



**Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en
Antropología Social
Maestría en Antropología Social**

Manejo terapéutico de enfermos oculares:
El tracoma en una localidad tseltal de Oxchuc, Chiapas

TESIS

Que para obtener el grado de
MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA

Juan Carlos García Sosa

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jaime Page Pliego

ASESORES

Dra. Paola Sesia

Mtra. Gracia María Imberton

Dr. Alain Basail Rodríguez

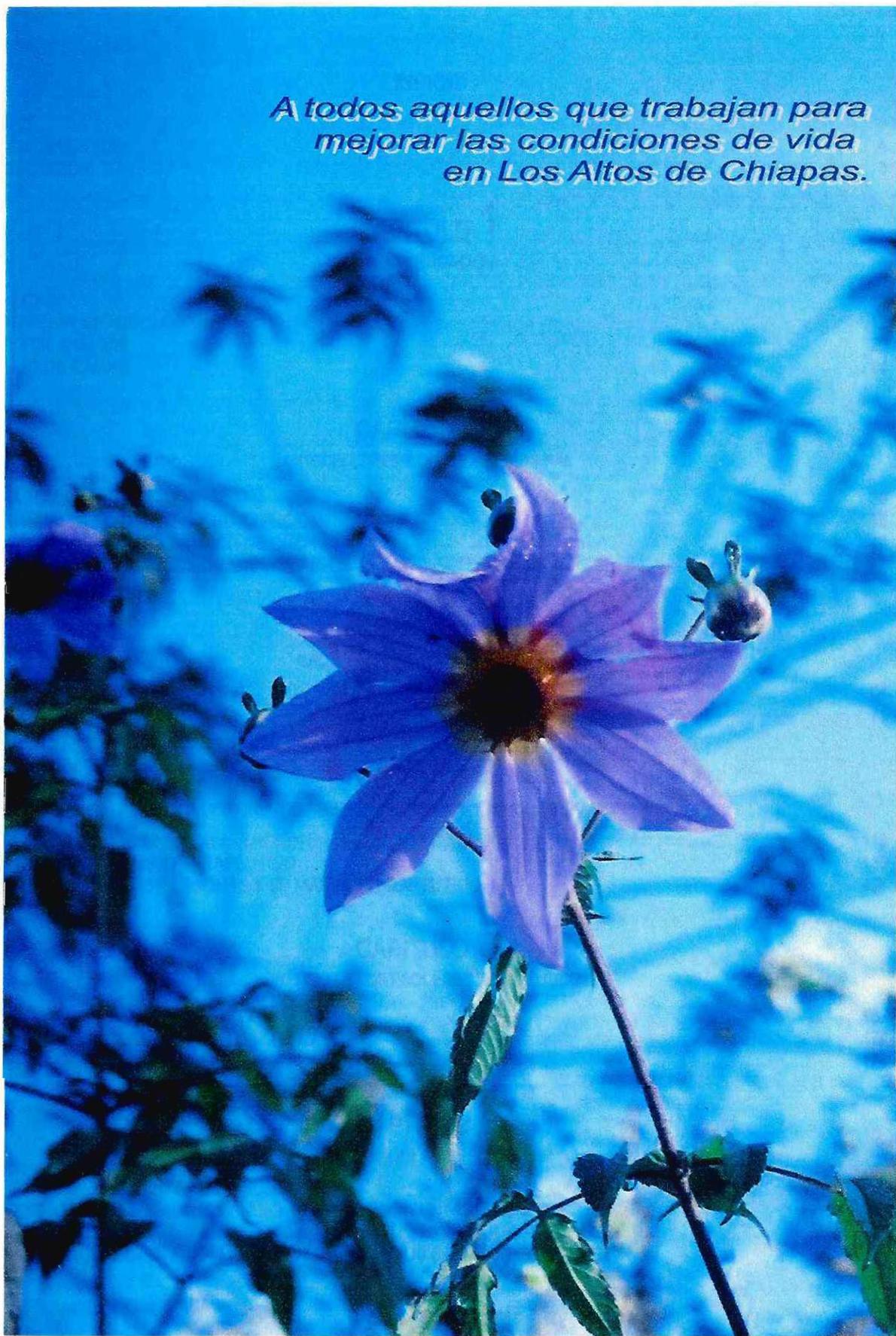


**CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y ESTUDIOS SUPERIORES EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL
BIBLIOTECA**

San Cristóbal de las Casas, Chiapas, febrero del 2005

00055779

*A todos aquellos que trabajan para
mejorar las condiciones de vida
en Los Altos de Chiapas.*



INDICE

AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	6

CAPÍTULO 1

LA INVESTIGACIÓN

PROYECTO	11
ORIENTACIÓN METODOLÓGICA	12
MARCO DE ANÁLISIS	20
TRABAJO DE CAMPO	24

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES Y CONTEXTO GENERAL

EL TRACOMA Y SU ATENCIÓN	30
ENFERMEDADES OCULARES Y SU ATENCIÓN	36
CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE OXCHUC	40
PROCESOS SOCIALES EN OXCHUC Y LOS ALTOS	47

CAPÍTULO 3

CRUZTÓN: HISTORIA Y ETNOGRAFÍA

HISTORIA	64
ETNOGRAFÍA GENERAL	75

CAPÍTULO 4

OPCIONES DE ATENCIÓN, PERSONAS Y MANEJO TERAPÉUTICO

REPERTORIO DE OPCIONES DE ATENCIÓN EN CRUZTÓN Y OXCHUC	118
ESTRATEGIAS DE MANEJO TERAPÉUTICO	130
PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS Y SU MANEJO TERAPÉUTICO	134

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS

ABANICO DE OPCIONES Y ESTRATEGIAS USADAS	157
COMPARACION Y CLASIFICACION DE LOS CASOS	172
ASPECTOS QUE AFECTARON EL MANEJO TERAPÉUTICO	174

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RESULTADOS

RECAPITULACIÓN: EL ENFOQUE Y SUS LOGROS	190
CONTEXTO ESTRUCTURADO Y MANEJO TERAPÉUTICO: JUNTANDO CABOS	191
ENFERMEDADES OCULARES EN CRUZTÓN: DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES	196
IMAGINAR: PROPUESTAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN	201
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico que me brindó durante dos años. De no ser por ese apoyo este trabajo no hubiera sido posible.

Agradezco a los profesores que colaboraron en el programa de la maestría, por lo que me aportaron en sus clases, tanto para la realización de esta tesis y como para mi desarrollo intelectual.

Agradezco al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social que nos brindó sus instalaciones en el sureste y a todo el personal que, con su trabajo, hizo posible que se impartiera la maestría.

Agradezco a mis compañeros su amistad y apoyo, especialmente a quienes compartieron conmigo la línea de investigación en Antropología Médica –Joaquín Ventura, Hilda Arguello, Catalina Guzmán, Pablo Sánchez y Sergio Meneses– por seguir este trabajo desde los primeros esbozos y enriquecerlo con sus comentarios.

Agradezco a mis profesores de línea, la Dra. Graciela Freyermuth, el Dr. Laureano Reyes y el Dr. Jaime Page que leyeron y comentaron mis ideas desde el comienzo y realizaron importantes aportaciones.

El agradecimiento es doble para el Dr. Jaime Page, que como tutor fue enérgico y riguroso, pero al mismo tiempo respeto mis ideas y opiniones.

Agradezco también a mis asesores, la Dra. Paola Sesia, el Dr. Alain Basail y la Mtra. Gracia Imberton, por todas sus aportaciones y el interés que pusieron en mi trabajo.

Un agradecimiento muy especial a los Doctores Gabriel Torres y a Rafael Alarcón, miembros de ACASAC, por sus asesorías técnicas, el apoyo que me dieron para realizar el trabajo de campo y sus comentarios y sugerencias a mis borradores.

De ACASAC también, un agradecimiento a Manuel Gómez López y César Gómez Méndez, que me permitieron acompañarlos en sus recorridos de trabajo y me hablaron su experiencia como promotores bilingües de salud.

Agradezco a la Dra. Alíed Bencomo y al Dr. Armando Servín, funcionarios de la Secretaría de Salud en el 2003, cuando inicié el trabajo de campo, por comentar mi proyecto y brindarme el apoyo de la institución para poder realizarlo.

Una agradecimiento muy grande a Nicolás Gómez Méndez, Supervisor de los Auxiliares de Salud de Cruztón por parte de la Secretaría de Salud, por haberme brindado su apoyo y amistad y porque gracias a él pude aprender mucho de la vida de la localidad.

Agradezco a la Antropóloga Leticia Pérez Sánchez su amistad, el interés que puso en la investigación y su gran ayuda como colaboradora durante trabajo de campo.

Agradezco a Roberto Kulub por su asistencia como traductor de tseltal y por compartir conmigo su gusto por la cacería.

Agradezco a los auxiliares y comités de salud de Cruztón por su invaluable apoyo.

Extiendo este agradecimiento a toda la localidad por su hospitalidad y apertura. Especialmente, a Don Pedro, Don Agustín, Don Alejandro, Don Mariano, Don Elías, Don Isidro y Don Marcelino, que me brindaron su amistad y ayuda en todo momento.

Agradezco, además, a todos los amigos y familiares que me alentaron y de diferentes formas ayudaron en realización de este trabajo.

Finalmente, un enorme agradecimiento a mi padre Felipe García Díaz, a mi madre Bertha Elena Sosa Santibañez y a mi hermana Anavel García Sosa por el cariño y la confianza que han depositado en mí.

INTRODUCCIÓN

Me fue difícil decidir hacer un trabajo de investigación antropológica sobre una enfermedad como el tracoma. La crudeza del tema me hacía desistir desde el principio. En aquel entonces, ya hace más de dos años, yo había presentado un ante-proyecto donde el foco de interés eran las maneras cómo diferentes tipos de terapeutas entienden y atienden un padecimiento. Quería encontrar y contrastar las epistemologías (maneras de conocer) usadas por los curadores. Sólo necesitaba elegir una enfermedad que me sirviera de eje. El lugar podría ser cualquiera donde hubiera varias opciones para atenderse, algo que no es difícil encontrar en Chiapas.

No había pasado mucho tiempo de que ingresara a la maestría cuando uno de mis profesores –la Dra. Graciela Freyermuth– sugirió que el tracoma podría ser la enfermedad adecuada para desarrollar mi interés. Me habló acerca de una organización civil que realizaba acciones contra la enfermedad, tal vez podría trabajar para ella y así iniciar la investigación en campo con anticipación. Todo sonaba muy bien, sin embargo, las características de la enfermedad me hacían dudarle.

El tracoma, una enfermedad ocular infectocontagiosa y crónica padecida en el mundo por los pobres más pobres. Totalmente prevenible por los conocimientos biomédicos. Causante de ceguera de una manera lenta y dolorosa. De niño te infectas, un leve ardor en los ojos, no pasa nada. Vuelves a infectarte, es común, nadie presta atención, se cura, vuelve otra vez. Pasan los años, y eso que hace tiempo fue una leve molestia, permaneció de manera silenciosa afectando el interior de los párpados, formando cicatrices, pequeñas rayitas blancas que un día, 15 ó 20 años después, han contraído el párpado superior desviando las pestañas hacia el globo del ojo. El dolor es mejor no imaginarlo. La mayoría se arrancan las pestañas, alivio pasajero que se convierte en una tarea continua y tediosa. Tarde o temprano alguien se rinde y entonces, poco a poco, el contacto de las pestañas erosiona los colores de afuera.

Lamento haberlo dicho así, de golpe. Quise dar una imagen rápida; más adelante, por la formalidad requerida en esta tesis, lo explicaré en términos técnicos.

Pues bien, días después de saber algo sobre el tracoma visité la organización mencionada (su nombre: Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud Asociación Civil, sus siglas: ACASAC); sin embargo, el propósito era trabajar con ellos sólo para conocer la región y buscar inspiración para delimitar un tema. El tracoma aún no me interesaba. Como ya mencioné, al ingresar a la maestría mi ante-proyecto se enfocaba al conocimiento médico, mis ideas no estaban del todo claras, pero las enfermedades que me llamaban la atención eran aquellas para las cuales la medicina moderna no parece ser tan contundente. En el fondo lo que me atraía era revalorar la eficacia de terapias que toman en cuenta el grupo y las emociones de la persona antes que concebir las enfermedades y la salud sólo en términos biofísicos.

En fin, con el plan de conocer la región y elegir el lugar de estudio que llenara mis expectativas, decidí acompañar a los promotores de ACASAC durante sus viajes de trabajo. Al mismo tiempo, mi asesor de tesis –el Dr. Jaime Page Pliego– presentaba un proyecto de investigación sobre el tracoma en Chiapas. Era probable que una institución mexicana le diera apoyo económico para realizarlo y yo, como tesista, podría aprovecharlo. Claro, primero tenía que aceptar estudiar el tracoma.

Ante la tentación económica me puse a pensar sobre esa posibilidad, valorando ventajas y desventajas. En algún momento yo me había dicho que cualquier enfermedad podría funcionar ya que en todas está presente el aspecto cultural. ¿Acaso rechazaba el tracoma porque es una enfermedad para la que el conocimiento biomédico resulta muy eficaz, por lo menos a nivel técnico (antibióticos y cirugía)? Decidí asumir el reto. Sólo tendría que buscar una manera de hacerlo que me dejara satisfecho.¹

Lo primero que se me ocurrió fue abordar el conocimiento local sobre las enfermedades de los ojos en general; me preguntaba si había factores culturales relacionados con la presencia del tracoma y pensé que la mejor forma de encontrarlos era enfocarme al conocimiento que la población tiene sobre los ojos y sus enfermedades. En el fondo, creo que buscaba la manera de dar un rodeo y no toparme de frente con un padecimiento tan triste.

Así, entre más pensaba en cómo darle forma al proyecto, me pareció que el conocimiento y las costumbres de la cultura de las personas de la localidad, si bien podían influir en la presencia de la enfermedad, en el caso específico de los tseltales de Chiapas, tal vez no eran la clave para explicar el problema.

Esta idea me hizo cuestionar el valor de una investigación enfocada al conocimiento local sobre la enfermedad y otro tema, de índole más general, comenzó a parecerme relevante: la relación de la población con los servicios gubernamentales de salud en los Altos de Chiapas. ¿Cómo explicar el rezago en el aspecto sanitario (alta morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles) y el escaso uso de esos servicios gubernamentales en la región? Dada la evidente adopción de muchos elementos de la biomedicina, me pareció dudoso que el rechazo se debiera a que ésta fuera incompatible con la cultura de la población. Al ir documentándome sobre la región y vivir en ella, comencé a pensar que quizá las deficiencias con que los servicios de salud se prestan eran el mayor obstáculo.

La burocratización de las instituciones médicas, la tensión en las relaciones entre indígenas y mestizos y la poca vocación de servicio de los agentes de salud que trabajan en zonas rurales, me parecieron situaciones que, sin mucho análisis, se expresaban en una baja calidad en la atención y, por

¹ Irónicamente al final no se obtuvo financiamiento. Sin embargo ya me había comprometido con el tema, no sólo en el aspecto formal sino tratando de pensar la mejor manera de estudiarlo.

ende, en la desconfianza de las personas. Si quería estudiar los aspectos culturales relacionados con la presencia de la enfermedad no sólo debía enfocarme a la población afectada, las conductas y valores de los agentes de salud hacia su trabajo eran de suma importancia.

Pero, más allá de si estas reflexiones eran acertadas, mi papel era investigar y dar cuenta de lo que sucedía. Ahora, además del tracoma y las enfermedades oculares, se añadía el interés por el papel de los servicios de salud gubernamentales en las áreas rurales, especialmente las habitadas por indígenas. Quizá me estaba complicando. El periodo de trabajo de campo eran sólo 4 meses y después 6 para redactar la tesis. Era obvio que necesitaba ser más preciso.

Por otra parte, al comenzar a plantear los objetivos del proyecto me di cuenta que, además del conocimiento de la población y sus agentes de salud, había otros aspectos vinculados al tracoma que debía tener en cuenta para que la investigación fuera completa. El acceso de la población al agua potable, las condiciones de higiene y salud ambiental, la economía de las familias, las acciones del estado y de organizaciones civiles para eliminar el problema, así como la relación de dichas acciones con las recomendaciones de organismos internacionales. Todos eran temas importantes que expresaban la complejidad del problema. No podía dejar de lado nada y ello me colocaba ante un gran reto teórico y metodológico: ¿Cómo observar tanto en tan poco tiempo? ¿Cómo priorizar mis intereses sin dejar fuera algo que posiblemente fuese necesario tomar en cuenta? ¿Cómo articular un conjunto de conceptos que pudieran ayudarme a entender el problema de modo integral?

En junio del 2003, cuando a los alumnos de la maestría nos tocó presentar nuestros proyectos, aún no tenía resueltas estas carencias. Tenía planteado el problema, la justificación, los antecedentes y una enorme lista de objetivos en que me parecía no se escapaba nada importante, sin embargo la teoría y la metodología no tenían suficiente consistencia.

Sólo unos días después de la presentación formal de mi proyecto, en un curso breve impartido por la profesora Paola Sesia, comencé a encontrar herramientas conceptuales y metodológicas adecuadas a mi investigación. De pronto el trazar las trayectorias terapéuticas –que en un inicio era sólo un objetivo particular– adquirió una importancia decisiva: si me concentraba en lograr este objetivo podría responder la mayoría de las preguntas que me había planteado en los otros.

A partir de ese momento, el eje principal de mi propuesta fue conseguir relatos sobre los procesos terapéuticos de enfermos oculares y así, a partir de estos, intentar darme cuenta de los aspectos que influyen y/o determinan la elección de una opción de atención. Planteado de este modo, no tendría que forzar las cosas y la propia persona me diría qué es importante en la manera cómo se toman las decisiones y se elige atención en diferentes momentos de la enfermedad. Podrían ser factores cognitivos, emotivos,

económicos, políticos, geográficos, de relaciones sociales asimétricas o cualquier otro. Los relatos me harían encontrar la relevancia específica de cada factor sin que mis presupuestos teóricos los ocultaran al enfatizar o guiar mi mirada sólo hacia un aspecto.

Así, al final, mi investigación de campo se enfocó a cumplir dos objetivos centrales: obtener relatos sobre los procesos terapéuticos de personas con enfermedades oculares y hacer una descripción etnográfica de las opciones de atención que las personas tuvieran a su alcance. Eso, combinado con la realización de una etnografía general en la que anotara mis observaciones sobre la vida cotidiana, la economía, la religión, las condiciones de salud ambiental, me darían el marco completo para el análisis.

Posteriormente, durante la redacción, mi objetivo fue tomar como eje el manejo terapéutico de la enfermedad tal como lo narraron las personas, pero sin perder de vista la complejidad del contexto general en que transcurren sus vidas. Analíticamente el plan fue expresar la íntima relación que existe entre los factores llamados estructurales y los aspectos considerados culturales dejando abierto un panorama amplio sobre la situación de la atención médica en Los Altos. Tal panorama sería la base a través del cuál hacer propuestas integrales para abordar algunas problemáticas que enfrentan los servicios de salud. El termómetro, el tracoma y las enfermedades oculares.

Para lograr lo anterior, organicé los capítulos de la siguiente manera:

En el capítulo 1 presento el marco de referencia indispensable para entender la propuesta de investigación. Describo el proyecto, presento la orientación metodológica, expongo el marco conceptual general y finalizo mostrando mi procedimiento de trabajo en el campo y en el registro de la información.

En el capítulo 2 presento los antecedentes generales acerca del tracoma y las enfermedades oculares y describo el contexto socioeconómico en el cual se inserta la localidad, atendiendo los procesos históricos claves que han configurado la vida en la región.

En el capítulo 3 aterrizo de lleno en la localidad presentando la manera como vivieron las personas de Cruztón los procesos históricos a que se hace referencia y haciendo una amplia descripción etnográfica en la que se privilegia el aspecto visual. Lo hago presentando fotografías sobre diferentes aspectos de la vida local.

En el capítulo 4 me enfoco al tema de la salud, describiendo las opciones de atención con que cuentan las personas, y presento los casos que serán estudiados haciendo una semblanza de la persona, su situación y el proceso terapéutico que vivió.

En el capítulo 5 comparo la información obtenida en los relatos para, a partir de eso, describir de forma analítica los diferentes aspectos que influyeron en las decisiones durante la búsqueda de atención.

Cierro la tesis con el capítulo 6, en el cual, a manera de conclusión, hago una síntesis sobre la relación que existe entre los procesos históricos y la atención médica, presento un diagnóstico sobre la situación del tracoma y las enfermedades oculares en la localidad y esbozo un par de propuestas que buscan contribuir en la solución de los problemas que enfrentan los servicios de salud en la región.

CAPÍTULO 1

MARCO DE REFERENCIA

PROYECTO

El interés central de la investigación ha sido detectar qué aspectos de la vida de los habitantes de Cruztón, Oxchuc, Chiapas, influyen al momento de elegir entre los recursos terapéuticos con que cuentan para atender las enfermedades que afectan a los ojos, especialmente la enfermedad ocular llamada tracoma.

Metas

Dicho interés involucra dos ejes de reflexión que constituyen las metas de la investigación:

En el plano teórico, la idea es describir la manera de elegir entre las opciones terapéuticas como un *proceso de valoración* que se encuentra íntimamente relacionado con el contexto social en que viven las personas. En este sentido, sostengo que en ese proceso están presentes aspectos de la vida que, aunque separables en el plano analítico, forman parte indisoluble de la *dinámica cultural*.² Me refiero específicamente a los aspectos ecológicos, económicos, políticos, psicológicos y sociales, para los cuales existen diferentes marcos de análisis, pero que aquí serán vistos tal y como se expresan en los procesos terapéuticos vividos por las personas, es decir, tal como cobran vida y son recreados en las acciones que realizan las personas para enfrentar los malestares de su enfermedad.

