relacional*. Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias.

Durand, Leticia

2002 “La relación ambiente-cultura en antropología: recuento y perspectivas”, *Nueva antropología*, vol. 18, núm. 61, pp. 169-184.

2022 “Etnografía vegetal. Sobre el mundo que construimos en colaboración con las plantas”, *Alteridades*, vol. 52, núm. 64, pp. 111-125.

Durkheim, Emile

1893 *La división del trabajo*, Francia.

Fábregas Puig, Andrés A.

2021 *Historia mínima. El indigenismo en América Latina*, México, El Colegio de México.

Franzé Mundanó, Adela

2013 “Perspectivas antropológicas y etnográficas de las políticas públicas”, *Revista de Antropología Social*, vol. 22, pp. 9-23.

Freyermuth Enciso, Graciela

1991 *Medicina alópata y medicina tradicional: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, México, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, CIESAS, DIF-Chiapas/Instituto Chiapaneco de Cultura.

Forni, Pablo y Luciana Castronuovo

2022 “Más allá de la agencia versus la estructura: el giro relacional en las ciencias sociales” en Pablo Forni y Alejandro Bialakowsky (comp.) *Por unas ciencias sociales relacionales. Investigaciones y enfoques contemporáneos*, CONICET, Universidad del Salvador.

Galán Castro, Erick Alonso

2018 “La antropología relacional: una posibilidad epistemológica”, *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 5, núm. 9, pp. 1-26.

Gallardo Arias, Patricia

2003 “Medicina tradicional y medicina moderna entre los huastecos de San Luis Potosí”, *Anales de Antropología*, núm. 37, 229-240.

Gallardo Ruiz, Juan

2021 “Implicaciones sociales y culturales de las políticas públicas de salud en dos municipios p’urepecha”, en Paulina Machucha Chávez y Salvadore Pérez Ramírez (ed.), *Enfermedades y prácticas curativas en México*, El colegio de Michoacán, El Colegio de la Frontera Norte, Instituto Mora, pp. 145-180.

Gandarias, Itziar

2014 Habitar las incomodidades en investigaciones feministas y activistas desde una práctica reflexiva. *Athenea Digital*, 14(4): 289-304.

Gamio, Manuel

- 1916a *Forjando patria*, México, Porrúa.
- 1916b “Papel de la antropología”, *II Congreso Científico Panamericano 1915-1916*, Washington.
- Garciadiego, Javier
- 2020 “Capítulo 6. La revolución”, Cosío Villegas, Daniel, *Nueva Historia Mínima de México Interactiva* [versión en línea], consultado en 22 de agosto de 2023, disponible en: <https://www.nhmdemexico.colmex.mx/index.php>
- García Arjona, Celia
- 2019 *Urbanización como proceso de cambio en el conocimiento de plantas medicinales en dos comunidades de la Sierra de Huautla, Morelos*, tesis de Maestría en Biología Integrativa de la Biodiversidad y la Conservación, Centro de Investigación en Biodiversidad y Conservación, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Morelos, México.
- García Flores, Alejandro, Raúl Valle Marquina y Rafael Monroy Martínez
- 2021 “El patrimonio biocultural de la selva baja caducifolia, Sierra de Huautla, Morelos”, *Inventio*, vol. 17, núm. 41, pp. 1-13.
- García Ruiz, Pablo
- 2006 “Presentación”, en Pierpaolo Donati, *Repensar la sociedad (el enfoque relacional)*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias.
- Garro Gil, Nuria
- 2015 “La capacidad generativa de la familia. Un análisis sociológico desde el enfoque relacional y morfogenético” en *Persona y Sociedad*, vol. 29, núm. 3, pp. 11-37.
- 2017 “Relación, razón relacional y reflexividad: tres conceptos fundamentales de la sociología relacional”, *Revista mexicana de Sociología*, vol. 79, núm. 3, pp. 633-660.
- Giraudó, Laura
- 2012 “Neither “scientific” nor “colonialist”: the ambiguous course of inter-american indigenismo in the 1940s”, *Latin American Perspectives*, vol. 39, núm. 5, pp. 12-32.
- Giraudó, Laura y Stephen E. Lewis
- 2012 “Pan-American *Indigenismo* (1940-1970): New approaches to an Ongoing debate”, *Latin American Perspectives*, vol. 39, núm. 5, pp. 1-11.

Gómez, Manuel

2001 “La teoría relacional de la sociedad”, en *Revista Internacional de Sociología*, pp. 5-44.

Gómez Sántiz, María Magdalena

2005 *J-iloletik. Médicos tradicionales de los Altos de Chiapas*, Chiapas, Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas, Gobierno del Estado de Chiapas.

González Chévez Lilián y Paul Hersch Martínez

1993 “Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural”, *Salud Pública de México*, vol. 34, Núm. 4, 393-402.

González Esquinca, Alma Rosa, Lorena Mercedes Luna Cazáres, Montserrat Gispert Cruells, María Adelina Schlie Guzmán, Javier Gutiérrez Jiménez

2013 *Plantas medicinales zoques: padecimientos gastrointestinales y respiratorios*, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.

González, María Cristina

2014 “Epidemiología crítica: consideraciones para el debate”, *Comunidad y salud*, vol. 12, núm. 1.

Grupo Tlaxcallan

2014 *La salud vive en tus jardines, campos y monte. Plantas medicinales de uso regional, remedios caseros e historias de vida*, México, Instituto Tlaxcalteca de la Cultura, CONACULTA, PACMYC 2013.