En el plano práctico, el propósito es lograr –a partir de la reflexión sobre los procesos terapéuticos que relataron las personas y el trabajo etnográfico– un diagnóstico de la situación local respecto a la atención de enfermedades oculares y una descripción sobre los servicios de salud gubernamentales en el lugar. Esto servirá para plantear ideas acerca de cómo se puede mejorar la salud ocular en la localidad, y de manera más general, para hacer propuestas que contribuyan a la solución de las problemáticas que enfrentan los servicios de salud en zonas rurales e indígenas.

Estrategia

Para lograr lo anterior, el trabajo de campo se enfocó, por una parte, a contactar enfermos oculares y obtener relatos sobre la historia de su enfermedad y, por otra, a observar e indagar de manera informal acerca de la vida de la localidad, poniendo particular atención en la organización local en torno a la salud,

² Más adelante, en el apartado "Marco de análisis" plantearé el concepto de cultura que orienta esta tesis y abundaré en la discusión que aquí se introduce.

los terapeutas, el conocimiento doméstico y todas aquellas prácticas e ideas que se relacionan con el tema o lo afectan.³

Objetivos

Una vez terminado el trabajo de campo, a partir de la información obtenida,⁴ mis objetivos básicos fueron:

1) Describir etnográficamente la localidad de estudio poniendo mayor detenimiento en todo lo relacionado con la salud: las opciones de atención existentes y el uso que hace de ellas la población.

2) Comparar los relatos sobre el manejo terapéutico de la enfermedad obtenidos encontrando los puntos en común y las diferencias en los procesos terapéuticos,⁵ y:

3) Analizar los resultados de la comparación de los relatos, con relación a los procesos sociales y culturales que vive la población del municipio de Oxchuc.

En síntesis, la idea del proyecto es describir y analizar los procesos de valoración durante la elección de opciones terapéuticas a partir de la experiencia narrada por las personas, pero concibiendo tal elección como un fenómeno cultural dinámico en el que se expresan diversos aspectos que constituyen la vida de la persona y que en ciertos momentos la condicionan. El resultado final será realizar un diagnóstico sobre la situación de las enfermedades oculares y el tracoma en la localidad y hacer propuestas orientadas a mejorar los servicios de salud en la región.

ORIENTACIÓN METODOLÓGICA

El concepto de *manejo terapéutico* es la base de la orientación teórica y metodológica de esta tesis. Lo uso tanto para caracterizar lo esencial del fenómeno que me interesa estudiar –la valoración y elección de recursos terapéuticos para atender enfermedades oculares–, como para poder acercarme al mismo evitando presupuestos teóricos que me orienten a considerar las valoraciones y elecciones de las personas en términos de un sólo aspecto de influencia o de un factor determinante particular.

El concepto de *manejo terapéutico* –que fue desarrollado por John M. Janzen y William Arkininstall en un estudio realizado en África Central y reportado el año 1978 en: “*The Quest for Therapy in lower Zaire*”– se refiere “al conjunto de acciones cuyas metas consisten en formular un diagnóstico y seleccionar

³ Incluyendo aquellas prácticas que, desde el punto de vista biomédico, se relacionan con la presencia y la prevención de una enfermedad como el tracoma: La higiene familiar y ambiental y el acceso al agua como los principales factores de riesgo.

⁴ Más adelante –en este mismo capítulo en el apartado “Trabajo de campo”– explicaré con más detenimiento la metodología que usé para obtener la información. Ahora mi interés es exponer la lógica del proyecto.

⁵ Para la comparación se tomaron como eje los recursos terapéuticos que se usaron y los aspectos que influyeron las decisiones que se tomaron para enfrentar la enfermedad.

y evaluar los tratamientos en el momento de la enfermedad".⁶ Estas acciones generalmente involucran a un grupo de personas que participan de diversas formas, acompañando y/o influyendo en la elección terapéutica.

De forma más amplia, en relación con sus implicaciones en los marcos de análisis que se enfocan en *comprender e interpretar* el significado de las acciones de las personas (idealistas), y en los que se centran en *explicar* cómo la estructura *determina o influye* el comportamiento (materialistas), Janzen define *manejo terapéutico* como "una serie de acciones que ocurren en un contexto social, dentro del cual, los individuos (normalmente en grupos o conjuntos), que viven en relaciones o roles sociales ordenados, toman decisiones sobre su propio bienestar, muchas veces en secuencias estrechamente relacionadas que se basan en clasificaciones, valores y conocimientos parcialmente compartidos. Estos actos funcionan como mediadores entre las clasificaciones y valores (la cultura), la estructura o roles sociales ordenados (la sociedad) y la evaluación de los protagonistas sobre la efectividad de la terapia" (Janzen, 1987: 76).

Manejo terapéutico y método fenomenológico

Definido así, el concepto de *manejo terapéutico* describe un fenómeno que puede encontrarse en cualquier sociedad humana, aunque con expresiones particulares derivadas del contexto cultural, económico y social en el que ocurre.⁷ El concepto fue creado a través de la reflexión sobre cuáles son las características de la búsqueda de atención en momentos de enfermedad en una región de Zaire; sin embargo, logró describir los rasgos esenciales de un proceso en el que todos hemos participado alguna vez: la valoración y elección de una terapia para curarnos o tratarnos a nosotros mismos o para ayudar a un familiar o amigo.

Estas características hacen que el concepto *manejo terapéutico* sea compatible con las propuestas que hizo Husserl al crear los fundamentos de la fenomenología,⁸ específicamente porque Janzen y Arkinstall construyeron un concepto descriptivo que define las características esenciales de un fenómeno particular –la valoración y elección terapéutica– evitando imponerle presupuestos teóricos cuya aplicación no garantiza su veracidad en contextos sociales específicos. Algo que, de hecho, han buscado los diferentes planteamientos fenomenológicos que se han derivado de la propuesta de Husserl.

En términos generales, la fenomenología es un método descriptivo que intenta eliminar cualesquiera preconcepciones (sean culturales o científicas) y describir el fenómeno tal como aparece,

⁶ Texto procedente de una reseña del libro "Quest for therapy in lower Zaire" (Genset, 1985: 348) y citado por el propio Janzen en: *Therapy management: Concept, Reality, Process* (1987: 68). Para hacer la traducción de esta cita y las siguientes de este mismo texto, retomé del borrador de traducción de Guillermo Monteforte (1998) aún no publicado. En algunos casos modifiqué algunos detalles que me parece mejoran ese borrador de traducción.

⁷ En todos lados la gente se enferma y tiene que tomar decisiones con relación a su bienestar.

⁸ Ver: Schutz "Conceptos fundamentales de la fenomenología" (1993, 111-142). Antes de morir Husserl pidió a este autor que recogiera y organizara sus escritos respecto al tema, muchos de los cuales quedaron inéditos.

partiendo de lo que, en él, es irreductible: su esencia. Es el propósito de Merleau-Ponty (1994) cuando propone que la percepción (los sentidos ubicados en el mundo que empieza a ser conocido) es la base de nuestra relación con el mundo; de Schutz (1993) cuando describe lo que es irreductible para que una acción sea social; de Peter L. Berger y Thomas Luckmann (1983) cuando, retomando los aportes de Schutz, proponen que la intersubjetividad es la base a partir de la cual se construye la realidad; y el de las diferentes investigaciones que parten de la experiencia de las personas, antes de usar un modelo teórico materialista o idealista para explicar la realidad.⁹

Para dejar más clara cuál es la propuesta de la fenomenología y cómo será usada en esta tesis, podemos citar a Schutz, cuando en el siguiente pasaje ejemplifica brevemente la aplicación de uno de los procedimientos fenomenológicos planteados por Husserl: *el método eidético*.

"Supongamos que sobre el escritorio que está ante mí, iluminado por una lámpara, hay un cubo de madera rojo, cada uno de cuyos lados mide una pulgada. En la actitud natural, percibo este objeto como indiscutiblemente real, con las cualidades y características que he mencionado. (...) supongamos que me interesa descubrir cuáles son las cualidades comunes a todos los cubos. No quiero hacerlo por método de inducción, que sólo presupone la existencia de objetos similares, sino que también implica ciertos supuestos lógicos no garantizados. Tengo ante mí un objeto concreto percibido, pero soy libre de transformarlo en mi imaginación, variando sucesivamente sus características, su color, su tamaño, el material del cual está hecho, su perspectiva, su iluminación, los elementos que los rodean y que constituyen el fondo, etc. Así puedo imaginar un número infinito de variados cubos, pero estas variaciones afectan a un conjunto de características comunes a todos los cubos imaginables, tales como la rectangularidad, la limitación a seis cuadrados, la corporeidad, etc." (Schutz, 1993: 122)

Esto, aplicado al fenómeno de la valoración de opciones terapéuticas en momentos de enfermedad, no es tan complicado. Sólo tengo que retomar mi experiencia en momentos en que he estado enfermo o he tenido algún tipo de malestar,¹⁰ recordar las acciones que tomé o se tomaron para mejorar mi condición y, a partir de ahí, imaginar las variaciones posibles de mi comportamiento ante una situación similar.

Supongamos que en este momento me siento enfermo y deseo cambiar esa condición. Tal vez siento una molestia leve, una comezón, un asco, desgana; quizá es algo más fuerte, un dolor intenso, una tristeza, escalofríos... ¿Qué caminos de acción puedo imaginar?

- Si reconozco lo que me pasa, puedo decidir rápidamente y tomar cartas en el asunto. Quizá busco un remedio que alguna vez he usado o decido ir de inmediato con un terapeuta en cuyo conocimiento, status, competencia o título confío.

⁹ Referente a estos estudios en Antropología médica pueden consultarse: Arthur Kleinman y Joan Kleinman, 1991; Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock, 1987 y Margaret Lock; 1993.

¹⁰ Pienso que no es necesario plantear un concepto de enfermedad sino derivarlo de cómo se entiende en los casos concretos. Lo mismo se puede hacer con el concepto de salud. Por el momento hago un ejercicio para definir enfermedad sólo con relación al manejo terapéutico. Siguiendo esa idea, la *enfermedad* es una experiencia que nos hace valorar los recursos con que contamos para atendernos. Esto, aunque podamos elegir no hacer nada para atendernos, esperar, o en un caso extremo aceptarla como condición.

- Si es algo leve, pero aún no sé qué es lo que tengo, puedo esperar para tener claro qué me pasa y entonces recurrir a mi experiencia para encontrar una solución. Tomar una pastilla, hacerme un té, dejar de comer un tipo de alimento, descansar, son algunas de las opciones que puedo elegir, pero puedo combinar dos o más opciones e incluso –si creo que lo que tengo es pasajero y desaparecerá por si solo– puedo elegir no hacer nada y continuar mis actividades normalmente.
- Si lo que siento es más grave y no sé que camino tomar, puedo valorar la posibilidad de solicitar el apoyo de alguien que me ayude a entender lo que me pasa y solucionarlo. Puedo consultar a mis familiares, contarles lo que me ocurre y pedirles un consejo, tal vez que me cuenten si conocen algún remedio eficaz, o quizá que me recomienden un terapeuta de confianza. Aun después, puedo decidir aceptar sus consejos, negociar otras posibilidades o negarme a seguirlos y elegir yo mismo cómo será mi tratamiento.

Eso parece sintetizar los caminos hipotéticos de acción que puedo tener ante una situación de enfermedad. Sé que existen muchos otros en circunstancias diferentes, pero: ¿Qué es esencial de todo lo que menciono? ¿Qué no cambia? Viendo con detenimiento, es precisamente la posibilidad de valorar y elegir diferentes cursos de acción.¹¹ Pero eso no significa que necesito estar enfermo para valorar cursos de acción en caso de enfermedad. Puedo participar en el proceso terapéutico de un familiar o amigo, del mismo modo que mis familiares, mis amigos y diferentes terapeutas (de oficio) pueden participar e influir en mis decisiones cuando quiero reestablecer mi salud.¹² En cualquier caso, lo que no cambia es que existe un proceso de valoración y elección en que pueden intervenir diferentes elementos: personas, valores, conocimientos, emociones, actitudes, condiciones y circunstancias.

De esta manera, cuando estoy enfermo, en mi manejo terapéutico se expresan e intervienen diferentes aspectos que rodean mi vida y que son parte de ella: el repertorio de recursos terapéuticos a mi alcance (medicinas: plantas, pastillas o cualquier otra cosa); las diferentes opciones y agentes de salud que conozco (diferentes estrategias e ideas sobre cómo curar y diferentes terapeutas que las usan); mi situación laboral, mi posición económica y mis prioridades de gasto en ese momento (si tengo o no seguro médico o si el precio del terapeuta no descompensa mi economía); las políticas gubernamentales sobre salud y su aplicación en el contexto donde vivo; mis valores (mi aceptación o no de la biomedicina, las medicinas tradicionales o ideas relacionadas con ellas, por ejemplo), mis emociones (sean miedos, deseos personales, la estima que tengo a quien me aconseja, el respeto al médico, mi desconfianza en él) y

¹¹ En los cuales se expresa el repertorio de opciones que tengo a mi alcance y que se basa en mi experiencia de vida.

¹² Cualquier persona puede hacer una valoración y elección terapéutica, no sólo los terapeutas especializados. Todas las personas hacemos diagnósticos y evaluamos posibles cursos de acción, posibles medicamentos a usar, o tratamientos que seguir en momentos de enfermedad; de entrada decidimos entre los posibles médicos a los cuales consultar para pedirles su propia valoración y elección terapéutica. Aunque podemos decidir creer o no en ellos e ir a probar otros caminos que alguien más nos sugirió.

muchas otras particularidades que hacen que prácticamente cada proceso terapéutico sea diferente. Sin embargo, lo esencial permanece: hay valoración y elección, incluso cuando decidimos no hacer nada y esperar, ya sea porque sabemos o pensamos que la enfermedad desaparecerá o porque creemos que ya no tiene remedio. Hay elección incluso cuando las opciones se nos imponen y cedemos a ellas.¹³

“Manejo terapéutico: concepto, realidad y proceso”¹⁴

De las reflexiones anteriores se desprende por qué el concepto de manejo terapéutico me parece adecuado para caracterizar el proceso terapéutico y esperar que éste se aplique no sólo a mí, sino a cualquier persona en cualquier lugar y con cualesquiera valores, concepciones y comportamientos culturales. Sin embargo, debo detenerme y plantear todas las dudas posibles. ¿Hay algún caso en que sea imposible decidir sobre nuestro propio bienestar y tomar algún tipo de acción pasiva o activa? Podríamos imaginar, por ejemplo, a una persona en un campo de concentración, aislado y sometido a experimentación, sin el menor interés de que se cure por parte de sus celadores, totalmente amarrado de pies y manos, no quedándole ni la posibilidad de tocarse en aquel lugar donde siente una punzada. Podemos imaginar aún que es parapléjico y no puede moverse del cuello hacia abajo, y podemos imaginar que le cortaron la lengua y no puede comunicarse más que con gestos que nadie toma en cuenta; podemos imaginar su enorme desesperación, la condición insoportable que vive. ¿Qué le queda? Está solo con su mente y por ello tiene la opción de intentar olvidar o huir de algún modo de su sufrimiento, tal vez sea un esfuerzo inútil, pero pese a ello, puede pensar que si se concentra podrá moverse o no sufrir. Su mente es un espacio irreductible, la única condición sería el estar conciente de que algo nos daña o desear bienestar.

Otra duda que se puede plantear es si el término *manejo* es adecuado y no nos predispone a pensar que existe un control de quien lo ejerce, algo muy dudoso, pues regularmente se toman acciones que no resultan necesariamente como se planearon. Es un buen cuestionamiento; sin embargo, si no se logra tener total control, lo esencial es que se tiene la voluntad de tenerlo. Se tiene la intención y se elige una dirección hacia un objetivo –lograr bienestar o no permitir que la enfermedad avance– independientemente del resultado.

Resueltas estás dudas, puedo seguir adelante y usar el término manejo terapéutico bajo las tres acepciones que le dio Janzen (1987): como concepto, como realidad, y como proceso. Es *un concepto*

¹³ De cualquier forma, resulta dudoso que sea posible no cambiar nuestra actitud al momento que tomamos conciencia que estamos enfermos, siempre hay alguna forma de cuidarnos y, por ello, aunque tal vez podamos estar en el caso extremo de que ya no tenemos nada que hacer sino aceptar nuestra condición, siempre habrá maneras mejores de lidiar con un mal, de suavizarlo, hacerlo soportable u olvidarlo. Siempre hay la posibilidad de elegir, si no por el enfermo, como en el caso de un niño, por alguien más que toma la responsabilidad de ayudarlo.

¹⁴ Traducción del título del artículo publicado por Janzen en 1987: “Therapy Management: Concept, Reality, Process”.

porque sirve para describir la valoración y elección terapéutica en momentos de enfermedad y las diversas circunstancias y personas que influyen.¹⁵ Es *una realidad*, porque todos, en momentos de enfermedad o cuando buscamos bienestar, hemos valorado y elegido caminos de acción.¹⁶ Y es *un proceso* porque en las acciones hay decisiones que se van sumando y construyen una historia: un camino generalmente complejo, con ciertos virajes, paradas, retornos, cruces, accidentes, tráfico, caminos bloqueados, etc. y, más allá de que logremos algo, iniciamos una ruta hacia la posibilidad de encontrar remedio, sanar, aminorar malestares o, en el peor de los casos, aceptar la enfermedad con resignación.

Ventajas que ofrece el uso del concepto manejo terapéutico

Por todo lo anterior, a pesar de que el uso del concepto manejo terapéutico en esta tesis es esencialmente metodológico, lo elijo precisamente por las repercusiones teóricas que tiene, ya que, al describir los procesos terapéuticos basándose en la experiencia narrada por las personas, permite evitar las preconcepciones que derivan de teorizar el mundo y hablar de él a partir de dualismos que muchas veces se convierten en oposiciones maniqueas (como cultura–estructura e idealismo-materialismo).¹⁷ Por otra parte, el hecho de que el concepto describa un fenómeno real, y lo reduzca hasta sus últimas consecuencias –fenomenológicamente– evitando los dualismos antes mencionados, permite captar las particularidades del contexto, y así, medir la pertinencia de los diferentes marcos o enfoques teóricos en casos específicos. Incluso hace posible la combinación de perspectivas aparentemente opuestas.

Por ello, ante el debate sobre qué determina las decisiones (si se trata de factores estructurales o de factores culturales), el concepto de manejo terapéutico y un enfoque fenomenológico –“micro-histórico”, aplicado aquí a los procesos terapéuticos de enfermos oculares en una localidad tseltal de Chiapas– no niega ni reemplaza las diferentes perspectivas teóricas, sean materialistas o idealistas, “más bien ofrece un concepto disciplinado y contextualmente sensible, dentro del cual se pueden probar hipótesis relacionadas con la toma de decisiones médicas que se derivan de cualquiera de estos importantes marcos teóricos” (idem: 79). De hecho, su valor reside en que puede mostrarnos cómo confluyen los factores ideales y materiales sin descartar o dar preponderancia a unos sobre otros de forma anticipada. En otras palabras, rescata la complejidad del fenómeno y evita caer en reduccionismos que son producto de presuposiciones y predisposiciones de la mirada.

¹⁵ Con el concepto “grupo de manejo terapéutico”, Janzen se refiere a las personas relacionadas con el enfermo que de algún modo intervienen en el proceso terapéutico.

¹⁶ Aquí radica su carácter fenomenológico.

¹⁷ De hecho hasta el más teórico y analítico tiene que vivir su vida en la confusa marea de la experiencia donde los límites nunca dejan de ser un tanto arbitrarios. Nuestra realidad cuestiona constantemente nuestros supuestos pero preferimos hacer caso omiso de ello.

Sobre sí la fenomenología es idealista y sobre los prejuicios¹⁸

Para Husserl, la fenomenología trabaja con objetos ideales (Schutz, 1993: 123). Pero esto no la hace idealista, pues, por otro lado, como su nombre lo indica, se considera una método empírico y se interesa en *describir fenómenos reales*, los cuales no duda que existan. En ese sentido, puede considerarse realista, pero no se trata de un realismo ingenuo. La realidad no es algo dado, se expresa de múltiples maneras y es siempre mediada por las construcciones que de ellas hacen los sujetos. Hay una realidad pero en cada sociedad se describe y aprecia de manera diferente. Por esta razón Berger y Luckmann se interesaron por describir cómo se construye esa realidad; es decir, por los elementos esenciales en su construcción (Berger y Luckmann, 1983).¹⁹ Viéndolo de este modo, la fenomenología se vale de "lo ideal", sólo como manera de llegar a esas esencias.²⁰ Por eso la fenomenología implica, de entrada, una posición filosófica particular que evita los presupuestos derivados de una visión bipolar del mundo. La fenomenología no separa, sino que intenta ver el mundo como un *continuum real*: algo que involucra una meta sumamente difícil y que sin duda desalienta a cualquiera, pues todo nuestro lenguaje y todos nuestros pensamientos están permeados por bipolaridades.