Guber, Rossana

2012 *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo XXI. Pp.23-36.

Gudiño Cejudo, María Rosa, Laura Magaña Valladares y Mauricio Hernández Ávila

2013 “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945”, *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 1, pp. 81-91.

Gutiérrez Chong, Natividad

2015 *El indigenismo del PAN y el festejo del bicentenario del Estado Mexicano*, México, UNAM.

Harman, Robert Charles

1974 *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya-tzeltal*, México, Instituto Nacional Indigenista, SEP.

Haro, Jesús Armando

2010 “Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas, *Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinaredad UABC el 16 de marzo de 2010*, Mexicali.

2013 “El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación”, en Oriol Romaní (ed.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, Tarragona, Publicaciones URV, pp. 21-42.

Harris, Marvin y Ramón Valdez del Toro

1999 *El desarrollo de la teoría antropológica: historia de las teorías de la cultura*, México, Siglo XXI.

Hernández Romero, Yasmín.

2017 “El enfoque morfogénico de Margaret Archer para el análisis de la cultura” en *Cinta de moebio*, núm. 60, pp.346-356.

Hermitte, María Esther

1970 *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*, México, Instituto Indigenista Interamericano.

Herrera Gómez, Manuel

2001 “La teoría relacional de la sociedad”, *Revista Internacional de Sociología*, pp. 5-44.

Hersch Martínez, Paul

1999 “Un proyecto de investigación transdisciplinar: actores sociales de la flora medicinal en México”, *Diario de campo*, núm. 9, 21-23.

2002 “La doble subordinación de la etnobotánica latinoamericana en el descubrimiento y desarrollo de medicamentos: algunas perspectivas”, *Etnobiología*, vol. 2, núm. 1, pp. 103-119.

2011 “Diálogo de saberes: ¿para qué?, ¿para quién? Algunas experiencias desde el programa de investigación Actores Sociales de la Flora Medicinal en México, del INAH” en Arturo Argueta Villamar, Eduardo Corona M. y Paul Hersch (coords.), *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 173-200.

- 2012 “La relación hombre-naturaleza en la construcción de la realidad terapéutica: algunas pautas a propósito del tomillo (*thymus vulgaris*)”, en Brígida Von Mentz (coord.), *La relación hombre-naturaleza: reflexiones desde distintas perspectivas disciplinarias*. México: Siglo XXI Editores, CIESAS, 27-51.
- Hersch Martínez, Paul y Miguel García Poujol
- 2008 “La flora como recurso terapéutico: el caso de los extractos de los Laboratorios Codex en México”, *Dynamis*, vol. 28, 329-352.
- Holland, William R.
- 1963 *Medicina maya en los Altos de Chiapas: un estudio del cambio sociocultural*. México, Instituto Nacional Indigenista.
- Hume, Brad D.
- 2011 “Evolucionismos: Lewis Henry Morgan, el tiempo y la cuestión de la teoría evolutiva sociocultural”, *Historias de Antropología Anual*, vol. 7, núm. 1, pp. 91-126.
- Hunt, Eva
- 1962 *The dynamics of the domestic group in two tzeltal villages: a contrastive comparison*, tesis de doctorado. Universidad de Chicago, Chicago Illinois.
- Idrovo, Álvaro Javier
- 2000 “Epidemias, endemias y conglomerados: conceptos básicos”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 48, núm. 2, pp. 175-180.
- Ingold, Tim
- 2015 “Tim Ingold: hacia una ciencia de la vida”, *AVÁ*, vol. 26, pp. 9-11.
- Instituto Indigenista Interamericano
- 1948 Acta final del Primer Congreso Indigenista Interamericano celebrado en Pátzcuaro, (México, abril de 1940), *Suplemento del Boletín Indigenista*, México.
- Instituto Nacional Indigenista
- 1976 *Centros Coordinadores*.
- 1978 *Bases para la acción, 1977-1982. Guía para la programación*, México, pp. 5-93.
- Instituto Nacional de Salud Pública
- 2018 *Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Instituto Tlaxcalteca de la Cultura

2014 *La salud vive en tus jardines, campos y monte. Plantas medicinales de uso regional, remedios caseros e historias de vida*, México, CONACULTA, PACMIC.

Jorand, Benoit

2008 "Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla." *Cuicuilco*, vol. 15, núm. 45, pp.181-196.

Kazianka, Barbara

2012 "¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina "global" y la medicina indígena "local"? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en san José, Guatemala", *Scripta etnológica*, vol. 34, pp. 39-68.

Köhler, Ulrich

1975 *Cambio cultural dirigido en los Altos de Chiapas. Un estudio sobre antropología social aplicada*, México, Instituto Nacional Indigenista.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, London.

Korsbaek Leif y Miguel Ángel Sámano Rentería

2007 "El indigenismo en México: antecedentes y actualidad", *Ra Ximhai*, vol. 3, núm. 1, pp. 195-224.

Krotz, Esteban

2013 "El indigenismo en México", en David Sobrevilla (ed.), *Filosofía de la cultura*, Madrid, Editorial Trotta, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 163-178.

Langdon, Esther Jean

2018 "Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención", *Desacatos*, núm. 58, pp. 8-15.