Pero pongamos en duda lo anterior: ¿Es posible lograr lo que propone la fenomenología? ¿Cómo explicar que la fenomenología diga que quiere eliminar los prejuicios y a la vez diga que el hombre ve la realidad a través de prejuicios? Berger y Luckmann hablan de cómo se crea el mundo a raíz de los prejuicios acordados que, dicen, son esenciales; su argumento es que la intersubjetividad es básica para la constitución de una actitud natural en el mundo. Si la objetividad científica se basa en esa intersubjetividad y también es construida: ¿a qué aspira la fenomenología? Parece no haber escapatoria: se cae en un relativismo que se puede representar con la imagen de una serpiente que se muerde la cola. Si digo que todo es relativo, porque es una construcción intersubjetiva, podría aplicar esa afirmación a la propia idea que expresa la frase: si "todo es relativo" lo es incluso la relatividad misma, y si la relatividad es relativa, entonces algo es absoluto, lo que nos mete en un callejón sin salida.

Pero, ¿cómo no llegar a paradojas cuando se intenta superar un lenguaje de oposiciones? La fenomenología dice que hay una realidad y llega a la conclusión de que la manera como se ve esa realidad es relativa, que esa es su esencia accesible, lo que parece sugerir que nada de lo que creemos y pensamos es real.²¹ ¿Qué decir entonces la idea de ver al mundo sin prejuicios? ¿Se puede realmente

¹⁸ En fenomenología el término prejuicio es usado no sólo como lo que se dice antes de conocer la cosa. Se refiere incluso a las preconcepciones teóricas de la ciencia, en tanto ventanas que guían la mirada (Véase: Schutz, 1993: 111-142).

¹⁹ Esto le permite incluso ser crítica de la ciencia en tanto que también ella es una construcción sobre la realidad.

²⁰ El *método eidético* –ya explicado– y la *reducción fenomenológica* –la cual consiste en ir "deconstruyendo" los supuestos para quedarse con el fenómeno en su forma más pura– son dos ejemplos. (Véase: Schutz, 1993: 111-142)

²¹ Son precisamente estas paradojas las que desconciertan a quienes critican los planteamientos fenomenológicos.

estar *libre* de ellos? La fenomenología parece plantear una irremediable contradicción; sin embargo, al decir que los prejuicios no pueden quitarse y que son fundamentales para vivir, lo que realmente cambia es que se tiene conciencia de ser parte de un acuerdo intersubjetivo y eso cambia radicalmente la mirada. En mi opinión, la fenomenología “libera” de prejuicios no porque los supere, sino precisamente porque, si nuestro acuerdo es uno más, podemos considerar a los otros como similares (comparten las mismas características esenciales que lo hacen un acuerdo) y en caso de hacerlo así, como correspondería a un antropólogo, estamos tratando de verlos como son. Y como todos son esencialmente arbitrarios o azarosos –y, por lo tanto, que sea una cosa y no otra representa un misterio: la caja oscura de la vida–, podemos valorar nuestro propio acuerdo (nuestros límites) como algo único e irrepetible y, al mismo tiempo, como uno más, ya que nos da la posibilidad de valorar nuestra cultura *en sí* y como algo que puede cambiarse. La conciencia de que existe un acuerdo y prejuicios que nos condicionan, hace que la realidad adquiera una dimensión diferente. Estamos condenados a tener un acuerdo o convención cultural para movernos y entendemos pero, como sabemos que eso es una posibilidad igual de misteriosa que otras, podemos valorarla en su justa dimensión y aceptar su posibilidad sin conjurarla de antemano e incluso darnos el lujo de explorar otras posibilidades.

Teoría fundamentada

Pero más allá de si estos argumentos son convincentes, lo importante aquí es dejar claro que el uso de la fenomenología en esta tesis es metodológico. En este sentido, debo advertir que no intento hacer una fenomenología al estilo de autores de la Antropología Médica norteamericana, cuya corriente tiene como eje principal la interpretación de la experiencia plasmada en los relatos (Ver: Scheper-Hughes, Nancy y M. Lock, Margaret, 1987; Kleinman, Arthur, 1988; Kleinman, Arthur y Joan Kleinman, 1991; Csordas, Thomas y Arthur Kleinman, 1995; Kleinman, Arthur, Veena Das y Margaret Lock, 1997; Good, Byron, 1977). Ya que si bien utilizo relatos de las personas para analizar los aspectos que influyen la elección terapéutica, el planteamiento fenomenológico que propongo debe ser considerado una estrategia metodológica para mantener una vigilancia permanente que evite caer en preconceptos teóricos que enfatizan más la cultura o la estructura al explicar las decisiones en torno a la salud. De este modo, el interés de la tesis no es llegar a interpretar la experiencia de la enfermedad como tal, sino responder a la pregunta de cuáles son los aspectos que influyen las decisiones de las personas, lo cual implica dar una fuerte consideración al contexto social en que viven las personas.

Para Husserl la fenomenología un método descriptivo y mi planteamiento concuerda con eso. La experiencia de la enfermedad involucra un proceso de valoración y elección de recursos terapéuticos para

tratar de quitar o disminuir los malestares. Yo recopilo relatos de los procesos terapéuticos de las personas. Veo que la ventaja de hacer esto es que evito preconcepciones teóricas que reducen la complejidad del fenómeno tal como se expresa en la experiencia narrada de las personas y, a partir de ahí, debo elegir los marcos adecuados para lograr los objetivos teóricos y prácticos que me he propuesto.

Las preguntas que surgen son: ¿qué teoría o teorías pueden ayudarme a analizar e interpretar de mejor manera los diferentes aspectos de la vida que influyen en las decisiones terapéuticas? y ¿qué ideas puedo extraer de los distintos planteamientos teóricos que sirvan para mejorar los servicios de salud en una zona rural e indígena?. Pienso que la clave para conceptualizar adecuadamente un fenómeno es tomar como referencia orientaciones teóricas amplias y ser fieles a las características de contexto para elaborar las definiciones particulares. En esta tesis, tomé como marco metodológico a la fenomenología para construir mi objeto de investigación, para conceptualizar el manejo terapéutico y para acercarme a los procesos terapéuticos de las personas con enfermedades oculares. Después de eso sólo me falta exponer los conceptos teóricos generales que servirán para pensar sobre la información obtenida. Me refiero a los conceptos de *cultura*, *contexto estructurado* e *historia* que son la base del enfoque antropológico de la tesis y constituyen el trasfondo global de mis argumentos. Con relación a los conceptos particulares – tipificaciones de manejo terapéutico y la manera de referirme a los terapeutas, a los tratamientos y otras cuestiones que requieren definiciones operativas– éstos se basarán en los datos y por tanto serán definidos mientras describo y analizo. La idea es que respondan lo mejor posible a la lógica de la organización, las conductas y las representaciones sobre la salud en Cruztón.

MARCO DE ANÁLISIS

Schutz dice que "la fenomenología tiene su propio campo de investigación y espera terminar ahí donde otros comienzan" (Schutz, 1993:124). Se refería a que la fenomenología sólo intenta describir y no encontrar causas, explicaciones o incluso interpretaciones. Por ello, una vez ante los relatos sobre el proceso terapéutico, el reto fue elaborar un marco conceptual cuya amplitud me permitiera comprender la experiencia narrada en los relatos sin distorsionarla y a la vez hacer planteamientos prácticos que ayuden a mejorar los servicios de salud. Para lograrlo elegí un grupo de conceptos cuya relación y orientación constituyen el trasfondo necesario para el análisis. Estos conceptos –que pueden considerarse presupuestos o puntos de referencia que elegí cuidadosamente–, me permiten ser fiel a la complejidad de los procesos terapéuticos que me fueron relatados y, a la vez, me permiten reflexionar sobre la problemática de la salud en un contexto social como el de Oxchuc.

El concepto estructural de cultura²²

En relación con el concepto de cultura, he decidido tener como punto de referencia el concepto que elaboró John B. Thompson. La razón es que su concepto enfatiza el carácter simbólico de los fenómenos culturales y, al mismo tiempo, el hecho de que tales fenómenos (a los cuales llama formas simbólicas) se inserten siempre en contextos sociales estructurados. Dicha perspectiva, me parece la más adecuada con relación al concepto de manejo terapéutico –eje de esta tesis– pues, agrega a la dimensión de la experiencia, que se expresa en los relatos de los procesos terapéuticos, una forma de clarificar el significado de las acciones y la influencia del contexto social y cultural. Ambos, aspectos de la vida que comúnmente se separan en dos diferentes niveles de análisis, pero que el concepto de Thompson nos permite ver de manera relacionada.²³

Para Thompson, el análisis cultural es “el estudio de las formas simbólicas, –es decir las acciones, los objetos, las expresiones significativos de diversos tipos– en relación con contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente en los cuales, y por medio de los cuales, se producen, transmiten y reciben tales formas simbólicas”²⁴ Según el autor, “Los contextos y procesos se estructuran de diversas maneras. Pueden caracterizarse, por ejemplo, por ser relaciones asimétricas de poder, por un acceso diferencial a los recursos y oportunidades, y por mecanismos institucionalizados para la producción, transmisión y recepción de formas simbólicas” (Thompson, 1998: 203).²⁵

Pero algo que interesa mucho en este trabajo y por lo cual he elegido como marco el planteamiento de Thompson es que el análisis de los contextos sociales no se considera “una actividad totalmente divorciada del estudio de los individuos que actúan e interactúan en ellos, que producen las formas simbólicas en ciertos contextos y las reciben en otros”. Por el contrario, el análisis y contextualización de los fenómenos culturales que propone Thompson, es considerado “una actividad indispensable para el estudio de la acción y la interacción social de la producción y de la recepción, de la misma manera que el análisis de los contextos sería parcial e incompleto sin una consideración de las acciones e interacciones que ocurren en ellos”. (op. cit.: 219)

²² Estructural no debe confundirse con el estructuralismo derivado de las ideas de Saussure. Siguiendo a Thompson, lo estructural se refiere al contexto externo de la forma simbólica. El estructuralismo, por otro lado, se refieren al análisis interno de los fenómenos significativos.

²³ Visto de este modo, lo estructural, para Thompson, puede considerarse un nivel de análisis de lo cultural. El planteamiento es semejante al de Berger, que denomina a lo estructural como la cultura objetivada (Wuthnow: 1988) Por otro lado, es compatible con la Teoría de la estructuración de Giddens (1995) en que se aborda el problema de la determinación de la estructura y la posibilidad de agencia y recreación por las personas.

²⁴ “Como formas simbólicas, los fenómenos culturales son significativos tanto para los actores como para los analistas” (Thompson, 1998: 203).

²⁵ Aunque Thompson construye su concepto a partir de una crítica del concepto de cultura de Clifford Geertz, propone su propio concepto como una manera de complementarlo: “La concepción estructural de la cultura, no es tanto como una alternativa a la concepción simbólica como una modificación de ella: es una manera de modificar la concepción simbólica tomando en consideración los contextos y procesos estructurados socialmente” (Thompson, 1998:204).

En este sentido, la propuesta de esta investigación no sólo toma como eje los fenómenos significativos que se expresan en la experiencia de las personas; sino que los sitúa en el contexto social en que se producen y/o reciben; se reproducen y/o transforman. De esta manera, tomar como marco los argumentos de Thompson, me permite tener una visión de la cultura como algo dinámico, pues: "La inserción de las formas simbólicas en contextos sociales también implica que además de ser expresiones dirigidas a un sujeto (o sujetos), éstas formas son por lo regular recibidas e interpretadas por individuos que se sitúan también en contextos socio-históricos específicos y que están en posesión de diversos tipos de recursos" (idem: 217). En otros términos, las personas y su experiencia de vida cuentan dentro de la dinámica cultural.

Esto nos lleva a otro punto importante de la teoría de Thompson que estará detrás de los argumentos y reflexiones planteados en el capítulo 5, este se refiere a que la inserción contextual de las formas simbólicas hace que éstas con frecuencia sean objeto de complejos procesos de valoración, evaluación y conflicto. "Las formas simbólicas son valoradas y evaluadas, aprobadas y refutadas constantemente por los individuos que las producen y reciben. Son objeto de lo que llamaré *procesos de valoración*, es decir, procesos en virtud de los cuales y por medio de los cuales se les asigna cierto tipo de valor" (idem: 217). En este caso nos referiremos a los procesos de valoración de los recursos terapéuticos que las personas de Cruzón tienen a su alcance.

Historia y dinámica cultural

El concepto de cultura de Thompson lleva implícito un concepto de historia cuya relevancia es necesario plantear pues constituye un rompimiento con la visión de las culturas como entes aislados e impermeables a su exterior. En Cruzón hablaremos de circunstancias y procesos sociales que involucran personas no sólo con diferentes posiciones en la estructura social local o en las relaciones de poder regionales, sino también con diferentes valores y perspectivas de la vida. Es evidente que no puedo tratar a los habitantes de la localidad como una sociedad cerrada, se trata de un grupo humano que ha cambiado y sigue cambiando a partir de sus relaciones y conflictos al interior de la localidad así como con otros grupos humanos.

Erik Wolf en su libro *Europa y la gente sin historia* ya evidenció la falacia que hasta hace unos años era común en la antropología y consistía en ver a las culturas como entes aislados y cerrados en sí mismos (Wolf, 1987: 15-39). La idea en esta tesis no es hablar de una cultura o de varias culturas, me referiré más bien a fenómenos culturales –formas simbólicas, como las llama Thompson– en los que participan personas con diferentes grados de identificación y asociación. Por ello, no es mi propósito caracterizar de

manera precisa la identidad de las personas de Cruzón o de Oxchuc, lo que intentaré es señalar tendencias en las valoraciones de las personas, que sin perder de vista la complejidad de la dinámica socio-cultural de la región, puedan ayudarnos a plantear ideas orientadas al mejoramiento de los servicios de salud en la localidad y el municipio.²⁶

En el próximo capítulo hablo de la situación de Oxchuc y su inserción en los procesos sociales regionales, estatales e incluso internacionales. Lo hago porque me parece evidente que el manejo terapéutico de las enfermedades oculares está ligado a cambios históricos que han afectado la vida de las personas estudiadas. De esta manera, tal como lo propone Thompson, no separo los significados –en este caso los presentes en los procesos terapéuticos– del contexto social donde se producen y/o reciben; se reproducen y/o transforman. Sin embargo, dado los límites de esta tesis, no me propongo teorizar sobre el cambio cultural y su lógica –lo cual es un tema muy interesante pero merece más espacio y tiempo del que aquí le puedo dedicar–. Cuando hablo de cambio cultural sólo constato el hecho de que Oxchuc y Cruzón han cambiado y describo esos cambios a partir de las fuentes documentales y orales que tuve a mi alcance.

Implicaciones prácticas del enfoque cultural elegido

El presupuesto implícito en el análisis cultural propuesto en este trabajo es que la persona –o el actor, como prefieren llamarlo otros– “produce y no sólo reproduce la estructura social y los significados”, pero además se debe asumir que “existe potencialmente una diversidad de actores colocados en diferentes ‘lugares’ de la estructura social. Dichos actores pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales, conflictivos y hasta antagónicos” (Menéndez, 1997: 239-240).

Como ya ha quedado claro, esta propuesta persigue recuperar el punto de vista de las personas involucradas en el problema en el ámbito de la localidad. Al hacerlo, toma como eje una aproximación teórico-metodológica que ha sido muy importante desde hace tiempo para la antropología médica: “el punto de vista del actor”. Tal aproximación implica reconocer “la necesidad de incluir las necesidades/objetivos/decisiones de los actores, para que estos asuman como suyos los proyectos sobre problemas específicos, participen en ellos y no se consideren como meros reproductores o consumidores...” (op. cit., 1997: 240), algo que considero básico cuando se quiere incidir en el mejoramiento de los servicios de salud.

²⁶ En el capítulo 4 dedico un espacio a hablar de la persona. Lo hago a partir de lo que la persona dijo de sí en su relato y lo que yo pude observar. Tales datos tienen importancia para el análisis, pero no conllevan una caracterización de la identidad de las personas.

Además, el enfoque fenomenológico que es base del planteamiento implica tomar al conocimiento biomédico –expresado en los servicios de salud gubernamentales y privados de salud– como una alternativa médica más a la que la localidad tiene acceso; es decir, como una etnomedicina en cuyos agentes se puede identificar factores culturales relacionados con la presencia de la enfermedad.²⁷ Recalco esto porque, como señala Eduardo Menéndez (2000), considerar a la biomedicina como un sistema médico o una etnomedicina es común en la antropología médica a nivel de discurso; sin embargo, en la práctica, en América Latina se han estudiado “casi” exclusivamente los factores culturales que se expresan en los conocimientos de la población o en las prácticas médicas no académicas. Los factores culturales presentes en la biomedicina suelen ignorarse en las investigaciones, asumiendo tácitamente que ella sea neutral.

EL TRABAJO DE CAMPO

La elección de la localidad

Desde febrero del 2003, tuve oportunidad de acompañar a los promotores tseltales de la organización no gubernamental (ONG) Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A. C. (ACASAC) en siete de sus recorridos de trabajo.²⁸ En esas salidas, conocí 4 de los 5 municipios tseltales en los que está presente el tracoma. De ellos, según las observaciones que me hicieron Manuel Gómez López y César Gómez Méndez (los dos promotores que para junio de 2003 trabajaban con ACASAC), el más afectado es Oxchuc, pues ha sido en el que mayor número de enfermos se han encontrado y su población ha tenido serias limitaciones de acceso al agua. Teóricamente cualquier localidad de este municipio sería interesante para investigar. No tenía mucho que pensar, observé una lista de localidades, seleccioné algunas y les pregunté a Cesar y a Manuel qué tan viable era hacer la investigación allí. Ellos, con su experiencia, sabían en qué lugares había conflictos y tensiones políticas que podrían obstaculizar el trabajo, algo poco deseable teniendo tan poco tiempo para estar en campo.²⁹

Entre las opciones que no fueron descartadas por Manuel y Cesar estaba Cruztón. Elegí este lugar porque en la Jurisdicción Sanitaria II, la entonces jefa del departamento de epidemiología, Alied Bencomo me comentó (junio del 2003) que era una de las localidades en que, según sus datos,³⁰ había mayor presencia de la enfermedad y de inmediato me puso en contacto con Nicolás Gómez Méndez, el

²⁷ Tulio Sepilli (2000) señala como uno de los saltos de calidad de la Antropología de la salud cuando se comenzó a estudiar a la biomedicina como un sistema médico particular. Jon Arrizabalaga (2000) analiza a la biomedicina como construcción cultural. Jesús de Miguel (1982) considera a la biomedicina como una etnomedicina más, para la cual calificar de primitivos a otras medicinas es una forma de defensa.

²⁸ Más adelante en el capítulo 2 hablaré más de las labores que realiza esta institución que tiene un programa para combatir el tracoma.

²⁹ Los conflictos que Cesar y Manuel me refirieron eran divisiones internas en las localidades derivadas de adscripciones a partidos políticos diferentes. Tales divisiones afectan la organización de la localidad.

³⁰ En aquellas fechas, la Jurisdicción Sanitario II de la SSA realizaba un estudio para detectar los casos de tracoma existentes en la región afectada.

Supervisor de Auxiliar de Salud (SAS) encargado de atender el paraje por parte de la Secretaría de Salud (SSA). Tres visitas a la localidad entre julio y agosto, con el apoyo de ACASAC –cuyos promotores me pusieron en contacto con las autoridades del lugar y me auxiliaron como intérpretes– y de Nicolás –quien me apoyó de diversas maneras durante el periodo que residí en la localidad y aun después– dejaron el terreno listo para iniciar el trabajo de campo, por lo que, el primero de septiembre del 2003, me instalé en la Casa de Salud del Barrio Centro, de la cual me dieron una llave y por las noches se convirtió en mi casa y base de trabajo.

El plan

Antes de ir a campo diseñé tres guiones de entrevista. El primero enfocado a obtener relatos detallados de los procesos terapéuticos de diferentes enfermos oculares. El segundo dedicado a indagar sobre el conocimiento de las familias sobre la prevención y atención de enfermedades oculares. Y el tercero orientado a conocer la vida y el trabajo de los diferentes terapeutas de la localidad.³¹

Sin embargo aún no tenía claro dónde y a cuántas personas entrevistar. Al llegar a Cruztón el proyecto de investigación estaba sufriendo una transición³² y aún no reorganizaba mis planes. Además, debido a que no contaba con traductor, decidí posponer momentáneamente la realización de las entrevistas. Ante esto, dediqué el mes de septiembre a recorrer los barrios de Cruztón acompañando a Nicolás en los eventos del programa gubernamental Oportunidades que él coordina.³³ En esos recorridos comencé a observar las condiciones de vida en cada barrio, conocí a los Auxiliares de Salud de SSA, y pude percatarme de la dinámica de los servicios de salud y la organización de la localidad al respecto.³⁴ Esto me dio el tiempo suficiente para pensar el número de entrevistas a realizar y la mejor manera de lograrlas.

Al terminar dicho mes, había conocido y ubicado a los terapeutas principales; tenía noción acerca del número de enfermos que habían sido operados por tracoma –los cuales me propuse entrevistar– y había podido observar a muchas personas más enfermas de los ojos. Mi dilema era si enfocarme a trabajar

³¹ Elaboré un instrumento para indagar acerca de la etnoanatomía ocular. Lo apliqué en 5 ocasiones pero, en esta tesis, sólo utilicé la información que obtuve por esos medios cuando cito las categorías locales de algunas enfermedades.

³² En un principio mi idea era enfocarme al conocimiento local –étnico– sobre las enfermedades oculares y su curación, pero mi interés poco a poco se fue enfocando a la relación de la población con los servicios de salud gubernamentales. Al mismo tiempo, en el aspecto metodológico, comenzaba a darme cuenta que la manera de ver el problema de manera más integral, sin omitir ninguno de los temas que podrían ser importantes, era centrarme en los procesos terapéuticos de los enfermos, algo en lo que al final puse el énfasis principal.