Lara, Eduardo A., Eloy Fernández, Juan Manuel Zepeda del Valle, David J. Lara, Antonio Aguilar y Patrick Van Damme

- 2019 “Etnomedicina en Los Altos de Chiapas, México”, *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, vol. 18, núm. 1, 42-57.
- Lamberton, Amapola H. L y Pedro M. Jourdan
- 2015 “Ascariasis humana: actualización de diagnóstico”, *Informes actuales de medicina tropical*, vol. 2, pp. 189-200.
- Ledesma Mateos, Ismael
- 2012 “La relación hombre-naturaleza en Bruno Latour: humanos y no humanos”, en Brígida Von Mentz (coord.), *La relación hombre-naturaleza: reflexiones desde distintas perspectivas disciplinarias*. México: Siglo XXI Editores, CIESAS, 27-51.
- León Avendaño, Hugo y Marco Antonio Vásquez Dávila
- 2003 *Plantas útiles de San Juan Cacahuatpec, Costa de Oaxaca, México*, México, CULTURA INDÍGENA.
- Lewis, Stephen E.
- 2020 *Repensando el indigenismo mexicano: el centro coordinador del Instituto Nacional Indigenista en los Altos de Chiapas y el destino de un proyecto utópico*, México, UNAM.
- Lombardo Toledano, Vicente
- 1940 Discurso pronunciado, en representación de México en el Congreso de Pátzcuaro, Michoacán.
- Long, Norman
- 2007 *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*, México, El Colegio de San Luis, CIESAS.
- López Caballero, Paula
- 2020 “Desarticular el indigenismo oficial. Miradas al Instituto Nacional Indigenista (1940-1960)”, *Cahiers des Amériques latines*, núm. 95.
- López Hernández, Haydeé
- 2013 “De la gloria prehispánica al socialismo. Las políticas indigenistas del Cardenismo”, *Cuiculco*, núm. 57, pp. 47-74.
- Lorusso, Fabrizio
- 2021 “Relación y tejido social: una panorámica conceptual a través del enfoque de la sociología relacional”, en *O Público eo Privado*, vol. 19, núm. 38.

Luna Morales, César del C.

2002 “Ciencia, conocimiento tradicional y etnobotánica”, *Etnobiología*, vol. 2, núm. 1, pp. 120-135.

Magazine, Roger

2010 “De la ciudad al pueblo: cambios en las prácticas laborales en el Acolhuacán neoliberal”, en Roger Magazine y Tomás Martínez Saldaña (coords.), *Texcoco en el nuevo milenio. Cambio y continuidad en una región periurbana del Valle de México*, México, Universidad Iberoamericana.

Mallon, Florencia E.

2004 *La sangre del copihue: La comunidad Mapuche de Nicolás Ailio y el Estado chileno 1906-2001*, Ediciones Lom, Santiago de Chile.

Martínez, Maximino

1944 *Las plantas medicinales de México*, Ediciones Botas, México.

Martínez Moctezuma, Lucía

2016 “Las misiones culturales: un proyecto de educación y salud en el medio rural mexicano del siglo XX”, *Revista Iberoamericana do Patrimônio Histórico-educativo*, vol. 2, núm. 3, pp. 101-116.

Mata Pinzón, Soledad, Diego Méndez Granados, Miguel Ángel Marmolejo Monsivais, José Antonio Tascón Mendoza, Maritza Zurita Esquivel, Yolanda Galindo Manrique y Gloria Irene Lozano Mascarúa

1994 *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana II*, México, Instituto Nacional Indigenista.

McGuire, Randall, H.

2015 “Leyendo y malinterpretando a Gordon V. Childe en América del Norte”, *Anuario de Arqueología, Rosario*, 9-23.

Mendoza Castelán, Guillermo y Roque Lugo Pérez

2011 *Plantas medicinales en los mercados de México*, México, Universidad Autónoma de Chapingo, Departamento de Fitotecnia.

Menegoni, Lorenza A.

1990 *Tuberculosis and health care in highland Chiapas, México: an ethnographic study*, tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía, New School for Research Social, United States.

Menéndez, Eduardo

1988 “Modelo hegemónico y atención primaria”, *Ponencia presentada en Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, vol. 30, pp. 451-464.

2008 “Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades”, *Región y sociedad*, vol. 20, núm. 2, pp. 5-50.

Metzger, Duane

1964 *Interpretations of drinking performances in Aguacatenango*, tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía, University of Chicago, Chicago, Illinois.

Milesi, Andrea

2013 “Naturaleza y cultura: una dicotomía de límites difusos”, *De prácticas y discursos*, vol. 2, núm. 2, pp. 1-15.

Molina, Virginia

1976 *San Bartolomé de los Llanos, una urbanización frenada*, México, INAH, CIESAS.

Monroy Gómez, Ricardo, Sergio Pérez Moctezuma, María Cristina Chávez Mejía e Ivonne Vizcarra Bordí.

2016 “Condiciones ambientales en el uso de plantas medicinales en una comunidad otomí de México”, *Ambiente y Desarrollo*, vol. 20, núm. 39, pp. 101-115.

Montes Pérez, Carlos

2012 *Cambio cultural en las regiones de refugio: un análisis antropológico comparado en comunidades castellanas y andinas*, tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca.

Morales Avendaño, Juan María

1974 *Ensayo monográfico sobre San Bartolomé de los Llanos*, Chiapas, Imprenta Urbina.

Mulleried, Federico K. G.

1957 *Geología de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Ediciones del Gobierno del Estado.