³³ Más adelante en capítulo 4 hablaremos sobre tal programa.

³⁴ También pude realizar mis primeras entrevistas, dos a enfermos oculares y dos a ancianos sobre la historia de la localidad. Esto gracias a la ayuda una amiga tseltal (más adelante hablaré de ella) que me pudo ayudar como traductora por tres días durante los primeros 10 días que pasé en la localidad.

en un barrio, tratando de entrevistar a cada una de las familias aplicando la entrevista más conveniente, o pensar en una estrategia para no dejar sin visitar ninguno de los barrios.

Al final, dada la expectativa que se creó en la localidad de que yo visitaría todos los barrios, decidí visitar 5 familias de cada barrio, ubicando de antemano, en coordinación con el comité de salud de cada lugar, a los enfermos oculares y de tracoma que visitaría. Esto implicaba más entrevistas de las que podría analizar pero, en ese momento me propuse realizarlas aunque después tuviera que omitir algunas en la presentación del trabajo.

Interacción informal

Dada la naturaleza del tema de estudio y que, en la presentación formal a la localidad, los promotores de ACASAC, Nicolás de SSA y mi asistente de investigación me presentaron como “doctor” (pese a que convenimos en que aclararan que no lo era), al iniciar el trabajo se creó confusión respecto a mi profesión. En algunos casos pude aclarar el asunto; sin embargo, muchas personas continuaron refiriéndose a mí como doctor. Después de un tiempo, opté por no dar explicaciones y sólo dejaba claro que mi trabajo era hacer una investigación y no curar.

Por otra parte, desde el primer día entré en contacto con las personas de la localidad situándome como aprendiz de tseltal y utilizando lo que aprendía del idioma en todos los momentos que era posible. Al mismo tiempo, lograba tener conversaciones informales con algunos de los hombres que conocían mejor el español. En tales conversaciones indagué sobre el tema de la tesis y en general sobre la vida de la localidad. A partir de estas pláticas también se creó una relación amistosa con personas como Pedro, Alejandro, Marcelino, Agustín, Mariano y Roberto y, en ocasiones, me invitaban a su casa a platicar, a ir de paseo a conocer alguna cueva, o de cacería.

Sin embargo, una de las personas con las que platicué y a la que debo mucha de la información que recopilé en esta tesis, pues siempre mostró interés en mi trabajo, fue Nicolás, él me puso en contacto con los enfermos que conocía y otras personas que me platicaron cosas interesantes; me mantenía al tanto de lo que se decía en las charlas informales que yo presenciaba, e incluso, sin que yo se lo pidiera, desde la primera asamblea comunitaria a la que asistí, me tradujo lo más literal que pudo los discursos de las autoridades.

Las entrevistas y su traducción

Otra forma de interacción con las personas, esencial para este trabajo, fueron las entrevistas en que se obtuvieron los relatos de manejo terapéutico. Como ya mencioné, antes de salir a campo diseñé tres

guiones de entrevista diferentes, uno para personas no enfermas, otra para enfermos, y otro para terapeutas. Se realizaron entrevistas de los tres tipos; sin embargo, al final la nueva acotación del problema de estudio me hizo centrarme en los relatos de los procesos terapéuticos de enfermos oculares y manejar la información obtenida en las otras como parte del contexto.³⁵

El contar con un traductor era un asunto clave desde que comencé a diseñar el proyecto. Inicialmente lo tenía resuelto, dado que se me ofreció el apoyo de los promotores de ACASAC como traductores e intérpretes; sin embargo, ya cuando el proyecto de investigación estaba diseñado, al intentar acordar los días en que ellos me podrían ayudar me di cuenta que iba a ser muy difícil que ellos pudieran compaginar su itinerario de trabajo con el mío. Afortunadamente la profesora Graciela Freyermuth me puso en contacto con María Leticia Pérez Sánchez (de aquí en adelante Lety) una antropóloga hablante de tseltal, originaria del municipio de Huixtán que desde muy niña se mudó a Oxchuc y ahora trabaja en San Cristóbal en el Centro de Lenguas, Arte y Literatura Indígena A. C. (CELALI).

Después de platicar a Lety acerca de mi proyecto, y explicarle cómo quería que me ayudara, ella accedió a trabajar conmigo. Le mostré mis guiones de entrevista para que me hiciera correcciones y quedamos de acuerdo en la forma de trabajar.

Una de las cosas que me interesaba evitar era hacer entrevistas en las que yo preguntara, ella me tradujera, la persona contestara y ella me diera su respuesta en español. Por este motivo, repasamos juntos los guiones de entrevista y de esa manera quedaron claros los objetivos. Los guiones de entrevista estaban orientados a generar un relato en el que la persona desplegara libremente los sucesos que se relacionaron con su enfermedad. El papel del entrevistador debía ser alentarlos y sólo intervenir para aclarar si usó o no algún recurso terapéutico o para procurar la explicación de por qué hizo o dejó de realizar una acción específica.

La intención fue que ella llevara a la práctica los guiones de entrevista, en lo posible sin consultarlos y lo conseguimos. Mi papel, por otra parte, fue describir el contexto de la entrevista y controlar la grabación. Sólo participaba al inicio de la entrevista empleando mi poco tseltal para dar pie a una charla –generalmente haciendo comentarios informales– y al final del relato cuando tenía una inquietud particular, ya sea sobre el entorno o porque alcancé a entender una parte de la entrevista y me dio curiosidad algo en particular.

³⁵ La información de las entrevistas que versaron sobre el conocimiento sobre la atención y prevención de enfermedades oculares, son utilizadas en el capítulo 5, principalmente para mostrar la influencia del programa Oportunidades en el manejo terapéutico de enfermedades oculares. La información de las entrevistas a terapeutas es presentada en el capítulo 4 mientras presento los recursos terapéuticos de la localidad.

Una vez acordada la forma de trabajo, sólo quedaba ponernos de acuerdo en los tiempos. El plan fue que yo contactaría a los enfermos y luego iría por ella a San Cristóbal para que me acompañara a realizar las entrevistas. En los primeros 10 días de septiembre ella acudió dos veces a Cruztón y realizamos 3 entrevistas. Sin embargo, a mediados de septiembre finalmente fue contratada por el CELALI (donde había solicitado empleo meses antes) y las entrevistas fueron interrumpidas.

Pudimos continuar a finales de septiembre, yo contactaría a los enfermos entre semana y ella, los sábados y domingos, me acompañaría a realizar las entrevistas. Gracias a esta estrategia, durante el mes de octubre completamos un total de 18 entrevistas, varias de las cuales serán citadas en este trabajo. Sin embargo, una vez más Lety no pudo seguir ya que fue enviada por el CELALI durante el mes de noviembre a Orizaba, Veracruz a un curso de video.

Al valorar lo que habíamos logrado con Lety, me di cuenta que ya tenía suficiente material para hacer la tesis; sin embargo, aún faltaban algunos enfermos por entrevistar, y los comités de salud de los barrios que aún no visitaba contaban con que los visitaría. Ante ello le propuse a Roberto –joven con quien había hecho una buena amistad jugando básquet y acompañándolo de cacería– que me ayudara. Sabía que las entrevistas no serían de la misma calidad que con Lety, pues Roberto tenía muchas limitaciones con su español; sin embargo, en ese momento ya no me preocupaba el número de entrevistas ni su calidad sino cumplir con la expectativa que los diferentes barrios tenían de mi visita.

Para trabajar estos recorridos decidí cambiar la estrategia, elaboré un guión entrevista en el cual la idea fue preguntar por las medicinas que las personas tenían en casa fueran plantas o fármacos. Roberto solicitaba que los mostraran y luego preguntaba para qué los usaron. Además de eso, cuando encontramos a un enfermo ocular solicitábamos que relatara la experiencia de su enfermedad del mismo modo que lo hacíamos con Lety.

Las entrevistas hechas con Roberto, aunque no igualaron en calidad a las anteriores, me ayudaron a conocer los recursos terapéuticos que tiene la gente en su casa y me hicieron obtener otros relatos de manejo terapéutico interesantes.

El registro de la información

Para registrar la información utilicé tres medios, el escrito, el auditivo y el visual.

Las observaciones y descripciones sobre la vida de la localidad y sus barrios, las realicé con mi cámara fotográfica y mi libreta de notas a lo largo del día y, por las noches, en mi diario de campo, donde básicamente profundizaba sobre las notas que había hecho en el día.

Las entrevistas, por otra parte, fueron grabadas en audiocintas. Con Roberto, traducimos cada audiocinta una vez terminado el recorrido por algún barrio. Él escuchaba un fragmento de la cinta original, ponía pausa; en ese momento yo presionaba el botón de grabar en otra grabadora y él me contaba lo que la persona había dicho.³⁶ Con Lety, las cintas grabadas durante septiembre y octubre las traducimos hasta los meses de marzo y abril del 2004. Ella escuchaba el audiocinta y me dictaba en español mientras yo lo escribía en la computadora. Eso me dio la oportunidad de resolver algunas dudas y tener comentarios adicionales sobre las situaciones narradas.

La fotografía

La fotografía, de ser un instrumento de registro se convirtió en un recurso importantísimo para la presentación de los datos y la información de esta tesis. Durante el trabajo de campo, usar la cámara se convirtió en una afición y un gusto para mí. Ello me llevó a olvidarme de ahorrar en rollos fotográficos y tomar todo aquello que me llamaba la atención y podía ser relevante para describir la vida de la comunidad. Tomé 13 rollos de 24 fotografías cada uno sobre diferentes aspectos de la vida de la localidad. De manera que al organizarlas por temas como parte de un registro, me di cuenta que sería muy valioso presentar la descripción de la comunidad directamente con las fotografías, agregando sólo comentarios para ubicar al lector en la información que intencionalmente quise mostrar en relación con el tema de estudio y el contexto que lo afecta.

En este sentido, mi intención fue doble: 1) Presentar la vida de la localidad como un paseo relatado por una persona que la recorrió –con el estilo de alguien que narra anecdóticamente el contenido de las fotos después de regresar de unas vacaciones–; y, al mismo tiempo, 2) comentar todos aquellos aspectos de la vida de la localidad que resultan relevantes para el tema general de la tesis, exactamente los que hubiera resaltado en una descripción etnográfica solamente escrita. Por ello, conviene aclarar aquí, que mi intención no fue hacer un análisis del contenido visual de las imágenes. Hago la etnografía requerida para mi trabajo apoyándome con imágenes que pueden decir muchísimas cosas más al lector que las observa. De hecho, si algo me agrada es precisamente que quien lea pueda tener la libertad de pensar otras cosas a partir de las imágenes.

³⁶ En esos audiocintas se perciben las serias dificultades de Roberto para traducir. Al final no insistí más en clarificar las ideas para no tardar tanto en la traducción. Sin embargo, pese a que muchos detalles tal vez se perdieron, las ideas generales fueron muy importantes para que retomara varias de sus entrevistas en esta tesis.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES Y CONTEXTO GENERAL

EL TRACOMA Y SU ATENCIÓN

Ya he dado una breve descripción de lo que es el tracoma en la introducción a esta tesis. En esta sección seré más específico sobre las características de la enfermedad, su presencia en el mundo y en México y las acciones que se realizan para su combate.

Caracterización biomédica del tracoma³⁷

El tracoma es un padecimiento ocular infectocontagioso y crónico que ha sido investigado, definido y caracterizado por la biomedicina. Según ésta, la enfermedad es causada por una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis* que provoca inflamación en la cubierta interna de los párpados. Las infecciones recurrentes producidas por dicha bacteria conducen a un proceso de cicatrización, que si no es atendido, al pasar el tiempo produce que los párpados se volteen hacia adentro y que las pestañas comiencen a rozar el ojo; lo que genera opacidad corneal y finalmente ceguera.

De acuerdo con el la biomedicina la evolución del proceso anterior tiene 5 fases que no son excluyentes: *tracoma folicular*, *tracoma intenso*, *tracoma cicatrizal*, *triquiasis tracomatosa* y *opacidad corneal*. A continuación presento una descripción breve de cada una.

Tracoma Folicular: Es la primera fase de la enfermedad y se da cuando la bacteria se instala en el ojo y produce inflamación, principalmente, en el párpado superior. En esta fase aparecen "granitos" blancos en la parte interna de los párpados, llamados folículos.

Tracoma Intenso: Esta fase se presenta cuando la inflamación empeora y llega a ser tan severa que oculta los vasos sanguíneos del interior de los párpados a la vista del examinador.³⁸

Tracoma Cicatrizal: Si las infecciones con la bacteria fueron recurrentes, con el paso de los años, se forman cicatrices en el interior de los párpados que se contraen constantemente aún cuando la infección ha desaparecido.

Triquiasis Tracomatosa: La proceso de cicatrización puede durar toda la vida y, poco a poco, aunque no en todos los casos, provoca que el borde de los párpados del enfermo se invierta hacia adentro. Cuando la inversión de los párpados provoca que las pestañas comiencen a rozar la córnea se considera que ha iniciado la fase de "triquiasis tracomatosa".

³⁷ La fuente principal de la que se ha tomado la información para esta caracterización es Dawson (1996).

³⁸ El *tracoma folicular* y el *tracoma intenso*, también suelen clasificarse en una sola categoría: *tracoma inflamatorio*.

Opacidad Corneal: El roce constante de las pestañas con la córnea provoca que ésta se erosione y se opacifique. Esto afecta la visión de los enfermos y puede llegar a producirles ceguera.

La bacteria *Chlamydia trachomatis* se transmite de persona a persona, principalmente por contacto con material infectado por secreciones oculares, como manos, ropa o toallas (Salvatierra et. al. 2002). El *tracoma folicular* y el *intenso*, que comúnmente afectan durante la niñez, son las únicas fases de la enfermedad que puede combatirse con antibióticos. Sin embargo, debido a que las molestias suelen ser mínimas (lagrimeo y comezón) regularmente la población afectada no les presta mucha atención. El *tracoma cicatrizal* es una fase silenciosa donde las molestias desaparecen, pero está latente la aparición de la *triquiasis tracomatosa*.

Esta última fase es la que produce mayores problemas al enfermo. Una vez que aparece, la única solución propuesta por la biomedicina es realizar una cirugía para reacomodar el párpado y evitar que las pestañas prosigan afectando la córnea, lo que tiene un impacto inmediato para prevenir la ceguera. Este procedimiento tiene un efecto temporal, pues la cicatrización no se detiene y el párpado continúa su inversión.³⁹ Además en ocasiones la sola operación no garantiza que las molestias que provocan las pestañas desaparezcan, pues con frecuencia “el proceso inflamatorio crónico transforma a algunas glándulas del borde del párpado en folículos pilosos, apareciendo pestañas ‘nuevas’” (...) “Esta situación es conocida en oftalmología como *distiquiasis* y crea una dificultad adicional para eliminar el roce de las pestañas”. “Para eliminar estas pestañas aberrantes existen otros métodos como la ifrecación (electrofulguración de las raíces de estas pestañas) o la crioterapia (tratamiento mediante congelación)”⁴⁰

La *distiquiasis* puede aparecer de manera independiente o conjuntamente con la *triquiasis tracomatosa*. Ambas suelen manifestarse en la edad adulta. Se observan más frecuentemente en personas mayores de 40, pero en ocasiones aparecen en personas de 25 ó 30 años (o incluso más jóvenes), (Zalvatierra et. al., 2002). Esto indica que el proceso de la enfermedad tiene una larga evolución que puede iniciar en su fase de *tracoma folicular* en niños menores de un año y manifestarse como *triquiasis tracomatosa* y/o *distiquiasis* –procesos que pueden generar *opacidad corneal* y *ceguera*– hasta una edad avanzada.

³⁹ Dado que el proceso de cicatrización dura toda la vida se debe mantener oferta quirúrgica continua. Frecuentemente los enfermos de triquiasis tienen que operarse varias veces para evitar las molestias cada vez que las pestañas vuelven a tocar el globo ocular.

⁴⁰ La información citada en este párrafo fue brindada por Rafael Alarcón Lavín (Coordinador del Proyecto de Tracoma de ACASAC) y Gabriel Torres López (Oftalmólogo de mismo proyecto) durante una asesoría personal en septiembre del 2004. Me parece importante resaltar la importancia de la *distiquiasis* y señalar que en los textos que consulté para conocer la caracterización biomédica del tracoma este fenómeno patológico no es mencionado como una fase o forma como se expresa el tracoma. Sin embargo, este fenómeno parece ser frecuente entre los tseltales, de hecho, la observación de este fenómeno por los indígenas se describe con el nombre *chalam tsots ta sital* (doble pelo del ojo) y este nombre es aplicado de manera general a la enfermedad tal como se manifiesta en la últimas dos fases descritas por la biomedicina: la *triquiasis* y la *opacidad corneal*.

El tracoma como problema mundial de salud pública

El tracoma tiene amplia diseminación en países subdesarrollados. Actualmente existe principalmente en África, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. En Latinoamérica se mencionan México y Brasil como los países más afectados (De la Cruz, 2000: 15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene contemplado al tracoma como un problema de salud pública y desde 1960 ha realizado programas que buscan erradicarlo (Op. Cit.). Actualmente dicho organismo tiene en marcha un programa que tiene como meta erradicar el tracoma en el mundo para el año 2020,⁴¹ la estrategia que propone lleva por nombre "**SAFE**" y sus siglas enumeran las principales acciones encaminadas a dicha erradicación: *Surgery for trichiasis* (cirugía para personas con triquiasis), *Antibiotics* (uso de antibióticos –en las fases de tracoma folicular e intenso–), *Facial cleanliness* (limpieza facial) y *Environmental improvement* (mejoramiento ambiental) (WHO, 1996).

El tracoma y su atención en México

En México se han considerado como zonas endémicas la parte norte de Coahuila, habitada por indígenas Kikapús y los municipios de Chanal, Huixtán, Tenejapa, Cancuc y Oxchuc, pertenecientes al estado de Chiapas donde habita población indígena de habla tseltal (Salvatierra et. al., 2002).

El tracoma en Chiapas se documentó en 1962 gracias al informe hecho por el Dr. Javier Torroella (Zamora, s/f: 17). Se han hecho algunos estudios esporádicos que han intentado establecer las tasas de prevalencia de la enfermedad en los municipios mencionados (Taylor, 1985; Bartolomé, 1989; Morales, 1997; Salvatierra, 2002), pero no han abarcado una muestra representativa y a la fecha se desconoce la situación real del tracoma en la región (De la Cruz, 2000: 4).

En el plano de la atención a enfermos, desde que se documentó la presencia de la enfermedad en Chiapas comenzaron a realizarse acciones aisladas que tuvieron poco impacto. El Instituto Nacional Indigenista (INI) fue pionero, pues aunque no contaba con un proyecto específico de salud ocular, en su sección de salud pública comenzó a atender casos de tracoma desde 1962.⁴² Por otra parte, a finales de los 80, en Oxchuc, por iniciativa de la Universidad de Duke de Estados Unidos –que llegó a Chiapas con el propósito de tratar quirúrgicamente a pacientes con triquiasis– se fundó la llamada “Clínica del tracoma”, la cual a principios de los 90 pasó a manos de la SSA y se ha convertido en un Centro de Salud de medicina

⁴¹ El nombre del programa es GET 2020 (Global Eradication of Trachoma to 2020).

⁴² El Dr. Rafael Alarcón Lavín de ACASAC me comentó en entrevista hecha en Agosto del 2003 que del INI el primer médico en dar atención en salud ocular fue el Dr. Ricardo Romero †.

general.⁴³ En él se han realizado operaciones a pacientes con triquiasis desde mediados de los 90 y con mayor intensidad a partir del años 2000, algunas hechas por la propia institución y otras en colaboración con organizaciones no gubernamentales como Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A. C. (ACASAC) y Médicos sin Fronteras (MSF).

ACASAC⁴⁴ es una asociación civil que se fundó en 1995 y durante 1997 inició un proyecto formal de atención al tracoma con acciones incluyen asistencia médica y seguimiento a enfermos, investigación y exposiciones educativas para conocer y prevenir el problema. En el año 2000 estas acciones se realizaron en coordinación con MSF, organización que en el 2002 dejó el proyecto en manos de ACASAC. Actualmente dicho proyecto es financiado por la Embajada de Finlandia en México, operando con un financiamiento de apenas doscientos mil pesos al año.

Entre los logros de ACASAC destaca el trabajo prácticamente continuo desde el 2000 en intervención quirúrgica de personas con *triquiasis* de los 5 municipios afectados, y la producción de videos, hablados en tselal y español –realizados en coordinación con el INI–, que contienen información acerca de cómo prevenir la enfermedad y se proyectan eventualmente en localidades de la región. Sin embargo su logro más importante ha sido a partir de la abogacía, pues uno de sus objetivos fue que las instituciones gubernamentales involucradas atendieran el problema tal como les corresponde. Así, en el año 2002 la SSA implantó de manera oficial un programa para la prevención y el control del tracoma.