Muñoz Martínez, Rubén

- 2020 “Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida”, *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 85, pp. 88-110.
- Muñoz Sol, Pedro
- 1994 *Plantas y frutos medicinales de la Fraylesca*, México, Studio Gráfico.
- Nash, June
- 1975 *Bajo la mirada de los antepasados*, México, Instituto Indigenista Interamericano.
- Núñez Loyo, Verónica
- 2000 *Crisis y redefinición del indigenismo en México*, México, Instituto Mora.
- Ochoa Rivera, Teresa y Verónica Pérez Zárate
- 2010 “San Jerónimo Amanalco: hábitos alimentarios de una comunidad en transición”, en Roger Magazine y Tomás Martínez Saldaña (coords.), *Texcoco en el nuevo milenio. Cambio y continuidad en una región periurbana del Valle de México*, México, Universidad Iberoamericana.
- Oehmichen, Bazán, María Cristina
- 1999 *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México (1988-1996)*, México, UNAM.
- Olea, Manuel Alonso
- 1975 “Cambio social: evolucionismo y funcionalismo”, *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, vol. 52.
- Oliveira Miranda y Dilia Velázquez
- 2005 “La investigación etnobotánica sobre plantas medicinales: una revisión de sus objetivos y enfoques actuales”, *Interciencia*, vol.30, núm. 8, 453-459.
- Orantes García, Carolina, Rubén Antonio Moreno Moreno, Adriana Caballero Roque y Oscar Farrera Sarmiento
- 2018 “Plantas utilizadas en la medicina tradicional de comunidades campesinas e indígenas de la Selva Zoque, Chiapas, México”, *Boletín latinoamericano y del caribe de plantas medicinales y aromáticas*, vol. 17, núm. 5, pp. 503-521.
- Osorio Carranza, Rosa María
- 2001 *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS.

- 2007 “La trayectoria de atención de las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales”, *Introducción a la Antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Bilbao, OSALDE, Asociación por el derecho a la salud, pp. 151-175.
- 2014 “Estrategias de autoatención en los procesos de cronicidad y discapacidad: la trayectoria del padecimiento en un caso de infarto cerebral”, Uribe Oyarbide, José María y Enrique Perdigüero Gil, *Antropología médica en la Europa meridional: 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*, Publicacions URV, pp. 193-220.
- Othón de Mendizábal, Miguel
- 1945 “El problema del indígena y su más urgente tratamiento”, *Cuadernos Americanos*, núm. 4.
- Page Pliego, Jaime Tomás
- 2002 *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*, México, UNAM, UNACH.
- Palerm, Ángel
- 1997a *Introducción a la teoría etnológica*, México, Universidad Iberoamericana.
- 1997b “Teorías sobre la evolución en Mesoamérica”, *Nueva Antropología*, vol. II, núm. 7, pp. 63-92.
- Palerm Viqueira, Jacinta
- 1993 *Santa María Tecuanulco. Floricultores y músicos*, Universidad Iberoamericana, México.
- Papalini, Vanina y María Josefina Avelín Cesco
- 2021 “Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina”, *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 30, núm. 59, pp. 1-21.
- Pérez Ramírez, Salvador
- 2017 “Recursos bióticos en la atención de la enfermedad”, *Temas Antropológicos*, vol. 39, núm., 1, pp. 33-54.
- Phillip, Gretel
- 2017 “Contrapunteo entre la perspectiva histórica transcultural de Fernando Ortiz y la corriente antropológica culturalista norteamericana de Franz Boas”, *Rep Hip UNR*, Universidad Nacional del Rosario.

Pineda, Roberto

2012 “El Congreso indigenista de Pátzcuaro, 1940, una nueva apertura en la política indigenista de las Américas”, *Baukara. Bitácoras de antropología e historia de la antropología en América Latina*, vol. 2, núm. 5, pp. 10-28.

Piñones Rivera, Carlos, Miguel Ángel Mansilla Agüero y Wilson Muñoz Henríquez

2016 “La agarradura me la atiende en la iglesia: el diablo como símbolo hegemónico en el pluralismo médico aymara pentecostal”, *Chungará (Arica)*, vol. 48, núm. 4, pp. 645-656.

Pitarch Ramón, Pedro

1993 *Etnografía de las almas en Cancuc, Chiapas*, tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía, Universidad Estatal de Nueva York en Albany, Colegio de Artes y Ciencias, Departamento de Antropología, Nueva York.

Poder Ejecutivo Federal

1948 *Ley que crea el Instituto Nacional Indigenista. Reglamento de la Ley que crea el Instituto Nacional Indigenista*. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1948, pp. 177-206.

Presidencia de la República

2003 *Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas*. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de mayo de 2003.

Renard, Cristina

1998 *Los Llanos en llamas: San Bartolomé, Chiapas*, México, Universidad Autónoma Chapingo.

Reynoso Jaime, Irving

2013 “Manuel Gamio y las bases de la política indigenista en México”, *Andamios*, vol. 10, núm. 22, pp. 333-355.

Reynoso, Carlos

2015 *Crítica de la antropología perspectivista (Viveiros de Castro-Philippe Descola-Bruno Latour)*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires [Inédito].

Robles Garnica, Roberto

1955 *El programa de salud del Centro Coordinador Tzeltal Tzotzil del estado de Chiapas*, serie Mimeográfica 12, INI.

Rodríguez Rojo, Alma Rosa

2010 “Entre dos aguas: San Juan Tezontla”, en Roger Magazine y Tomás Martínez Saldaña (coords.), *Texcoco en el nuevo milenio. Cambio y continuidad en una región periurbana del Valle de México*, México, Universidad Iberoamericana.

Romano Delgado, Agustín

1976 1976 “II. Veinticinco años del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil” *El indigenismo en acción*, México, INI.

1996 *Historia evaluativa del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil. Tercera parte. Acciones y reacciones*, México, Instituto Nacional Indigenista

2003 *Historia evaluativa del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil, volumen 2*, México, CDI.

2004 *Historia evaluativa del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil*, México, CDI.

Rossi, María José

2020 “Perspectivismo amerindio, canibalismo y metamorfosis en Eduardo Viveiros de Castro y Severo Sarduy: hacia una cosmopolítica de la inmanencia neobarroca y latinoamericana”, *Revista de Antropología y Arqueología*, núm. 38, pp. 25-45.

Sáenz, Moisés

1928 *La escuela rural mexicana*. Conferencia pronunciada por Moisés Sáenz.

Salas, Marcelo

2022 “Propuesta teórica para el análisis relacional en políticas sociales. Aportes del nuevo institucionalismo sociológico a partir de casos de programas de transferencias condicionadas de ingresos en la Argentina, Brasil, Chile y México” en Pablo Forni y Alejandro Bialakowsky (comp.) *Por unas ciencias sociales relacionales. Investigaciones y enfoques contemporáneos*, CONICET, Universidad del Salvador.

Saldívar Tanaka, Emiko

2008 *Prácticas cotidianas del estado: una etnografía del indigenismo*, México, Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés.

Salovesh, Michael

1965 “Pautas de residencia y estratificación entre los mayas: algunas perspectivas de San Bartolomé, Chiapas”, *Estudios de Cultura Maya*, vol. 5, pp. 317-337.

- 1971 *The political system of a highland maya community: a study in the methodology of political analysis*, tesis para obtener el grado de doctor en filosofía, Universidad de Chicago, Chicago, Illinois.
- Sanderson, Susan Walsh y Magda Benuzillo
- 1980 “La política de la reforma agraria en México: nexos locales, estatales y nacionales”, *Revista mexicana de sociología*, pp. 131-152.
- Santiago Nabor, Eduardo
- 2021 “El choque de la modernidad y lo tradicional en la salud visto desde la experiencia de una enfermera del sistema de salud en una localidad del Valle de Tehuacán, entre 1970 y 2015”, en Paulina Machucha Chávez y Salvadore Pérez Ramírez (ed.), *Enfermedades y prácticas curativas en México*, México, El colegio de Michoacán, El Colegio de la Frontera Norte, Instituto Mora, pp. 181-206.
- Sariego Rodríguez, Juan Luis
- 2002 *El indigenismo en la Tarahumara*, México, INI, CONACULTA, INAH, SEDESOL.
- Sarmiento Silva, Sergio
- 1985 “El Consejo Nacional de Pueblos Indígenas y la política indigenista”, *Revista Mexicana de Sociología*, pp. 197-215.
- Saynes Vásquez, Alfredo, Javier Caballero, Jorge A. Meave y Fernando Chiang
- 2013 “Cultural Change and Loss of Ethnoecological Knowledge Among the Isthmus Zapotecs of Mexico”, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, vol. 9, núm. 1, pp. 1-10.
- Saynes-Vásquez, Alfredo, Francisco Vergara-Silva, Javier Caballero.
- 2016 An interdisciplinary perspective on the loss of traditional ecological knowledge (TEK) in the Tehuantepec Isthmus, Oaxaca. En *Ethnobotany* Stavenhagen, Rodolfo
- 2013 “La política indigenista del Estado mexicano y los pueblos indígenas del siglo XX”, en Bruno Baronnet y Medardo Tapia Uribe (coord.), *Educación e interculturalidad. Política y políticas*, México, UNAM, pp. 23-48.
- Saz Peiró, Pablo
- 2000 “Medicina naturista. Definiciones”, *Medicina naturista*, núm. 1, pp. 1-8.
- Shore, Cris

- 2010 “La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas”, *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, núm. 10, pp. 21-49.
- Smith-Hall, Carsten, Helle Overgaard Larse y Mariève Pouliot
- 2012 “People, plants and health: a conceptual framework for assessing changes in medicinal plant consumption”, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, vol. 8, núm. 43, pp. 1-11.
- Spinelli, Hugo
- 2016 “Volver a pensar en salud: programas y territorios”, *Salud colectiva*, vol. 12, pp. 149-171.
- Steward, Julian
- 1955 *Teoría del cambio cultural: la metodología del evolucionismo multilineal*, Urbana, Universidad of Illinois Press.
- Toledo, Erandy y Amor Ortega
- 2018 “Territorializando el territorio”, *Plural. Antropologías desde América Latina y el Caribe*, vol. 2, núm. 2, pp. 33-53.
- Toledo, Víctor
- 2013 “El metabolismo social: una nueva teoría sociológica”, *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, vol. 34, núm. 136, pp. 41-71.
- 2018 “Metabolismos rurales: hacia una teoría económico-ecológica de la apropiación de la naturaleza”, *Revibec: revista iberoamericana de economía ecológica*, vol. 7, pp. 1-26.
- Toledo González, Mónica Patricia
- 2015 “Despojo y re-territorialización. Consecuencias socioculturales de la construcción de la Presa Miguel Alemán en la Isla del Viejo Soyacaltepec”, en Witold Jacorzynski y María Teresa Rodríguez (eds.), *El encanto discreto de la modernidad. Los mazatecos de ayer y hoy*, Casa Chata, México.
- Toscano González, Jarvis Yamith
- 2006 “Uso tradicional de plantas medicinales en la vereda San Isidro, municipio de San José de Pare-Boyacá: un estudio preliminar usando técnicas cuantitativas”, *Acta Biológica Colombiana*, vol. 11, núm.2, 137-146.