Entre las acciones que la SSA se propuso podemos mencionar estudio de prevalencia para detectar los casos de la enfermedad que se realizaba durante el 2003 cuando yo iniciaba el protocolo de investigación. Sin embargo, aparentemente dicho estudio no se hizo de manera adecuada, pues –según lo constataron los promotores de ACASAC en sus recorridos (fuente oral)– no se visitaba a las personas casa por casa –como debería ser– sino que se las concentraba en la escuela –lo cual significó que muchos de los enfermos podrían no ser diagnosticados–. Por otra parte, según me comentaron cuando solicité la información, esta se perdió por problemas con las computadoras.⁴⁵

⁴³ Según la observación de Oftalmólogo Gabriel Torres y del Dr. Rafael Alarcon encargados del proyecto de Tracoma en ACASAC, las visitas de la Universidad Duke "crearon escocor en el gobierno estatal, lo que llevo a la creación de una clínica en el lugar donde las misiones de Duke hacia cirugía" (Comentario escrito al borrador de la tesis septiembre 2004). Hasta hoy los habitantes del municipio se refieren a al Centro de Salud SSA como "Clínica del Tracoma".

⁴⁴ "Entre los objetivos de esta asociación se encuentra el de brindar asistencia a problemas de Salud olvidados por los servicios de salud (como es el caso del tracoma). Sin embargo, la mayor parte de los proyectos de ACASAC tienen relación con la salud de las mujeres, especialmente la salud reproductiva y la violencia doméstica. El papel asistencial de ACASAC se limita ala tracoma, pues la mayoría de sus esfuerzos se dirigen a la abogacía y a la producción de materiales educativos en salud". (Nota agregada a partir de los comentarios al borrador hechos por los reponsables del proyecto de tracoma de ACASAC en septiembre 2004).

⁴⁵ En aquellas fechas, otro compañero que hace una investigación sobre el tema y yo, solicitamos tener acceso a la información de dicho estudio, pero no pudimos obtenerla; en un principio porque aún no estaba completo, después, porque se descompuso la computadora donde se capturaban los datos.

Ante la evidente desorganización con la que se llevó a cabo dicho estudio, actualmente –agosto del 2004– se está realizando de nueva cuenta, con más presupuesto y un equipo de personas específico para esta labor, el cual tiene la obligación de realizar los diagnósticos casa por casa.⁴⁶ En relación con la repetición del barrido de SSA es notorio que poco a poco la presión y vigilancia de una organización como ACASAC ha servido para que las autoridades atiendan de forma seria los problemas que les corresponden.

En este momento, gracias a la iniciativa de dicha organización, en el estado de Chiapas se lleva a cabo un proyecto de lucha contra el tracoma a través de una red social en la que participan varias instituciones públicas y privadas. Esta red está integrada por el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), el Instituto Nacional Indigenista (INI),⁴⁷ el Instituto Mexicano del Seguro Social, Programa Oportunidades (IMSS-Oportunidades), la Comisión Estatal de Agua y Saneamiento (CEAS), El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) y Asistencia, Capacitación y Asesoría en Salud A. C. (ACASAC). Tal proyecto se está realizando en los 5 municipios del área afectada y abarca cuatro rubros: Atención médica, Capacitación y Promoción de la Salud, Investigación y Saneamiento Básico (Informe INI s/f).⁴⁸

El tracoma en Oxchuc

Dado que hasta el momento no se ha hecho una investigación epidemiológica detallada para medir la incidencia de la enfermedad en la región, no se sabe a ciencia cierta cuál es el municipio más afectado. Sin embargo, elegí trabajar en una localidad de Oxchuc porque –dadas las condiciones ecológicas y sociales que se han observado–, en la opinión de algunos expertos, como el médico oftalmólogo Gabriel Torres de ACASAC, se considera que tal municipio es el que tiene mayor incidencia de la enfermedad (Fuente: plática informal).

Por otra parte Oxchuc es uno de los municipios en que se tienen datos más fidedignos de la presencia del tracoma. Fue el primer municipio donde se documentó la presencia de la enfermedad (Torroella et. al., 1962) y, posteriormente, también se han hecho varios estudios midiendo la prevalencia de la enfermedad en algunas localidades (Taylor, 1985; Bartolomé, 1989; Morales, 1996; Herrera, 1997; De la Cruz, 2000; Salvatierra et. al., 2002). Además, desde 1998 el Instituto Nacional Indigenista (INI), en combinación con varias instituciones públicas y privadas ha dado seguimiento a un programa de diagnóstico de casos en 21 comunidades del municipio (Informe INI; s/f).

⁴⁶ Sobre el actual barrido supe a partir de una plática informal con César Gómez Méndez, promotor de salud estatal que trabajaba para ACASAC y ahora trabaja en el proyecto de atención al tracoma de SSA.

⁴⁷ Esta institución recientemente cambió de nombre (mayo del 2003). Ahora se llama Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (que se abrevia CDI).

⁴⁸ No se encontraron otras fuentes documentales (2003) que nos hablen de las acciones específicas que el Estado está realizando. Sólo pude constatar algunas obras de CEAS para facilitar el acceso al agua de algunos parajes de Oxchuc. Por otra parte, en julio del 2003 se pasaba un anuncio televisivo con información para la prevención de la enfermedad.

Investigaciones sobre el tema

Al revisar los títulos de las investigaciones que se han hecho sobre la presencia del tracoma en diversas partes del mundo, es notorio que la mayoría ha dado poca importancia a los factores culturales que pueden estar relacionados con el problema. Generalmente son estudios estadísticos que se abocan a medir la tasa de prevalencia de la enfermedad en una zona determinada; a correlacionar su presencia con variables ambientales, económicas y demográficas; y a medir el impacto de determinadas intervenciones médicas. Y, aunque es común que se señalen algunas conductas riesgosas en la población (por ejemplo la falta de higiene facial), por lo regular no se investiga a profundidad la naturaleza cultural de tales conductas, ni se analizan los programas de prevención y atención –en los que participa la población y los agentes de salud– como fenómenos culturales en sí mismos.⁴⁹

A partir de tales estudios se ha documentado que el tracoma se encuentra diseminado en países en los cuales hay alto grado de pobreza y existe escasez de agua. Se ha establecido que los grupos que están en mayor riesgo son los niños y niñas preescolares así como las mujeres adultas. También se ha identificado que los principales factores relacionados con la transmisión de la enfermedad son la insuficiencia o falta de aseo facial, las condiciones de hacinamiento y las deficiencias o carencias de infraestructura sanitaria.

Sobre investigaciones que tomen en cuenta los aspectos culturales relacionados con la presencia del padecimiento a nivel internacional, existe un trabajo realizado por Sandra D. Lane y Marcia Inhorn Millar. El estudio se realizó en Gamileya, un pueblo rural ubicado en el delta del Nilo en el norte de Egipto, en el cual el tracoma tiene muy altos porcentajes de incidencia (en 1986, 64% de los niños entre 2 y 8 años estaban infectados y 38% de las mujeres y 21% de los hombres mayores de 30 años padecían la fase de triquiasis). La idea de la investigación fue conocer por qué las personas optan por diferentes sistemas médicos para atender enfermedades oculares. La conclusión de las autoras fue que las diferencias en el estatus (en relación con la riqueza, género y edad) de las personas determinaban el tipo de tratamiento a utilizar y; por lo tanto, la elección de un recurso terapéutico no se basó en que el sistema explicativo de cada sistema curativo fuera compatible con el de las personas, como suele suponerse en muchos estudios de antropología médica (Lane e Inhorn, 1987).

⁴⁹ Algunos de estos estudios: (Assaad, 1969), (Bailey et. al. 1989), (Brunham, et. al. 1990), (Courtright, et. al. 1991), (Courtright, 1994), (Dawson, 1976), (Faal y Mecaskey, 1994), (Grayston, et. al. 1972), (Nichols, et al. 1967), (Taylor, et. al. 1989), (Thygeson, 1963), (West, et. al. 1991) y (West, et al. 1996).

En Chiapas, hasta donde conozco se ha realizado un solo estudio que tiene como eje los aspectos culturales que rodean la enfermedad.⁵⁰ Los resultados señalan algunas correspondencias entre la terminología sobre padecimientos oculares encontrada en las localidades de Siberia y Xoixmal –de los municipios de Oxchuc y Chanal– y la nosología biomédica respecto al tracoma. Sin embargo no avanza más y se limita a señalar la importancia de tomar en cuenta aspectos socio-culturales en el desarrollo de programas destinados a combatir el problema (Herrera,1997).

La propuesta de investigación que aquí se presenta, al igual que la de Herrera, busca profundizar sobre el conocimiento local, pero además se propone detectar los aspectos culturales presentes en la relación de los agentes de salud y población, reconociendo que de ambos lados hay prácticas y representaciones que pueden obstaculizar la solución del problema. Por otra parte, al igual que el estudio de Lane y Inhorn, se interesa por describir cómo optan las personas por un recurso terapéutico, analizando, entre otras cosas, la influencia del contexto social y económico del lugar.

ENFERMEDADES OCULARES Y SU ATENCIÓN

Inicialmente, al comenzar a escribir el protocolo de investigación, no contemplé la posibilidad de estudiar las enfermedades oculares en general. Sin embargo, dado que mi interés inicial fue hacer una tesis acerca el conocimiento local –étnico– sobre el tracoma, me pareció que retomar las enfermedades oculares en general podría darme la base para entender mejor lo que la población sabe sobre el tracoma. Posteriormente, durante mis primeras incursiones al campo me llamó la atención la gran incidencia de enfermedades oculares que padece la población y me quedó claro que sería interesante hacer un estudio general de enfermedades oculares manteniendo el énfasis en el tracoma. En esta sección describo la situación de las enfermedades oculares en el marco de las políticas gubernamentales de salud y relato mis primeros acercamientos a este tipo de enfermedades en el campo de estudio.

Política sanitaria en México

Para entender el papel del Estado en la atención de enfermedades oculares como el tracoma es necesario hablar un poco sobre las políticas de salud actuales. Desde 1983 a la fecha, el Estado mexicano ha llevado a cabo un proceso de reforma al sector salud que busca focalizar el gasto público en servicios de atención primaria y saneamiento ambiental básico para población pobre, dejando en manos privadas los niveles de

⁵⁰ Éste se titula *El tracoma en los Altos de Chiapas: Importancia del conocimiento médico local en el diseño de programas participativos de educación para la salud*, y es una tesis escrita por María Judith Jácome para obtener el grado académico de Maestra en Recursos Naturales y Desarrollo Rural en el ECOSUR.

atención especializada y la seguridad social de la población en general.⁵¹ Esta idea –que procede de las recomendaciones que ha hecho el Banco Mundial y coincide con las propuestas políticas de organizaciones internacionales como la OMS– involucra promover la participación social en la salud para reducir al mínimo el gasto del Estado.⁵²

Dentro de tal marco la atención de las enfermedades oculares no se plantea como prioritaria. Sin embargo, el tracoma, al ser una enfermedad endémica en zonas pobres –cuya erradicación, como ya vimos, es una meta para la OMS– debería figurar desde hace tiempo como uno de los problemas de salud que el Estado mexicano debe combatir con más intensidad. A pesar de ello, las instituciones públicas de Chiapas y México sólo recientemente se han interesado en realizar acciones encaminadas a combatir esta enfermedad.⁵³

Tales acciones parecen responder a la presión de organizaciones civiles como MSF y ACASAC – que han denunciado la presencia de la enfermedad– por una parte y, por otra, al contexto de conflicto armado que vive la entidad. En este sentido, hablar de tracoma en Chiapas es muy significativo pues representa una prueba clara de las graves condiciones de pobreza de la población indígena. Tal situación ha hecho propicio que el Estado esté invirtiendo en el tracoma como una acción política ante un contexto de conflicto.⁵⁴

En este contexto, aprovechando la coyuntura de atención “relativa” hacia al tracoma, esta investigación pretende enfatizar los aspectos culturales en el diseño de programas para combatir la enfermedad. Parto de la idea –que es un presupuesto básico en la antropología médica–⁵⁵ de que no tomar en cuenta a las personas y su cultura dentro de los proyectos de salud puede provocar que las medidas que se están tomando no logren resultados efectivos.

En este sentido, es necesario plantear que la mayoría de las veces la lógica institucional para invertir en salud, responde más a fines políticos (para evitar el qué dirán) que a un análisis crítico de la situación y a propuestas para solucionar el problema de forma integral. Así, el hecho de que las acciones

⁵¹ Esta reforma se enmarca en la política neoliberal que pretende el desmantelamiento del estado de bienestar. Para información más precisa sobre el tema véase: Page (2002) que ofrece una excelente síntesis de la página 31 a la 41.

⁵² Un documento que describe ampliamente las propuestas de reforma en el ámbito de la salud que hacen los organismos internacionales es: *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud.* (Banco Mundial; 1993)

⁵³ Por otro lado, el tracoma es también un padecimiento crónico que requiere seguimiento y, en el contexto de las reformas que se proponen, este tipo de padecimientos –por costosos y quizás, en el caso de los tseltales, porque afectan a grupos de poca importancia en la economía del país– no se consideran prioritarios.

⁵⁴ Por otra parte, es muy probable que el logro de resultados en cuanto al combate del tracoma se haya vuelto importante para el Estado ante la meta de la OMS de erradicar la enfermedad del mundo antes del 2020. Esto, en primer lugar porque el tracoma en México es una enfermedad que no debería existir y en segundo, porque el seguimiento de las recomendaciones hechas por organismos internacionales significa tener el beneficio de los créditos otorgados por instituciones como el Banco Mundial. Lo triste es que con toda claridad se nota que la atención de combatir el tracoma, no nace de la intención de remediar el problema sino de mantener una buena imagen política.

⁵⁵ En relación con el campo de estudio, el desarrollo y los presupuestos de la antropología médica se pueden consultar los textos: Menéndez, 1990; De Miguel, 1980 y Perdiguer E. y J. M. Comelles, 2000.

gubernamentales están centrándose en el tracoma, tiene un contexto político muy específico, cuyo resultado es que no se esté planteando la atención de otras enfermedades oculares que pueden ser incluso más frecuentes que el tracoma. Al respecto, con base en mis observaciones de campo, me atrevería a decir que el pterigión (conocida comúnmente como carnosidad)⁵⁶ y la catarata (que en Oxchuc se le dice simplemente "nube")⁵⁷ –enfermedades que potencialmente pueden dejar ciega a una persona– son más endémicas que el tracoma. Aunque no se ha hecho un estudio epidemiológico y en el contexto de la política sanitaria actual estas enfermedades, por ser crónicas, y por encontrarse principalmente en poblaciones que contribuyen muy poco a la economía nacional, no son tomadas en cuenta por el Estado como un problema.

Enfermos oculares en el mercado de Oxchuc

En mis primeros viajes a Oxchuc, acompañando al equipo de ACASAC, pude notar, mientras caminaba entre la muchedumbre que acude los sábados al mercado, lo común que resulta –sobre todo entre los ancianos– padecer una enfermedad ocular. Pasear por el mercado es, de hecho, una de las técnicas que Manuel y, en aquel entonces Juan, promotores indígenas de la organización mencionada, utilizaban para localizar personas enfermas de triquiasis, es decir la fase del tracoma que produce ceguera. En aquella ocasión, mientras buscábamos tamales de frijol (*petul*) para almorzar, Manuel saludó a un enfermo ya operado y contactó a otro, preguntándole su paraje de origen para poder avisarle cuando se programen las cirugías.

El ojo entrenado de Manuel reconocía con sólo una mirada a las personas enfermas de triquiasis. Más tarde también yo aprendería a hacerlo, por lo pronto me resultaba evidente que los ojos y la vista de muchos ancianos, distaban mucho de ser saludables. Pasos lentos, ojos entrecerrados, en algunos casos hundidos, con lagrimeo y lagañas (cheles) eran algunos de los signos que observaba cuando no se trataba de ancianos claramente ciegos. Un solo paseo por un mercado que abarca poco más de dos manzanas en

⁵⁶ En términos oftalmológicos: "El pterigión es un tejido que crece desde la conjuntiva del ojo sobre la superficie de la córnea. Esta condición puede afectar a uno o a ambos ojos. La causa se desconoce, pero puede ser más común en las personas que han sufrido exposición a la luz solar o al viento en exceso, como en el caso de aquellas que trabajan al aire libre. Los campesinos, los pescadores y las personas que habitan cerca del ecuador son quienes resultan más afectados y es un trastorno poco común en niños. No se requiere tratamiento a menos que el pterigión comience a obstruir la visión, en cuyo caso se lo debe extirpar quirúrgicamente." Fuente: Medline Plus®. Información de salud para usted. Página: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001011.htm>

⁵⁷ En términos oftalmológicos: "Una catarata es una opacidad del lente (cristalino) del ojo, el cual normalmente es claro y transparente; puede compararse a una ventana que se escarcha con hielo o se 'empañía' con vapor. El tamaño y la forma de la opacidad del lente pueden variar. El tipo más común de catarata está relacionado con el envejecimiento natural del ojo. Algunas otras causas de cataratas son: herencia; problemas médicos, tal como la diabetes; lesiones en el ojo; medicamentos, tales como esteroides; exposición a largo plazo a los rayos del sol sin usar protección; cirugía ocular previa. La cirugía es la única manera en que su oftalmólogo puede eliminar una catarata. Sin embargo, si los síntomas de una catarata son ligeros, es posible que un simple cambio en la graduación de sus anteojos sea todo lo que se requiera para que usted pueda ver cómodamente. La cirugía para eliminar las cataratas generalmente se efectúa bajo anestesia local sin necesidad de hospitalización. Fuente: ISANO, Dr. Adalberto Coronado Monroy. Página: <http://retina.uson.mx/atarata.htm>

el centro del pueblo, es suficiente para observar por lo menos a unas 15 personas con problemas evidentes en sus ojos y constatar la relevancia del problema.

El mercado como escenario de atención

La presencia de enfermedades oculares es tan notoria que incluso un señor con un puesto que expendía medicinas y vitaminas de diversos tipos en cajas vistosas –que según contó traía desde Guatemala– vociferaba por un altavoz que tenía gotas para cualquier enfermedad de los ojos y añadía el tracoma, consciente de la importante presencia de esa enfermedad en la región; su cantaleta rezaba más o menos así: "lleve gotas para la nube, para la carnosidad, aquí traigo gotas para la enfermedad del tracoma, acérquese, aquí tenemos su remedio para los ojos"⁵⁸

Para constatar si otros de los curadores de los que se colocan en el mercado daban atención o vendían tratamiento para enfermedades oculares, en otra ocasión, en una de mis primeras excursiones al mercado (durante el periodo oficial de trabajo de campo), un sábado del mes de septiembre del 2003, Lety y yo nos acercamos a un señor que, sentado en una silla, atendía un puesto tendido en el suelo en el que se veían diferentes plantas apiladas en manojos y montones. Alrededor del puesto había muchos curiosos escuchando como daba la consulta. El procedimiento de atención era así: la persona comentaba sus malestares (el idioma era el tseltal) y el señor consultaba un libro que tenía entre sus piernas –el libro se titulaba "Donde no hay doctor"–; luego de leer en él, explicaba a las personas qué enfermedad tenían y qué tratamiento necesitaban. Pedí a Lety que preguntara por un remedio para los ojos:

Lety: ¿Tiene remedio nuestros ojos? Curador: Depende de qué enfermedad de los ojos me estás hablando. Lety: No sé cualquier enfermedad. Curador: No, primero hay que pasar con el especialista de los ojos, porque hay un médico especial... Bueno te voy a platicar, porque así es como trabajo, trabajo con medicina de farmacia y con plantas medicinales (...). Entonces el enfermo de los ojos debe de pasar primero con un médico, si ya le dio gotas, terramicina, pero si así no se cura, yo le pregunto qué yerbas le ha puesto aparte de las medicinas que le ha dado el doctor; como el señor que se fue hace rato, me dice que ya le puso limón, le puso gotas, trajo unas gotas que le dio el doctor, ya tiene tiempo, está todo negro ya no se le puede ver fecha de caducidad, también me dijo que ya le puso limón, hierbabuena y manzanilla. Bueno si es así ya no puedo dar otra hierba, lo que sí le puedo dar es una receta, porque lo que él tiene es que le escuece mucho los ojos y le lagrimea mucho como si tuviera gusanos por dentro. Entonces le di su receta, le di vitamina A, nada más que no cura rápido, pasa mucho tiempo, como un mes, le doy un tratamiento de un mes, a veces a los 15 días ayuda pero no siempre, pero para que ya no gaste mucho le di otro tratamiento muy especial, que es para el escozor, para el dolor. Pero no te voy a engañar, no hay hierba que cure sobre esto, lo que sí doy son recetas, (...) Les doy cloranfenicol y algunas pastillas que receto. (...) Lety: ¿De dónde viene? Curador: De la selva del barrio San Antonio calle Revolución número 4 en Ocosingo. Me llamo Francisco Sánchez.

Al final, Lety pidió medicina para el ardor del ojo, comentando que a veces le escocían y le dolían. Don Francisco recetó, escribiendo en un pedazo de papel: "Un cajita Cloro Trimetón de 12 mg. Tableta"

⁵⁸ Notas de campo 15 de febrero del 2003.

“Tomar una tableta cada 8 horas” “¿Cuánto es por la consulta?” preguntó Lety, “No cobro, ven la próxima semana, si te curas entonces me das algo”, contestó Don Francisco.⁵⁹

Atención de enfermedades oculares en el Centro de Salud de SSA

En otra ocasión, un sábado a mediados de agosto del 2003, mientras esperaba en Oxchuc a que Nicolás me presentara a los auxiliares de salud de Cruztón, observé a una persona preguntar en el Centro de Salud de SSA –conocido como “*El Tracoma*”– acerca de la operación. Alguien le comentó de ella y vino a buscar atención. Era un anciano pequeño y delgado, que –rodeado por un gran número de personas que se juntaron frente a la entrada esperando ser atendidas– se dirigía a un enfermero o médico con voz aguda y fuerte. Su interlocutor asomándose un poco por la puerta entre abierta, mostrando claramente que aún no habría atención, daba en tseltal algunas explicaciones a la gente para que esperara. Al anciano que inquiría sobre la enfermedad sólo le dijo que ese día no había programadas operaciones. Fue evidente que no le prestó suficiente atención. Con serias dificultades para comunicarnos, Joaquín (un compañero que también realiza su tesis sobre el tema) y yo, que ese día acudimos juntos a Oxchuc, intentamos hablarle. Supimos su procedencia y le dijimos que regularmente operaban los miércoles y le recomendamos darse una vuelta.

CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE OXCHUC

En el apartado anterior proporcioné al lector antecedentes generales sobre el tracoma y su atención e introduje algunos apuntes de campo que muestran la problemática respecto a la salud ocular en el municipio donde se encuentra la localidad de estudio. En este apartado me propongo brindar los antecedentes generales sobre el lugar en que trabajé describiendo ahora el entorno social y económico de la localidad en la que se realizó la investigación. Cumpliré tal meta de manera descendente. Primero hablaré de la situación de Chiapas como entidad federativa; continuaré con un panorama general de la región de Los Altos y concluiré centrando mi atención en el municipio de Oxchuc. Hacerlo así permitirá al lector bajar de lo macro a lo micro, contemplando en el camino las conexiones entre estos dos ámbitos.

El estado de Chiapas

El estado de Chiapas se encuentra en el extremo sur de la República Mexicana haciendo frontera con Guatemala (Ver MAPA 1). Cuenta con 119 municipios (Ver MAPA 3) distribuidos en 9 regiones geográficas (Ver

⁵⁹ Además de este señor, sábado a sábado y domingo a domingo, se pueden encontrar diferentes personas vendiendo medicinas: diversos tipos de plantas amarradas con un zacate o colocadas en una bolsa con un pequeño rótulo de papel; también jarabes, cápsulas, gotas, pastillas y otros productos industrializados, principalmente suplementos alimenticios, pues las medicinas de patente se expenden principalmente en las farmacias, las cuales, esos días tienen mucho trabajo.

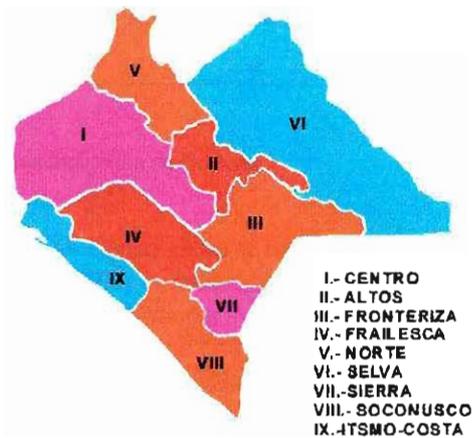
MAPA 2). En ellas se expresa, por un lado, la gran diversidad biológica y ambiental con que cuenta, y por otro, los fuertes contrastes culturales, sociales y económicos que existen entre sus habitantes. Tales contrastes hacen que sea difícil hablar del estado en singular, pues colocando los indicadores de producción frente a los de bienestar social, parece que se habla de distintos Chiapas (Ruz, 1995: 9). Por ello, pese a que el estado ocupa los primeros lugares nacionales en producción de café, ganado y maíz, también es el primer lugar en grado de marginación (MAPA 4), reportando los más altos índices de desnutrición y mortalidad infantil sobre todo en su población indígena.⁶⁰ La presencia del tracoma – enfermedad asociada a graves condiciones de pobreza– en cinco municipios tseltales de la región de Los Altos entre ellos Oxchuc (Ver MAPA 5), es un hecho que constata en forma clara las desigualdades sociales y económicas que se viven en la entidad.

Chiapas y la región Los Altos presentados en mapas

A continuación, para hacer más agil la lectura de la los datos generales del estado y la región de Los Altos, hago una presentación gráfica de ellos recurriendo a mapas tomados de diversas fuentes. Los pies de las imágenes pueden ser leídos en relación a estas mismas y también de manera secuencial, como parte del texto general.



MAPA 1: Ubicación de Chiapas en México

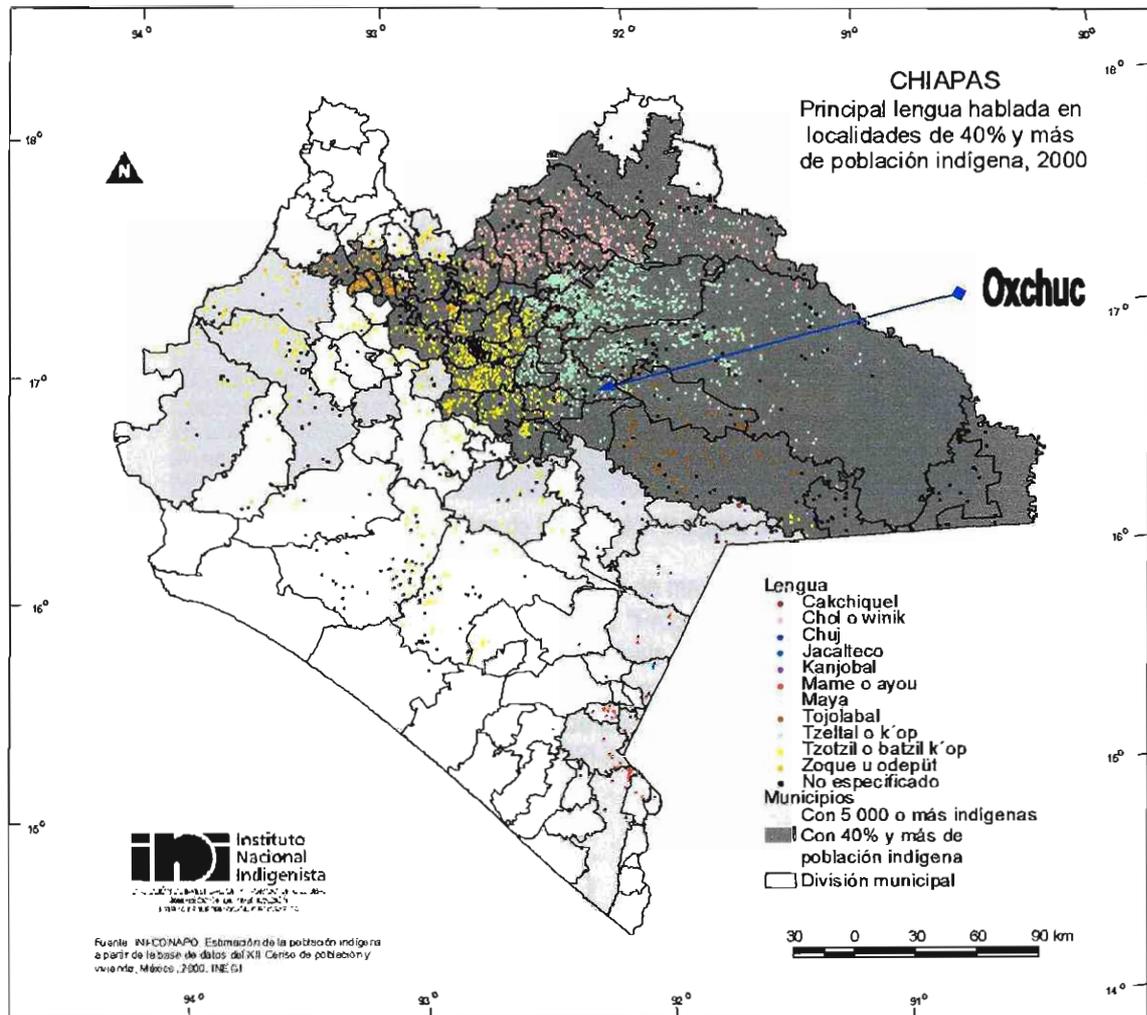


Fuente: www.chiapas.com.mx/economia/economicas2.html

MAPA 2: Regiones de Chiapas

Oficialmente, Chiapas ha sido dividido en 9 regiones socio-económicas (Ver MAPA 2), cada una con sus propios rasgos geográficos y ambientales, así como recursos y actividades productivas. La localidad donde se realizó el estudio pertenece al municipio de Oxchuc que se encuentra en la región II: Los Altos.

⁶⁰ El 67 % de la población infantil sufre de desnutrición, cifra que se eleva a 80% en las regiones indígenas (Nigh, 1998: 4).

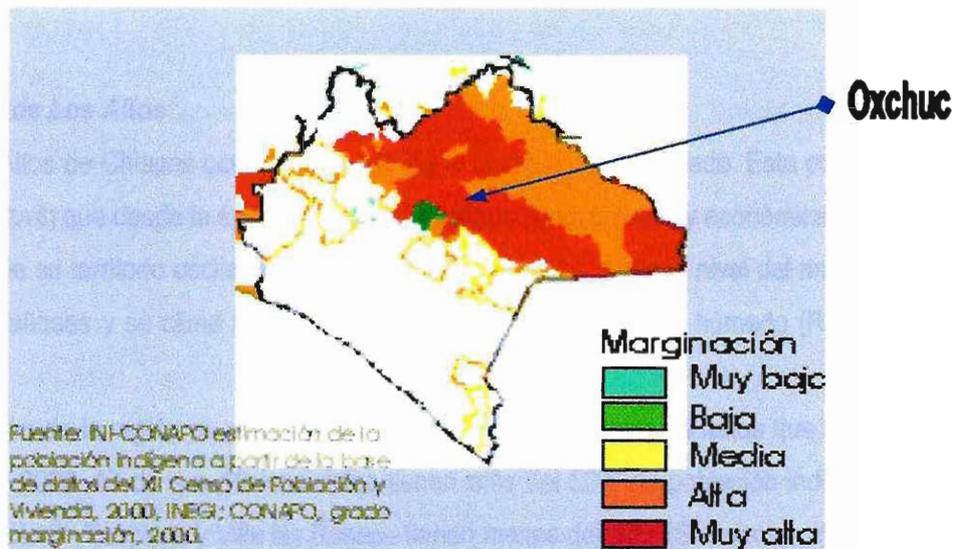


MAPA 3: División municipal, Población y Lenguas Indígenas de Chiapas

Oxchuc es uno de 119 municipios en se divide Chiapas. Según el XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2000) la población total del estado es de 3,920,894 habitantes, de los cuales –según la estimación hecha por Instituto Nacional Indigenista (INI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2002– 1,117,597, el 28.5%, son indígenas.⁶¹ Los municipios con 40% y más de población indígena (Ver MAPA 3) se ubican principalmente en las regiones de La Selva y Los Altos (Ver MAPA 2). En tales regiones varios municipios, entre ellos Oxchuc, superan el 90% de población indígena.

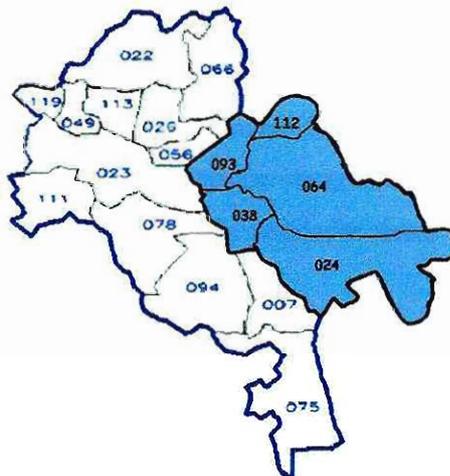
Entre las lenguas indígenas que se hablan en Chiapas encontramos el tseltal, el tsotsil, el tojolabal, el chol, el zoque, el mam, el lacandón, el cakchikel, el chuj, el jacalteco y el kanjobal (Ver MAPA 3). A tal diversidad lingüística se añade también el gran número de pueblos que, a pesar de hablar una misma lengua, tienen variantes dialectales y expresiones culturales propias. Es el caso del tseltal: Oxchuc habla su propia variante dialectal y tiene rasgos culturales que lo distinguen de otros municipios donde se habla el mismo idioma.

⁶¹ (Serrano et. al. 2002: 9) Esta estimación, toma como base el XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI), pero incluye criterios extra lingüísticos para calcular el número total de indígenas.



MAPA 4: Marginación de la población indígena en Chiapas

En México la población indígena es la que vive en condiciones de mayor pobreza económica y de falta de acceso a los servicios públicos, a la educación y a la salud. Según el “Programa Nacional de Desarrollo para los Pueblos Indígenas 2001-2006”, de los 803 municipios indígenas del país, 300 tienen muy alta marginación, 407 alta, 79 media, y sólo 15 tienen baja marginación. En Chiapas esto no es la excepción, de los 58 municipios considerados indígenas, 32 –la mayoría de ellos ubicados en la región de Los Altos y la región de La Selva– son considerados de *muy alta* marginación y 24 más de *alta* marginación (ORDPI-INI, 2002: 32). El municipio de Oxchuc se encuentra en el área roja de *muy alta* marginación (Ver MAPA 4).



Fuente: www.salud.chiapas.gob.mx
(modificado para resaltar el área endémica de tracoma)

MAPA 5: Región II: Los Altos (según la regionalización de SSA) y área endémica de tracoma

Los municipios de la región II, Los Altos, son Amatenango del Valle 007, Chalchihuitán 022, Chamula 023, Chanal 024, Chenalhó 026, Huixtán 038, Larrainzar 049, Mitontic 056, Oxchuc 064, Pantelhó 066, San Cristóbal de las Casas 078, Tenejapa 093, Teopisca 094, Villa las Rosas 075, Zinacantán 111, San Juan Cancuc 112, Aldama 113, Santiago el Pinar 119 y Altamirano 004⁶². De estos municipios Cancuc 112, Chanal 024, Huixtán 038, Oxchuc 064 y Tenejapa 093, todos de habla tseltal, constituyen el área endémica de tracoma (Ver MAPA 5).

⁶² Este último municipio, aunque oficialmente pertenece a la región, no está incluido en el MAPA 5, el cual responde a la regionalización que ha hecho SSA para su trabajo. Se trata de los municipios que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. II.

La región de Los Altos

La región de Los Altos de Chiapas ocupa gran parte de la sierra norte del estado. Esta conformada por 19 municipios (Ver MAPA 6) que desde la época colonial han estado ligados social y económicamente.

La altura de su territorio oscila entre los 1200 a 2400 metros sobre el nivel del mar, por lo que sus paisajes son montañosos y su clima ha sido clasificado como templado sub-húmedo (Robledo, Vargas y Nigh, 1998: 3).

La población de la región es predominantemente indígena. Según los datos que nos proporcionan INI y CONAPO en 2002, 17 de sus 19 municipios tienen más del 50% de población indígena –8 de ellos más del 90%–, y sólo 2 –Teopisca y Villa las Rosas– tienen menos del 50% (Serrano et. al. 2002).

Las principales lenguas que se hablan son el tsotsil, el tseltal y el español, idioma oficial en México. Esto significa que los grupos cuya primera lengua es el tseltal y el tsotsil son mayoría en Los Altos y conviven con un número reducido de mestizos hablantes de español que se concentra principalmente en los municipios de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.

Históricamente, los mestizos, a pesar de su número reducido, han tenido el control político y económico sobre la región, por lo que, en términos generales, podemos considerar que cuentan con mejores condiciones económicas. Sin embargo, esto no descarta que en la actualidad exista un gran sector de mestizos con pocos recursos, mientras que algunos indígenas y un grupo de migrantes, tanto mexicanos como extranjeros, han logrado hacer grandes fortunas (Viqueira, 1995b: 227). De cualquier modo, si Chiapas es el estado con más alta marginación nacional, la región de Los Altos es la región más marginada de Chiapas, lo que implica enormes desigualdades entre la mayoría de la población y las personas que ocupan posiciones privilegiadas.

El centro urbano más importante de Los Altos es la ciudad de San Cristóbal de las Casas, la cual, desde la época de la dominación española –en que se llamaba Ciudad Real– ha sido el eje de la vida política y económica en la región. Actualmente las cabeceras municipales de Los Altos se encuentran comunicadas con San Cristóbal a través de caminos asfaltados. Todos los días puede observarse población de los diferentes municipios alteños comprando y vendiendo productos agrícolas, artesanales e industriales en el mercado citadino.

A pesar de que las características del terreno limitan el cultivo –ya que sus suelos son abruptos, poco profundos y pedregosos– la agricultura es la actividad predominante entre tseltales y tsotsiles. La base de la subsistencia de una familia es cultivar la milpa en la que los principales productos que se cosechan son maíz y frijol. Existen otros recursos de los que se puede echar mano, como guajolotes, gallinas, verduras de hortaliza y árboles frutales. Pese a esto, la mayor parte de la producción se destina al

autoconsumo y sólo un mínimo excedente se logra poner a la venta (Robledo, Vargas y Nigh, 1997: 8). La carne se consume poco, prácticamente sólo durante días festivos.

En las áreas de la región con baja altitud se ha introducido el cultivo de café, sin embargo la producción es poca y, dado que el precio internacional del producto se ha mantenido a la baja en los últimos años, esta actividad no ha logrado prosperar (op. cit.: 11).

Algunos municipios han complementado su economía agrícola especializándose en otras actividades. Así, la producción y venta de muebles y artículos de lana son actividades económicas alternativas en Chamula, mientras que el cultivo de flores y el negocio del transporte han hecho que el municipio de Zinacantán sea uno de los pocos que han sustituido la agricultura de subsistencia en gran parte su población (idem: 11).

Por otra parte, debido al auge turístico de Los Altos una de las actividades económicas alternativas para las familias indígenas es la producción y el comercio de artesanías. Algunos lugares como el municipio Amatenango del Valle han hecho de la producción artesanal una de sus principales recursos (idem: 13) pero, en la mayoría de los casos, esta actividad se ha visto afectada por la llegada de artesanía guatemalteca de menor costo que ha desplazado a la artesanía local o ha provocado que se venda muy por debajo de su valor. Por eso –a excepción de las personas que se han especializado en la intermediación de la artesanía guatemalteca haciendo de ello un negocio lucrativo– en general la producción y venta de artesanías aporta poco a la economía familiar.

Actualmente las posiciones económicas en la región ubican en el lugar más alto a las pocas familias ladinas que han conservado parte del control regional; su actividad principal es la intermediación comercial (Viqueira, 1995: 226). A su lado se encuentra un grupo de “comerciantes, caciques, y transportistas indígenas que poseen importantes fortunas” y el nuevo grupo de “fuereños”, mexicanos y extranjeros que, principalmente, han emprendido negocios de servicio al turismo (idem: 227).

Del otro lado, en la parte más baja de la escala social, se encuentra la mayoría de la población, es decir, los campesinos indígenas, los empleados domésticos o de tiendas, los albañiles, los carpinteros y demás empleos u oficios poco remunerados que ocupan tanto los indígenas migrantes como los ladinos pobres en la ciudad.

La situación en el campo es tan precaria –debido a la explosión demográfica y al minifundismo– que los campesinos indígenas –con pocos medios para subsistir en sus lugares de origen– tienen que migrar temporal o definitivamente a otras regiones dentro y fuera del estado. Actualmente, la región cafetalera del Soconusco ha dejado de ser fuente de empleo debido a la llegada de mano de obra, aun más barata, desde Guatemala. Ante ello los indígenas suelen ir en busca de trabajo a las tierras de la

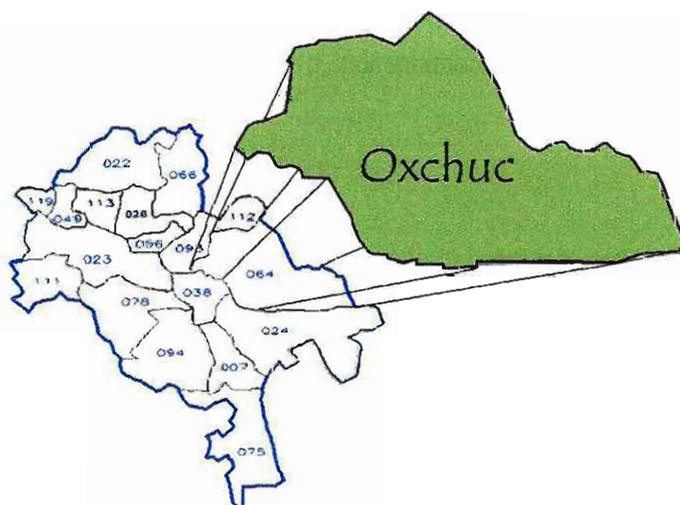
depresión central, a la región Norte y a ciudades importantes como San Cristóbal y Tuxtla en Chiapas, y Villa Hermosa, Cozumel, Cancún y México D. F., en otros estados; además, recientemente, y cada vez con más fuerza, muchas personas toman la opción de migrar hacia los Estados Unidos.

El municipio de Oxchuc

Oxchuc es un municipio indígena de habla tseltal ubicado en la región de Los Altos (Ver MAPA 7). Su cabecera municipal se encuentra a 50 kilómetros de la ciudad de San Cristóbal de las Casas. Partiendo en auto desde esta ciudad, el pueblo de Oxchuc está más o menos a hora y media de camino hacia el noreste. Primero se avanzan 11 kilómetros por la carretera panamericana hasta llegar a la Zona Militar ubicada cerca de las grutas de Rancho Nuevo, ahí se toma un desvío a la izquierda que va hacia Ocosingo y Palenque. En el trayecto, luego de pasar Huixtán, la carretera cruza por la cabecera del municipio.

Oxchuc tiene una extensión territorial de 72 km², limita al oeste con Tenejapa, al norte con Cancuc, al norte y noroeste con Ocosingo, al este con Altamirano, al sur con Chanal y al oeste y suroeste con Huixtán (MAPA: 6), todos municipios donde se habla tzeltal.