Torrens, Mónica

2015 “Interpretación clínica del hemograma”, *Revista médica clínica Las Condes*, vol. 26, núm. 6, pp. 713-725.

Trillo, Celia, W., Ceja Pablo Demiao, Bárbara Arias Toledo

2019 “Dinámica de la etnomedicina en la provincia de Córdoba, cambios, continuidades y en el uso de las plantas medicinales”, *Bol. Soc. Arg. Bot.*, 54.

Valdés Cobos, Alberto

2013 “Conservación y uso de plantas medicinales: el caso de la región de la Mixteca Alta Oaxaqueña, México”, *Ambiente y Desarrollo*, vol. 17, núm. 33, pp.87-97.

Valdivia Dounce, María Teresa

2009 “Políticas y reformas en materia indígena, 1990-2007”, *Argumentos*, vol. 22, núm. 59, pp. 127-159.

Vásquez, L.

2011 *El indigenismo y recomendaciones del primer Congreso indigenista Interamericano*. Guatemala. Publicaciones del Congreso Indigenista.

Vázquez Vázquez, José Inés

1986 *Estructura y función del Centro Coordinador Indigenista Tzotzil de Venustiano Carranza, Chiapas*, Tesis de Maestría, Universidad de Nayarit.

Verduzco Romano, Carlos F.

1966 *Factores que han propiciado e inhibido el proceso de aculturación en Venustiano Carranza, Chiapas*, Tesis para obtener el título de Etnología y maestro en Ciencias Antropológicas, Escuela Nacional de Antropología e Historia y Universidad Nacional Autónoma de México.

Velázquez Vázquez, Guadalupe, Beatriz Pérez Armendáriz, Luis Daniel Ortega Martínez y Zaida Nelly Juárez

2019 “Conocimiento etnobotánico sobre el uso de plantas medicinales en la Sierra Negra de Puebla, México”, *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, vol. 18, núm. 3, pp. 265-276.

Vignolo, Julio, Mariela Vazarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa

2011 “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, *Archivos de Medicina Interna*, vol. 33, núm. 1, pp. 11-14.

Villoro, Luis

2018 *Los grandes momentos del indigenismo en México*, México, Fondo de Cultura Económica.

Viqueira, Juan Pedro

2009 Cuando no florecen las ciudades: La urbanización tardía e insuficiente de. *Ciudades mexicanas del siglo XX. Siete estudios históricos*, 2009.

Von Mentz, Brígida

2012 “Introducción”, en Brígida Von Mentz (coord.), *La relación hombre-naturaleza: reflexiones desde distintas perspectivas disciplinarias*. México, Siglo XXI Editores, CIESAS, 27-51.

Warman, Arturo

1989 *Políticas y tareas indigenistas 1989-1994*, México.

Weber, Max

1944 *Economía y sociedad: tipos de comunidad y sociedad. Vol. 2*, México, Fondo de Cultura Económica.

Wilson, James R.

1947 “Consejo de Alimentos y Nutrición de la Asociación Médica Americana: Avitaminosis: estigmas, síntomas y terapéutica”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS)*, Vol. 26, Núm. 1, pp. 35-38.

Zaldúa, Graciela, María Teresa Lodieu, Marcela Bottinelli, María Pía Pawlowicz, Katty Pérez Chávez y Mariela Nabergoi

2010 “1.3 Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación”, *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*, EUDEBA, Buenos Aires.

Zolla, Carlos

1988 *Medicina tradicional y enfermedad*, CIESS, México.

Zolla, Carlos, Sofía del Bosque, Virginia Mellado, Antonio Toscón y Carlos Maqueo

1992 “Medicina tradicional y enfermedad”, en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, Tomo II, UAM, Instituto Mora, México.

Mapas

Regiones fisiográficas, Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica, Chiapas, CEIEG, s.f.

Artículos de periódico

Diario de debates

1948a “Los problemas del medio indígena sólo pueden ser resueltos por la acción coordinada de las dependencias” *Exposición de motivos de la Iniciativa de Ley para crear el Instituto Nacional Indigenista*, 24 de septiembre de 1948.

1948b *Dictamen de las comisiones sobre la Iniciativa de Ley para crear el Instituto Nacional Indigenista*, 13 de octubre de 1948.

ENTREVISTAS

Álvarez Díaz, Emilia [entrevista por BG], 72 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 23 de noviembre, Centro, Amatenango del Valle, Chiapas.

Becerra Solano, Ruperto [entrevistado por BG], 76 años, huesero, programa de medicina tradicional, uso de plantas medicinales, 2022, 04 de diciembre, Laja Tendida, Venustiano Carranza, Chiapas.

De la Torre Gómez, Miguel [entrevistado por BG], 70 años, creación del CCI, acción sanitaria, 2022, 17 de diciembre, barrio Rastro Viejo, Venustiano Carranza, Chiapas, México.

Gómez Cruz, María [entrevistado por BG], 77 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 24 de noviembre, barrio Segunda sección, Amatenango del Valle, Chiapas.

Gómez Mendoza, Concepción (Conchita) [entrevistado por BG], 72 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 10 de diciembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza.

Hernández Hernández, Delivia del Carmen [entrevistada por BG], 52 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 10 de diciembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

Hernández Martínez, José Luis [entrevistado por BG], 73 años, médico, creación del CCI, acción médico-sanitaria, 2022, 19 de octubre, oficinas del CCI de Venustiano Carranza, Chiapas.

Hernández Martínez, Carmen [entrevistada por BG], 71 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 09 de noviembre, barrio San Pedro, Venustiano Carranza, Chiapas.

Hernández Méndez, Guillermo de Jesús [entrevistado por BG], 68 años, pulsador, huesero y partero, programa de medicina tradicional, uso de plantas medicinales, 2022, 04 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

Jiménez Espinosa, Jesús del Carmen [entrevistado por BG], 52 años, uso de plantas medicinales, atención médica, 2022, 05 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

Jiménez Espinosa, María del Socorro [entrevistada por BG], 53 años, uso de plantas medicinales, atención médica, 2022, 30 de octubre de 2022, Fraccionamiento Trinidad Oquil, Venustiano Carranza, Chiapas.

Jiménez Ramírez, Javier Alberto [entrevistado por BG], 64 años, uso de plantas medicinales, atención médica, 2022, 06 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

López, María de la Luz [entrevistada por BG], 63 años, uso de plantas medicinales, atención médica, obras de saneamiento, 2022, 11 de noviembre, barrio San Joaquín, Venustiano Carranza, Chiapas.

Macal Ruiz, Julio César [entrevistado por BG], 53 años, técnico, creación de CCI, acción médico-sanitaria, 2022, 18 de octubre, oficinas del CCI, Venustiano Carranza, Chiapas.

Martínez Morales, Bartolomé [entrevistado por BG], 75 años, uso de plantas medicinales, atención médica, obras de saneamiento, 2022, 30 de octubre, barrio Pixoltón, Venustiano Carranza, Chiapas.

Méndez Vázquez, Clementina [entrevistada por BG], 65 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 15 de diciembre, barrio El Porvenir, Aguacatenango, mpio. de Venustiano Carranza, Chiapas.

Pérez de la Cruz, Ofelia Teodosia [entrevistada por BG], 63 años, uso de plantas medicinales, atención médico-sanitaria, 2022, 19 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

Pérez Martínez, Antonia [entrevistada por BG], 60 años, uso de plantas medicinales, atención médico-sanitaria, 2022, 15 de noviembre, Fraccionamiento Trinidad Oquil, Venustiano Carranza, Chiapas.

Pérez Vázquez, Carmen [entrevistada por BG], 55 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 18 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

Rodríguez Juárez, Carmen [entrevistada por BG], 63 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 19 de diciembre, Aguacatenango, mpio. de Venustiano Carranza, Chiapas.

Vázquez Gómez, Petra [entrevistada por BG], 56 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 26 de octubre, barrio El Convento, Venustiano Carranza, Chiapas.

Vázquez Vázquez, Pedro [entrevistada por BG], 83 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 20 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

Villatoro Hernández, Oralia del Rosario [entrevistado por BG], 73 años, partera, programa de medicina tradicional, uso de plantas medicinales, 2022, 07 de noviembre, colonia San Francisco, Venustiano Carranza, Chiapas.

---Gloria de Jesús Ayaney [entrevistada por BG], 69 años, uso de plantas medicinales, atención médica, enfermedades, 2022, 21 de diciembre, barrio Zona Urbana, Venustiano Carranza, Chiapas.

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AHCCITT	Archivo Histórico del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
FD	Fondo Documental
INPI	Instituto Nacional de Pueblos Indígenas
Secc.	Sección
Dir.	Dirección
Ser.	Serie
Salub.	Salubridad
Subser.	Subserie
exp.	Expediente

ANEXO I. NOMBRE CIENTÍFICO DE LAS PLANTAS MEDICINALES

No.	Nombre común en español	Nombre en lengua indígena (Tzeltal y tzotzil)	Nombre científico
1	Achiote		<i>Bixa orellana L.</i>
2	Ajenjo		<i>Artemisia absinthium L.</i>
3	Ajo	axux	<i>Allium sativum</i>
4	Albaca		<i>Ocimum basilicum L.</i>
5	Alpiste		<i>Phalaris canariensis</i>
6	Altamiza		<i>Chrysanthemum parthenium</i>
7	Anona		<i>Annona sclerodema Saff</i>
8	Apio		<i>Apium graveolens L.</i>
9	Árnica		<i>Tiithonia diversifolia (Hemsley) A. Gray</i>
10	Bejuquillo		No identificado
11	Brasil		<i>Haematoxylum brasiletto Karst.</i>
12	Bugambilia		<i>Bougainvillea spectabilis Willd</i>
13	Cabeza de viejo	Ichu ak' (tzeltal)	<i>Clematis doica y/o clematis grossa</i>
14	Calabaza		<i>Curcubita</i> (género) No pudo identificarse la especie
15	Caoba		<i>Swietenia humilis</i>
16	Caulote		<i>Guazuma Ulmifolia Lam.</i>
17	Cebolla morada		<i>Allium cepa</i>
18		Ch' a bakal	<i>Salvia lavanduloides</i>
19	Chaperna		No identificado
20	Chilacayote		<i>Cucúrbita ficifolia</i>
21	Chilchagua	Pay te'	<i>Tagetes nelsonni</i>
22	Contrahierba		<i>Dorstenia houstoni L.</i>
23	Corona de cristo		<i>Euphorbia milii</i>
24	Cuajilote		No identificado
25	Curarina		<i>Cissampelos pareira</i>
26	Epazote	Kaka'an (tzeltal) Kokovo'n (tzotzil)	<i>Chenopodium ambrosoides L.</i>
27	Fresno		<i>Fraxinus uhdei (Wrzins) Ling.</i>
28	Guanábana		<i>Gnaphalium spp.</i>
29		Guash	<i>Leucaena collinsii Britton y Rose</i>
30	Guayaba	Potoj (tzotzil)	<i>Psidium molle Bertoll</i>
31	Hierbabuena		<i>Mentha sativa L.</i>
32	Hinojo		<i>Foeniculum vulgare Miller</i>
33	Insulina		No identificado