La altitud promedio en el municipio es de 2100 metros sobre el nivel del mar. Su topografía está conformada principalmente por terrenos montañosos. Recibe una precipitación pluvial anual de 1200 mm. con una temporada seca de 4 meses como máximo. Su clima ha sido clasificado como templado o semi frío. La temperatura media anual es de 22 grados centígrados. El río Mesbilja' es su principal fuente de agua, pero beneficia sólo a las comunidades de Mesbilja' y Corralito. Los habitantes de los demás parajes sufren la escasez del líquido (Berlin, 2000:10).



Fuente: www.salud.chiapas.gob.mx. Modificado para resaltar Oxchuc.

MAPA 7 : La región de Los Altos (según la regionalización de SSA) y Oxchuc

Oxchuc es un municipio predominantemente indígena, 36 846 de sus 37 887 habitantes, es decir el 97.3%, son indígenas (Serrano et. al. 2002). Su economía está basada principalmente en la agricultura de subsistencia, que se complementa con la cría de gallinas y el cultivo de hortalizas. En algunos parajes, donde la altura lo permite, se siembra café. Aunque la producción es baja, éste es uno de los pocos recursos que permite obtener dinero efectivo; otra manera es alquilarse como peones de personas en mejores condiciones, vender alguna gallina o el pequeño excedente de maíz y frijol. Sin embargo el ingreso es tan limitado que es común salir a trabajar temporal o definitivamente fuera del municipio, ya sea a cortar café en el norte del estado o como albañiles o empleados en las grandes ciudades dentro y fuera de la entidad. Estas migraciones están relacionadas con el continuo crecimiento poblacional. Con referencia a esto, tan sólo superado por Chamula, Oxchuc es el segundo municipio más densamente poblado en Los Altos (526 habitantes por km²). Tal densidad demográfica ha provocado gran presión sobre la tierra que se divide generación tras generación por medio de la herencia y es cada vez menos fértil.⁶³

PROCESOS SOCIALES EN OXCHUC Y LOS ALTOS

A continuación haré una semblanza histórica de la región de Los Altos ubicando los principales procesos y situaciones que en la actualidad afectan la vida de sus municipios y, en particular, a Oxchuc. Me centraré en los siguientes puntos: 1) la tensión en las relaciones entre indios y mestizos, 2) el impacto de las instituciones y las políticas gubernamentales, 3) los efectos de la llegada de diferentes grupos religiosos y, finalmente, 4) las luchas y conflictos políticos recientes. Todo ello me servirá de marco para analizar la manera como los indígenas de una localidad de Oxchuc valoran las opciones de atención en salud con que cuentan y encontrar los aspectos que, directa o indirectamente, han influido en la presencia de una enfermedad ocular: el tracoma.

Relaciones entre indios y mestizos

La vida en los Altos de Chiapas se ha caracterizado desde la conquista española por difíciles relaciones entre la población india y la población de habla hispana. Las tierras de la región, poco accesibles y de mala calidad, atrajeron sólo a un número reducido de colonizadores, los cuales, a falta de otros recursos, sostuvieron su economía en la apropiación de la fuerza de trabajo india y el despojo de parte de su producción (Viqueira, 1995: 108). Esto condujo a una tensión permanente entre ambos grupos; tensión que

⁶³ En los años 50 y en los 60 se dio un importante flujo de personas de Oxchuc hacia la selva lacandona. En aquellos años, la migración fue promovida por el gobierno con la idea de poblar la región. En la actualidad, sigue existiendo migración a esa región con la diferencia que ahora no es legal asentarse en el lugar.

en momentos críticos ha generado enfrentamientos, y en la actualidad ha derivado en actitudes de rechazo y desconfianza mutua.

Apropiación y despojo

A lo largo del tiempo, el grupo dominante mantuvo formas de propiedad de la tierra como la encomienda y la reducción en la época colonial, así como la hacienda en el México independiente. A través de ellas y mediante mecanismos de explotación como el esclavismo, la servidumbre, la entrega de excedentes y el intercambio comercial desventajoso conservó el control económico y político de la región.

Las encomiendas fueron grandes extensiones de tierra encargadas a un español, él cual tenía derecho sobre todos sus recursos, incluyendo la población que las habitaba. Los primeros encomenderos, no sólo explotaban el trabajo de los indios sino que hacían excursiones para capturarlos y luego venderlos como esclavos en el puerto de Coatzacoalcos (Lenkensdorf, 1995: 80).

Las reducciones fueron los pueblos en los que el clero católico intentó reunir a la población dispersa con el objeto de catequizarla. Sin embargo, con el tiempo, los frailes estuvieron más interesados en su economía que en las labores pastorales, por lo que las reducciones se convirtieron en la mejor manera de obligar a la población a entregar los excedentes de su producción en forma de prestaciones eclesiásticas: aranceles, diezmos y primicias anuales (Robledo, 1997: 194).

Por su parte, las haciendas eran empresas rurales que anexaron gran cantidad del territorio indígena. Los indios trabajaban en ellas como peones asalariados, por lo que en apariencia eran trabajadores libres; pero, al no haber otro lugar para gastar su paga que la tienda del patrón, estos adquirían enormes deudas que eran heredadas de padres a hijos y los tenían a merced de los hacendados. Fue así como, al desarrollarse la cafecultura en el Soconusco y la ganadería en la Lacandona, los hacendados alteños pudieron enviar de manera obligada grandes grupos de indios a esas regiones en que la mano de obra escaseaba, sistema que se denominó "enganche" (Robledo, 1997: 198).

Aun en 1940, Villa Rojas registró la manera como la hacienda "El Retiro" operaba en Oxchuc. Su dueño Enrique Flores, facilitaba sus terrenos a los indios de los alrededores a cambio de que trabajaran 3 ó 4 días a la semana trabajaran para él. Hacía prestamos de maíz en las épocas de escasez –que luego cobraba violentamente y con intereses acumulados– y vendía aguardiente de manera clandestina, lo que también le permitía endeudar a sus clientes⁶⁴ (Villa Rojas, 1990: 80).

La venta de alcohol, de hecho, fue la manera como los mestizos a principios del siglo, lograron apropiarse de territorios en Oxchuc, pues se cuenta que muchos oxchuqueros vendieron sus terrenos en la

⁶⁴ Por esta época comenzaban a expropiarse las haciendas como parte de la reforma agraria impulsada por el Cardenismo

cabecera –donde residían sólo cuando tenían algún cargo público– a cambio de alcohol (Bautista, 2002: 21-26). Vender alcohol, hasta 1980, constituyó el principal negocio de los mestizos asentados en Oxchuc. A través de éste y de su mejor conocimiento sobre las leyes nacionales, lograron mantener el control económico y político de municipio durante más de medio siglo.

Resistencia y rebelión

La población india de Los Altos resistió de manera pacífica los abusos de que eran objeto, principalmente afianzando su identidad cultural. Por ello –a pesar de los esfuerzos del clero–, los indígenas rechazaron muchas de las concepciones traídas de España y conservaron gran parte de su cosmovisión original. Así, por ejemplo, “La concepción cristiana del hombre dividido en dos partes, una perecedera y otra inmortal, no logró desplazar aquella creencia de origen prehispánico que atribuía al ser humano varias entidades anímicas, de las cuales por lo menos una era compartida con diversos seres que podían ser animales o fenómenos atmosféricos...” (Viqueira, 1995: 107).

Pese a que la resistencia india fue pacífica la mayor parte del tiempo, la gran polarización entre indios y ladinos, así como la continua explotación de que los primeros han sido objeto, originó que en diferentes momentos de la historia ambos grupos protagonizaran eventos violentos. La rebelión india de 1712,⁶⁵ la supuesta “Guerra de Castas” en 1869⁶⁶ y la reciente aparición del ejército Zapatista en 1994

⁶⁵ En 1712 surge un culto religioso en el pueblo tseltal de Cancuc a través del cual se genera una rebelión cuyo objetivo fue acabar con el dominio español anulando el pago de tributos a que los indios eran obligados. El evento fue posible gracias a la conjunción de varias situaciones entre las cuales están: el debilitamiento del control español en los pueblos –pues se había descuidado el nombramiento de autoridades–; la creación de una red indígena regional –que se derivó de los continuos viajes de trabajo a que los indios eran obligados–; el aumento de los cobros eclesiales que se imponían sobre la población –pues para esa época los frailes se habían convertido en los principales explotadores del trabajo indígena– y la efervescencia religiosa derivada de la aparición de la virgen a una joven indígena. Todo ello, aunado a la atinada lectura que el pequeño grupo de indígenas que lideraba el culto hizo de lo que sucedía, creó las condiciones para iniciar la lucha. El 8 de agosto se proclamó la rebelión y luego de tomar Ocosingo y Chilón asesinando a la población ladina, los rebeldes logran dominar un amplio territorio instaurando un gobierno autónomo. Los españoles se atrincheraron en Ciudad Real y, luego de pedir ayuda a Guatemala y Tabasco, el 21 de noviembre del mismo año, con un ejército numeroso y bien organizado, contraatacaron a los rebeldes y recuperaron el control de la región (Viqueira, 1995b).

⁶⁶ En 1867 en la pequeña comunidad de Tsajalhemel, en Chamula, nace un culto religioso indígena que amenaza los intereses eclesiásticos y afecta la economía de San Cristóbal. Décadas atrás, justo después de la independencia del país, los ladinos de tierras altas y los ladinos de las tierras bajas de Chiapas habían iniciado una larga lucha por tener el control político del estado y sobre la mano de obra indígena –cuya principal reserva era la población tsotsil y tseltal de Los Altos–. Para 1860, abanderados con las leyes de reforma, los ladinos de las tierras bajas vieron la posibilidad de terminar con el control eclesial en Los Altos y así garantizar su acceso a la mano de obra india, por lo que iniciaron una campaña de politización indígena. Esta campaña logró que muchos pueblos se negaran a pagar los cobros que exigía la iglesia y comenzaran a ejercer su religión libremente protegidos por el gobierno liberal. En general la reforma hizo que la iglesia disminuyera sus exigencias sobre los indios; sin embargo, en la parroquia de Chamula, el cura encargado no disminuyó sus cobros sino que los acrecentó. Quizá esto explica que en 1867, los feigreses de Chamula acogieran con agrado el culto iniciado por una joven indígena y por el fiscal ayudante del cura, el indio Cuzcat. El nuevo culto, que se popularizó rápidamente en la región, convirtió a Tsajalhemel en un centro religioso que congregaba a gran número de indios de diversos lugares y les permitía comerciar sin la intermediación ladina. Esto generó gran ansiedad en San Cristóbal pues, repentinamente, la ciudad perdió su auge comercial. Era necesario acabar con el culto, pero dado que los intentos pacíficos por desanimar a los indios de sus “idolatrías” no funcionaron, en 1869 los ladinos alteños decidieron atacar de frente el movimiento religioso alegando que se avecinaba una “Guerra de Castas”. En un principio los ladinos de las tierras bajas apoyaron a los indios, pero cuando vieron que hacerlo ponía en peligro su propio acceso a la mano de obra indígena decidieron apoyar a sus enemigos de Los Altos. La historia –que termina con una violenta masacre de indios con la que se logra desintegrar el culto– luego es distorsionada, y lo que fue un movimiento religioso pacífico en el que los indígenas comenzaban venerar sus propios santos y a lograr el control de sus propios mercados, es

pueden considerarse momentos coyunturales en los que se han expresado de forma violenta las relaciones que sostienen ambas poblaciones. La tensión es tan fuerte que los mestizos de Los Altos parecen vivir en una ansiedad constante de ser atacados por la población indígena que los rodea.

En 1938, los ladinos de Oxchuc, en una carta al Departamento de Acción Social y de Protección al Indígena, citaban que en 1914, 1917, 1930 los indígenas se habían rebelado y habían atacado la cabecera, denunciando a un grupo que en ese momento supuestamente planeaba atacarlos. En realidad el problema era que los indígenas comenzaban a comprar terrenos y a construir sus casas en la cabecera (Villa Rojas, 1990: 72).

En las décadas posteriores, la estrategia de los indígenas para recuperar su territorio en Oxchuc, fue correr rumores de que habría una rebelión contra la población ladina (Bautista, 2002: 55-59). Esto además de amedrentar a los ladinos, provocó desunión entre ellos y poco a poco, ante la pérdida de su tranquilidad –y de espacios políticos como veremos adelante– durante los años 70 la población ladina comenzó a salir del municipio, retirándose la mayoría con la prohibición de la venta de alcohol en 1983.

Escenario actual

Hoy en día las distinciones “socio raciales” heredadas de la época colonial siguen ocupando un papel importante en la vida cotidiana. Sin embargo, hay que señalar que: “Al igual que sucedía en tiempos de la dominación española, la distinción social entre indígenas y ladinos, no coincide más que de manera aproximada con las diferencias “raciales” de la población de Los Altos...” pues, aunque es reducido, existe un grado de “...movilidad social que permite a algunos indígenas acceder a la categoría de ladinos”. Por otro lado, “El criterio económico tampoco es determinante para el establecimiento de esa distinción, pues aunque en términos generales los indígenas son más pobres que los ladinos, existe una pequeña minoría de indígenas comerciantes, caciques y transportistas que poseen importantes fortunas, mientras que gran número de ladinos vive pobremente como artesanos, trabajadores de la construcción o empleados en tiendas” (Viqueira, 1995: 227).⁶⁷

Pero algo que ha reconfigurado de manera significativa las relaciones que establecen los indios y los ladinos de Los Altos, es el “proceso de reindianización” que desde hace varias décadas ha estado en marcha en la región. Dicho proceso tiene tres características: 1) los cargos públicos de los municipios con mayoría indígena ya no son ocupados por ladinos; 2) el número de ladinos en esos municipios se ha

descrito como una batalla en que los fanáticos indígenas querían acabar con la población ladina, creándose el mito de una “Guerra de Castas” (Rus, 1995).

⁶⁷ Las comillas corresponden a frases literales tomadas del autor, sin embargo la idea completa del párrafo es una paráfrasis de sus ideas adecuadas a la lógica de lo que aquí quiero expresar.

reducido al mínimo y 3) los municipios que tradicionalmente se consideraban mestizos ahora albergan cada vez más población indígena migrante (Viqueira, 1995: 225).

El primer paso de este proceso se dio en 1937, cuando a raíz de las reformas administrativas sobre el municipio, los cargos de gobierno, que normalmente eran ejercidos por mestizos, se entregaron a jóvenes indígenas bilingües, alfabetizados y "dispuestos a cooperar con los funcionarios del gobierno federal" (Robledo, Vargas y Nigh; 1998: 21). Tales condiciones –aunque no significaron que la población ladina perdiera todos sus privilegios ni que los indígenas pudieran vivir en condiciones más democráticas, como señalaré más adelante– dieron comienzo a un reacomodo de poderes en la región.

En Oxchuc, para 1940 se había vuelto obligatorio que el presidente municipal fuera indígena, aunque, en este caso particular, quien en realidad llevaba el mando era el secretario municipal: el mestizo Tránsito Burguete. Por esta razón el indio Marcos Encines, que había sido presidente municipal dos veces y se había dado cuenta que el control de los ladinos residía en su conocimiento del español y las leyes, deseaba mandar a sus hijos a la capital del país para que aprendieran lo necesario y tuvieran los conocimientos para tomar los cargos que les correspondían. El mismo Marcos Encines tenía el proyecto en 1942 de hacer una cabecera municipal india a unos kilómetros de Oxchuc (Villa Rojas, 1990: 79), lo que muestra el deseo que algunos indios ya tenían de independizarse de los mestizos.

Sin embargo no fue sino a finales de los 70 y principios de los 80 que esto comenzó a ser posible, ya que los ladinos se han ido retirando de los municipios indios, ya sea por presiones de los indígenas o porque ya no les es rentable vivir en ellos. En el caso de Oxchuc "la prohibición de la venta de alcohol en el municipio terminó con el principal negocio de los mestizos, quienes, hostigados por los indígenas, han ido vendiendo sus casas en la cabecera municipal y se han retirado a vivir en San Cristóbal o a Ocosingo" (Viqueira, 1995: 226). Así, lo que antes era el único reducto de los ladinos en el municipio, donde la población india era prácticamente nula (Villa Rojas, 1990: 23), ahora es un pueblo con amplia mayoría indígena.

Parte de este proceso en Oxchuc, está relacionado con el surgimiento de la elite magisterial indígena, que se generó, a partir de las acciones que desde 1950 realizó el INI en el área de educación y que más tarde la Secretaría de Educación Pública (SEP) continuó. Los promotores de educación indígenas de INI y los maestros bilingües formados por la SEP pronto se convirtieron en líderes locales. Gracias a su conocimiento del mundo mestizo, pronto retomaron parte del control político que antes pertenecía a los ladinos.⁶⁸

⁶⁸ Después de todo, como había advertido Marcos Encines décadas atrás, los ladinos sólo superaban a los indios de Oxchuc en su conocimiento del español y en que saben leer, escribir y hacer cuentas (Villa Rojas, 1990: 80).

Por otro lado, "el proceso de reindianización" que señala Viqueira (1995) también se ha manifestado en los centros urbanos en que tradicionalmente predominaba la población mestiza. Esto, debido a que muchos indígenas de Los Altos –ante la escasez de tierras y los conflictos religiosos– han tenido que huir de sus comunidades y se han asentado en las ciudades ladinas, principalmente en San Cristóbal. De esta manera, una ciudad, en donde hace algunas décadas los indígenas sólo iban de paso y ni siquiera tenían permitido caminar por las aceras (Colby, Van Den Berghe, 1992: 46), ha crecido enormemente, principalmente por la llegada de migrantes tsotsiles y tseltales. Según la estimación hecha por CONAPO e INI en el 2002, el municipio de San Cristóbal tiene una población de 67 095 indígenas, lo que equivale nada menos que al 50.7% de las 132 421 personas que lo habitan (Serrano et.al. 2002).

Tal situación, al parecer ha sido la más incómoda para los mestizos, pues a menudo he escuchado quejas de ellos ante la presencia creciente de indígenas en la ciudad. Esta antipatía se refuerza por el hecho de que en el plano económico los indígenas han emprendido actividades que antes sólo correspondían a los ladinos, algo que evidentemente ha molestado a un grupo que tradicionalmente tuvo todos los privilegios.⁶⁹

Por lo anterior, en el escenario actual de Los Altos, los prejuicios y estereotipos intergrupales siguen presentes y afectan prácticamente todos los ámbitos de la vida cotidiana incluyendo a la salud, como veremos adelante.

Apunte sobre la "oposición" indio-ladino

Es necesario aclarar que, con el propósito de simplificar, en este apartado he hablado de los indios como si fuera un grupo bien delimitado y homogéneo. Esto no es así, pues a pesar de que los tseltales y tsotsiles tienen elementos culturales comunes, prácticamente cada municipio ha establecido rasgos que lo distinguen de otros y, en su interior, se han generado divisiones ya sea por motivos políticos, religiosos o económicos: "Hay indios pobres, muy pobres, ricos (los menos); católicos, presbiterianos, adventistas, mormones, testigos de Jehová, "tradicionalistas", agnósticos; rurales, urbanos, suburbanos, nómadas, refugiados, "paracaidistas"; campesinos, hortelanos, floricultores, madereros, artesanos, comerciantes (...), choferes, albañiles, obreros, sirvientes, jardineros, informantes de antropólogo, y con frecuencia ejercen varios trabajos a la vez" (Pitarch, 1995: 240).

⁶⁹ Por otra parte, en los años recientes, podemos agregar a las relaciones polarizadas de Los Altos, la existencia de un nuevo grupo: "los fuereños" –mexicanos y extranjeros– que atraídos por la tranquilidad y el exotismo de San Cristóbal se han asentado en la ciudad, ya sea emprendiendo negocios de servicio al turismo o trabajando para el gobierno, las organizaciones civiles y las instituciones educativas y de investigación científica. Este nuevo grupo también ha buscado distinción, por lo que "practican la endogamia matrimonial –incluso en un grado mucho más elevado– y tienen sus propias maneras de vestir, sus lugares de reunión, sus referencias culturales e incluso escuelas especiales para sus hijos" (Viqueira, 1995: 227)

Por otro lado, la categoría de ladino o mestizo (*Kaxlán* en tzeltal y tsotsil), no es menos problemática: los matices en el color de la piel derivados de diferentes grados de mestizaje de su población, la desigualdad económica (pues como ya mencionamos existen ladinos pobres y ladinos ricos), así como la llegada de “fuereños” cuyo estatus aún es complicado establecer, hacen que el uso de la palabra ladino, como opuesto indio, sea muy complejo y dependa del lugar o contexto desde donde la persona lo usa.

Dado que el objetivo principal de este trabajo no es analizar los usos y connotaciones de las palabras que se refieren a los indios y a los mestizos, me interesa dejar claro aquí que dichas categorías constituyen un juego de estereotipos detrás de los cuales se reproducen las relaciones de poder (Pitarch, 1995), por lo que, cuando resulte necesario, intentaré situar las categorías de indio y ladino (y otras relacionadas) en el uso específico que de ellas hacen los actores durante la búsqueda de atención médica.

Impacto de las instituciones y políticas gubernamentales

Aunque la independencia de México, lograda en 1821, parece no haber tenido un impacto importante sobre la organización social y económica de Los Altos, –ya que los ladinos de la región conservaron prácticamente todos los privilegios que tuvieron durante el periodo anterior– sí fue a partir de ella que comenzó una larga lucha por tener el control político del estado. La lucha la protagonizaron ladinos de las tierras bajas, cuyo centro político fue la ciudad de Tuxtla, y los ladinos de Los Altos cuya ciudad principal, San Cristóbal, estaba perdiendo el dominio que tuvo de todo el estado durante la dominación española (Rus, 1995).