34	Jamaica		<i>Hibiscus sabdariffa</i> L.
35	Jícama		<i>Pachyrhizus erosus</i>
36	Limón		<i>Citrus aurantifolia</i> (christm.) Swingle
37	Maíz		<i>Zea mays</i> L.
38	Malva		<i>Malva sylvestris</i> L.
39	Manzana		Género <i>Mallus</i> , no pudo identificarse la especie
40	Manzanilla		<i>Matricaria chamomilla</i> L.
41	Moringa		<i>Moringa oleífera</i> Lam.
42	Mulato		<i>Bursera simaruba</i> (L.) Sarg
43	Naranja		<i>Citrus sinensis</i> (L.)
44	Nance	Chi' (tzotzil y tzeltal)	<i>Byrsonima crassifolia</i> (L.) Kunth
45	Níspero		<i>Eriobotrya japónica</i> (Thunb.) Lindley
46	Noni		<i>Morinda citrifolia</i> L.
47	Nopal		<i>Opuntia streptacanta</i> Lem.
48	Ocote		<i>Pinus oocarpa</i> Schiede ex Schl.
49	Orégano		<i>Pachyrhizus erosus</i>
50	Ortiga		No identificado
51	Pera fina		Género <i>Pyrus</i> , no pudo indentificarse la especie
52	Pumpumflor		No identificado
53	Quina		<i>Cinchona calisaya</i> Wedd.
54	Romero		<i>Rosmarinnus officinalis</i> L.
55	Riñonina	Ch'iliwet (tzeltal) Ch'ili vet (tzotzil)	<i>Lantana cámara</i>
56	Ruda		<i>Ruta chalepensis</i> L.
57	Sangre de drago	Ch'ich' bat	<i>Croton graco</i>
58	Sauco	Chijilte	<i>Sambucus mexicana</i>
59	Salvia real		No identificado
60	Sanalotodo		No identificado
61	Tabaco	Lo'balil may (tzeltal)	<i>Nicotiana tabacum</i>
62		Tzibac momol (tzeltal)	<i>Eupatorium spp.</i> Hook y Arn.
63	Té limón		<i>Cymbopogon citratus</i> (D.C) Stapf
64	Tormentila		<i>Krameria secundiflora</i> D.C.
65	Tronafrente/tronadora		<i>Tecoma stans</i> (l.) Juss. Ex Kunth
66	Tulipán		<i>Hibiscus uncinellus</i>
67	Tulipán		<i>Malvaviscus arboreus</i> Cav.
68	Vaporub		<i>Plectranthus coleoides</i> c.v. mintleaf

69	Verbena	Yakin kulub (tzeltal)	<i>Verbena litoralis</i> Kunth
----	---------	-----------------------	--------------------------------

ANEXO II. LISTA DE COLABORADORES

Venustiano Carranza

Anónimo

Antonia Pérez Martínez

Bartolomé Martínez Morales

Carmen Hernández Martínez

Carmen Pérez Vázquez

Concepción de la Torre

Concepción Gómez Mendoza

Delivia del Carmen Hernández Hernández

Esaú Alexander Hernández Velázquez

Francisco Hernández Vázquez

Gloria de Jesús Ayaney

Guadalupe Ramírez Vázquez

Guillermo de Jesús Hernández Méndez

Javier Alberto Jiménez Ramírez

Jesús del Carmen Jiménez Espinosa

Lucia Jiménez Hidalgo

María de la Luz López

María del Socorro Jiménez Espinosa

María Guadalupe Martínez Pérez

Miguel Santiago Jiménez

Ofelia Teodosia López de la Cruz

Oralia Moreno Solano

Oralia del Rosario Villatoro Hernández

Pedro Vázquez Vázquez

Petra Vázquez Gómez

Rosa Vázquez Hidalgo

Ruperto Becerra Solano

Vallardo de Jesús Santos Noriega

Amatenango del Valle

Anónima (partera)

Catalina López Gómez

Emilia Álvarez Díaz

Esperanza Bautista Álvarez

Juana López

Juliana Bautista

Juana Gómez Pérez

María Gómez Cruz

Petrona López Gómez

Aguacatenango

Carmen Rodríguez Juárez

Clementina Méndez Vázquez

Lucía Aguilar Espinosa

Francisca Martínez Hernández

Guadalupe

Anónimo

Josefa Juárez Juárez

Personal del CCI

Julio César Macal Ruíz

José Luis Hernández Martínez

Miguel de la Torre Gómez