La reforma y el surgimiento del tradicionalismo

Fue hasta que se promulgaron las Leyes de Reforma, en la constitución de 1857, que dicha lucha comenzaría a inclinarse hacia los ladinos de Tuxtla, pues, al despojar al clero de sus privilegios, los ladinos tuxtlecos encontraron la oportunidad para quitar a los ladinos de San Cristóbal el control absoluto sobre la mano de obra indígena (Rus, 1995a: 145-174).

Vale la pena mencionar que, mientras en otras regiones la población indígena fue diezmada por las epidemias que llegaron con la conquista, en Los Altos, sea por su clima frío y por los pocos ladinos que la poblaban, la población india sufrió pocas pérdidas o, por lo menos, se recuperó rápidamente. Por ello, a mediados del siglo XIX, los indígenas de Los Altos constituían la principal reserva de mano de obra barata en el estado (op. cit.).

La disputa estaba así: Las tierras bajas eran más productivas pero no tenían indios para trabajarlas. Las tierras altas no eran muy productivas pero en cambio había en ellas gran cantidad de indios pobres que podían ser empleados como trabajadores. Los ladinos alteños no tenían otro recurso y por lo tanto lo guardaban con celo. Los tuxtlecos, requerían de mano de obra y sólo tenían de su lado la reciente política liberal en el país (idem).

El conflicto entre Los Altos y Tuxtla se diluyó sólo después de que terminó la supuesta "Guerra de castas" (ver pie de página 64) pues finalmente los ladinos de Tuxtla lograron negociar su acceso a la mano de obra y los ladinos de Los Altos encontraron en "el enganche", –es decir, en el sistema que endeudaba a los indios y luego los enviaba de manera obligada a trabajar a las tierras bajas–, un negocio rentable (idem).

El efecto de la Reforma en Los Altos fue considerable ya que el clero perdió gran parte de su poder y ello significó que muchos indígenas, para evitar pagar los impuestos que se les cobraban, comenzaron a ejercer su religión de manera autónoma. En Oxchuc, por ejemplo, a finales de 1860, los indios acudían a la parroquia ignorando las peticiones de dinero que hacía el sacerdote (idem: 159). Esto generó "el tradicionalismo" es decir, una religión popular en la que los indígenas conservaron gran parte de las instituciones que el clero les impuso, pero a la vez reinsertaron aspectos de su cosmovisión original, los cuales no habían abandonado a pesar del empeño de varios siglos de catolicismo.

"El tradicionalismo" también permitió a los indios organizarse en torno a sus propias autoridades y tener una vida más independiente en un lapso que comprende las tres décadas finales del siglo XIX y las primeras tres del XX; sin embargo, en el ámbito económico, como ya mencionamos, los ladinos se las ingeniaron para continuar el tráfico de trabajadores a las tierras bajas a través del enganche.

En la actualidad, ante los efectos de las políticas gubernamentales, "el tradicionalismo" se manifiesta de formas diferentes en los municipios de Los Altos. En Oxchuc, aunque ya en los años 50 los ancianos "tradicionalistas" habían perdido gran parte de su poder de decisión ante los efectos de las iglesias católica y presbiteriana, la presidencia actual ha buscado legitimarse dándole un lugar a los ancianos con cargos tradicionales, por lo que, en casi todos los eventos públicos del municipio, se realizan danzas y rezos que los ancianos presiden.⁷⁰

⁷⁰ Sin embargo, a diferencia de otros municipios como Chamula, los "tradicionalistas" no se consideran opuestos a los católicos. Sin duda la misión católica –de la que se hablará más adelante– tuvo un papel importante, luchando contra "el tradicionalismo" en Oxchuc –principalmente contra las prácticas nahualísticas– pero al final ciertas prácticas tradicionales se preservaron y *normalmente* son asociadas –por lo menos en Cruzón donde realicé el estudio– a los católicos (Fuente: observación y charlas informales en Cruzón).

El Cardenismo

Después de la revolución de 1910, en Los Altos se formaron los primeros ayuntamientos municipales, que en muchos casos, coincidieron con los territorios de los diferentes pueblos de tsotsiles y de tseltales, por lo que existieron al mismo tiempo dos tipos de autoridades, las "tradicionales" –ejercidas por los ancianos respetados de la comunidad– y las municipales –ejercidas por ladinos los cuales se encargaban de reclutar indígenas para trabajar en las tierras bajas y castigarlos en caso de deserción– (Viqueira, 1995: 229).

Fue hasta la década de 1930, durante el periodo de gobierno del presidente Lázaro Cárdenas, que las políticas gubernamentales derivadas de la revolución comenzaron a tener mayor efecto sobre Los Altos (Rus, 1995b: 259). En este periodo por primera vez se reconoció oficialmente la presencia indígena y se inició una política dirigida a su población, por lo que, en 1935, se creó el Departamento de Acción Social y Cultural y de Protección al Indígena (DASPI) que abrió una agencia en San Cristóbal. "La estrategia propuesta suponía que, mediante la restitución de tierras de que los indígenas habían sido ilegalmente despojados durante el siglo XIX, la constitución de ejidos, la protección jurídica, y la implantación de medidas sanitarias y económicas podría lograrse la 'redención' del indígena y su integración progresiva a la nación" (Page, 2002: 27).

En Los Altos de Chiapas, entre 1936 y 1944, como parte de esta política se dio protección jurídica a los trabajadores que año con año iban al Soconusco; se restituyeron gran parte de las tierras de que los indios fueron despojados por las haciendas y se entregaron las autoridades municipales a jóvenes indígenas bilingües y alfabetizados. Esto último tuvo gran impacto en la estructura de poder de la región, pues las nuevas autoridades, con el paso del tiempo, se convirtieron en caciques de sus propios pueblos, y a través de ellos, el partido oficial mantuvo cooptados los votos de los indígenas en un largo periodo (Rus, 1995b: 257-267).

Como parte de las políticas del periodo Cardenista, se introdujeron las primeras escuelas gubernamentales. En Oxchuc, por ejemplo, datan de esta época las escuelas de Cruztón y de Yochib. Ésta última, tal como lo documentó Alfonso Villa Rojas en 1940, contó con un maestro expresamente indigenista que influyó fuertemente sobre la localidad y a quien los ladinos acusaban de alborotar a los indios en su contra (Villa Rojas, 1990). En el caso de la escuela de Cruztón y otras escuelas el impacto fue más limitado, pues los alumnos eran pocos, mientras que los maestros ladinos en varios casos se dedicaron a la venta de alcohol y al enganche de personas para trabajar en las fincas del Soconusco.⁷¹

⁷¹ Se supone que el estado abolió el "enganche" desde 1936, sin embargo para 1946 un ladino terrateniente tomó el cargo de la Agencia del DASPI (Favre, 1973: 335) con lo que los avances logrados por encargado anterior Erasto Urbina se vieron en gran medida neutralizados (Rus, 1995b: 264). De esta manera, los maestros y secretarios municipales ladinos, e incluso los nuevos caciques indígenas continuaron el negocio

Así, a pesar de que la política del periodo Cardenista significó la llegada a Los Altos de algunos de los logros de la Revolución, esta tentativa duró poco tiempo y pronto se manifestó la respuesta ladina. Para 1944 la política estatal volvió a ser conservadora y entró a la dirigencia del DASPI un ladino terrateniente, el cual se apresuró a revocar y anular en la práctica las reformas que se impusieron durante el cardenismo (Rus, 1995b: 263-266).

El Instituto Nacional Indigenista

En 1949 el Estado Mexicano da por concluido el programa de las Agencias del Departamento de Acción Social y Cultural y de Protección al Indígena en Chiapas para ceder el trabajo al Instituto Nacional Indigenista (INI) fundado a nivel federal en 1948. El objetivo principal de esta institución era dirigir el cambio cultural de los grupos indígenas del país de manera que se integraran a la llamada "sociedad nacional" a través de acciones sostenidas y programadas (Page, 2002: 28).

De esta forma, en 1950, el INI comienza su actividad en Los Altos con la fundación en la ciudad de San Cristóbal del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotsil (CCTT). A través de dicho centro, se llevaron a cabo diversas acciones entre las que destacan la construcción de carreteras que facilitaron el acceso de las cabeceras municipales a San Cristóbal y la formación de promotores indígenas encargados de poner en marcha proyectos en el ámbito económico, educativo y de salud.

Con un éxito muy limitado y diferenciado de un lugar a otro, el INI buscó introducir innovaciones para mejorar las condiciones de vida de los municipios indígenas de Los Altos. La estrategia general fue mantener el diálogo con las comunidades y no proceder por imposición, pues se sostenía que el cambio debía ser gradual (Köhler, 1975: 292).

En el ámbito de la salud, las acciones del INI "se organizaron alrededor de cuatro clínicas periféricas, de las que dependían varias enfermerías en parajes que en ese momento se consideraron estratégicamente localizados. Las clínicas estaban ubicadas en las cabeceras municipales de Chamula, San Cristóbal de las Casas y Oxchuc, y la cuarta en el ejido de Chilil, en el ejido Lázaro Cárdenas en el municipio de Huixtán. El personal de cada clínica estaba integrado por un médico y un auxiliar ladino. Contaban con consultorio, algunas camas para hospitalización, farmacia y quirófano" (Page, 2002: 53).

Debido al escaso éxito de estas clínicas, en 1954 se sustituyeron los promotores ladinos por promotores indígenas que fungían como traductores y enfermeros. A pesar de ello, la respuesta no fue la esperada, de modo que después de unos años, muchos promotores de salud indígenas pusieron

del tráfico de trabajadores. En 1944 el secretario municipal de Oxchuc, el ladino Tránsito Burguete, recibía tres pesos de comisión por cada indígena que persuadía para ir a las fincas (Villa Rojas, 1990).

consultorios independientes donde combinaron algunas prácticas de la medicina moderna con la curandería (Favre, 1984: 368).

En relación con las prácticas médicas tradicionales, cabe mencionar que, hasta mediados de los 70, el INI, no sólo no consideró adecuado trabajar de forma coordinada con las diferentes especialidades de curadores indígenas, sino que tuvo el objetivo de “quebrantar la visión indígena del mundo y erradicar las prácticas médicas tradicionales” (Page, 2002: 52), considerando a éstas como el soporte de la cohesión social indígena; soporte que ataba a los indios al mundo tradicional del cual se pretendía que salieran (Köhler, 1975: 258).

En el plano político, uno de los efectos del INI, totalmente ajenos a sus fines, fue el fortalecimiento de los cacicazgos indígenas que surgieron alrededor de 1940, los cuales fueron prácticamente subvencionados por los recursos que aportaba el INI en el afán de que las comunidades tomaran independencia de los ladinos.⁷² De forma paradójica, a pesar de que primero vieron con malos ojos la presencia del INI, al final, los ladinos reforzaron su dominio sobre la región y encontraron maneras indirectas de apropiarse del trabajo de los campesinos indígenas, la mayoría de las veces en asociación con los propios caciques con los que se suponía encontrarían oposición (Rus, 1995b: 269-270).

Por otro lado, en el plano educativo, esta institución tuvo como estrategia adiestrar promotores indígenas y, a través de ellos, llevó a cabo un proyecto de alfabetización en la lengua materna (Favre, 1973: 358).⁷³ En 1964 la Secretaría de Educación Pública (SEP) retomó el sistema educativo bilingüe para la educación primaria iniciado por el INI promoviendo la formación de maestros indígenas (Pineda, 1995: 280). Los promotores indígenas reclutados por el INI y los nuevos maestros bilingües pronto formaron un nuevo grupo de poder que podía competir con los cacicazgos establecidos generándose un ambiente de tensión, en el que, hasta ahora, se expresan diversos conflictos políticos internos, entre ellos expulsiones masivas de los disidentes.

Hoy los maestros se han convertido en una élite burocrática y politizada de la cual han surgido varios presidentes y líderes en continua disputa por el poder local (op. cit. 290-293). En Oxchuc durante los 70 los maestros bilingües habían logrado desplazar a los mestizos de sus cargos públicos y en 1983 lo lograron definitivamente gracias a la prohibición de la venta del alcohol.

El INI fue el puente exclusivo entre el gobierno y la región de Los Altos durante más de una década. Fue hasta mediados de los 60 que otras instituciones comenzaron a aparecer en escena

⁷² En relación con estos cacicazgos es interesante observar que “el tradicionalismo” –que se generó después de la reforma y le dio a los indios un espacio de autonomía respecto a los ladinos–, como resultado de las políticas indigenistas tanto del cardenismo como del INI, se transformó, en el caso de Chamula, en un instrumento a través del cual los nuevos caciques controlaron a sus pueblos y justificaron una política para aplastar cualquier intento de robarles el poder.

⁷³ En Oxchuc hasta hoy permanece un sistema de educación primaria bilingüe.

asumiendo su papel en los ámbitos de su competencia (entre ellas la SEP, como ya mencionamos). Eso sucedió con la SSA, que se estableció en Oxchuc en 1964 y con el IMSS-COPLAMAR que llegó en 1979. Ambas instituciones en sus inicios colaboraron estrechamente con el INI, continuando su labor hasta suplantarlo. A pesar de ello el INI mantuvo una actividad intensa sosteniendo algunos proyectos propios y trabajando en coordinación con las nuevas instituciones. En Oxchuc mantuvo de manera informal un consultorio médico hasta hace pocos años (Freyermuth, 1993: 38).

Actualmente, el INI cambió de nombre, ahora es Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México o CDI, y desde el año pasado –el 2003– se encuentra en un proceso de reestructuración en el cual se están quitando funciones operativas para quedarse con las funciones de normatividad y gestión.

Cambio de enfoque en la política indigenista

A mediados de la década de los setenta, “como consecuencia de la influencia de propuestas que surgieron, por una parte, en los círculos donde se discutía y creaban políticas internacionales de derechos humanos y, por otra, entre intelectuales mexicanos a favor de una política de respeto y estímulo al pluralismo étnico” (Page; 2002, 29) cambió el discurso integracionista del indigenismo mexicano “empezándose a manejar conceptos como: indigenismo participativo, etnodesarrollo y federación de nacionalidades” (op. cit. 29).

En este marco, en el plano de la salud, en 1979 el gobierno nacional creó el programa IMSS-COPLAMAR (Instituto Mexicano del Seguro Social - Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), el cual, en Los Altos, se implementaría en estrecha colaboración con el INI (ídem: 42). Con este programa se instalaron 47 clínicas en la región y surgieron varias iniciativas que intentarían vincular la medicina alópata y la medicina practicada por los diferentes pueblos indígenas. Tales iniciativas fueron desarrolladas por instituciones como IMSS, SSA e INI (Freyermuth, 1993: 58-68). La idea respondía a las sugerencias de los Organismos internacionales; más específicamente a las declaraciones sobre las medicinas tradicionales de 1977 (OMS) y la declaración del Alma-Ata en 1978. En esta última se propuso el lema “Salud para todos en el año 2000” y, con el fin de lograrlo, se sugirió a los países que incluyeran en su planta laboral a personas practicantes de la medicina tradicional (op. cit. 43).⁷⁴

Esto llevaba el germen de la política neoliberal que, a partir de 1983, comenzó a implementar el Gobierno Mexicano. En tal política la idea general es desprenderse de la “responsabilidad de ‘garantizar los derechos constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) para los individuos y los grupos’; centrando sus

⁷⁴ Esta idea se basa en que al emplear los recursos ya existentes y vincularlos a la biomedicina se ahorraría inversión y se facilitaría la tarea.

acciones en la asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la 'pobreza extrema'), mediante servicios de bajo costo" (Page, 2002: 32)

Esta idea –promovida actualmente por el Banco Mundial (1993) y avalada por las propuestas de los organismos internacionales como la OMS– en México se expresa en la adición hecha en 1983 al artículo 4º de la Constitución Mexicana, en el cual se establece que toda persona tiene "derecho a la protección de la salud", pero no se deja plasmado esto "como garantía individual ni como derecho social y, además, diluye la responsabilidad de la misma a la sociedad en general, sin que el Estado asuma su responsabilidad como garante" (op. cit: 33).

En este contexto –con el fin de reducir al mínimo el gasto del Estado– el gobierno ha promovido la participación social en la salud y, gracias a la existencia de apoyo financiero internacional, las organizaciones no gubernamentales (ONG) comenzaron a realizar diferentes proyectos de desarrollo en regiones marginadas como Los Altos, "ganando algunos espacios en el campo de atención a la salud", ante la escasa penetración lograda por las instituciones de gobierno (Freyermuth, 1993: 57).⁷⁵

Impacto de las misiones religiosas

En la década de los 40s –auspiciados por la política cardenista que apreciaba el cambio religioso como un elemento importante para la integración de los indígenas a la nación– comenzaron a llegar a la región de Los Altos grupos religiosos protestantes. La primera misión fue de presbiterianos y se instaló en Oxchuc, en el paraje de Mesbilja'. Su éxito fue notable, pues para 1950 habían logrado que cerca de la mitad de los habitantes del municipio se convirtieran (Harman, 1974: 28). Ante esto, la iglesia católica –que como vimos tuvo una actividad muy endeble en la región después de la Reforma– a través del programa llamado Acción Católica, reaccionó a la avanzada presbiteriana y en 1950 "retornó" a Los Altos y Oxchuc, ahora con una vocación pastoral diferente a la que había caracterizado al clero del siglo anterior.

Ambas misiones y la resistencia "tradicional" –apoyada por los ladinos que veían sus intereses afectados ante la tentativa, católica y protestante, de combatir el alcoholismo– durante la década de los 50 tuvieron múltiples enfrentamientos que se expresaron de manera violenta (Siverts, 1969: 179-184). Sin embargo, cuando la efervescencia de confrontación aminoró, tanto presbiterianos como católicos comenzaron a lograr cambios ideológicos y de hábitos muy significativos entre sus feligreses.

Entre tales logros, Oxchuc destaca porque los indígenas se dieron cuenta de la importancia de adquirir conocimientos sobre las leyes nacionales y porque se generaron nuevas dinámicas económicas y

⁷⁵ En el plano de la salud, existen pequeños proyectos en varias organizaciones no gubernamentales. En cuanto a organizaciones que exclusivamente se enfocan a la salud, tengo conocimiento de que "Médicos del Mundo", "Médicos sin Fronteras" y ACASAC han trabajado en la región de Los Altos.

organizativas. A su vez, la conversión a las nuevas religiones permitió a los jóvenes acceder a puestos de poder, lo cual era prácticamente imposible lograr a través de la jerarquía tradicional, liberándose además del control que los ancianos ejercían a través de la brujería. Por otra parte, el fomento a la educación que hicieron las iglesias entre sus feligreses, logró que, en pocos años, estuvieran en posición de disputar el poder del municipio a la población ladina.

En el plano de la salud, la influencia se manifestó en la modificación de hábitos riesgosos –como el comer toda la familia en un solo recipiente, dormir varias personas en un espacio pequeño–, y en la implementación de hábitos higiénicos acordes a la visión occidental. Pero sobretodo, en que parte de su campaña proselitista se basó en el combate y desaprobación de las prácticas terapéuticas tradicionales y en la introducción de elementos de la medicina moderna en las localidades, logrando su aceptación y valoración en gran parte de la población.⁷⁶

Actualmente en Oxchuc, católicos y protestantes (de las diversas denominaciones que han llegado) conviven en relativa tranquilidad. Los cambios generados por los grupos misioneros –aunados a la influencia de instituciones como el INI y a la “independencia” política lograda cuando los mestizos se retiraron del municipio– han convertido a Oxchuc en un municipio que, pese a los conflictos políticos internos, valora su independencia y al mismo tiempo se manifiesta abierto al cambio y receptivo a la influencia exterior.

Esto no sucede en otros municipios, pues a menudo la pluralidad religiosa sigue estando marcada por el conflicto y la violencia, manifestada en la expulsión de grupos enteros de su lugar de origen, ya sea por intolerancia religiosa y/o por intereses económicos y políticos.⁷⁷

Organizaciones políticas y luchas sociales recientes

El poder que obtuvieron los caciques indígenas a partir de la reforma agraria promovida por el Cardenismo y la lealtad que estos caciques mantuvieron con el gobierno federal, –dado que el propio gobierno se mantuvo de su lado a través de la política de “no intervención en asuntos internos” del INI– se expresó en el voto corporativo que durante muchos años las localidades alteñas dieron al partido oficial: el Partido Revolucionario Institucional (PRI) (Rus, 1995b: 264). Sin embargo, para las décadas de 1970 y 1980, dicho poder ya había descendido ante el surgimiento de organizaciones campesinas con demandas sociales.

⁷⁶ Entre los conflictos religiosos, se relata que hubo persecuciones de pik'akbal o brujos pulsadores. Sin embargo, otros elementos del tradicionalismo, como los rezos en lugares sagrados y la música tradicional, fueron respetados (al menos por los católicos) y actualmente forman parte de la vida de algunas localidades.

⁷⁷ Este ha sido el caso en municipios como Chamula, Chenalhó, y Amatenango del Valle.

Esto a su vez fue reflejo del surgimiento de jóvenes emprendedores que comenzaron a cuestionar el poder caciquil y se organizaron en su contra tomando como base las demandas sociales insatisfechas (op. cit. 273). De esta manera los municipios de Los Altos se convirtieron en una arena de conflictos entre diferentes facciones políticas y religiosas que –la mayoría de las veces en forma violenta–, siguen expresándose hasta hoy.

En Oxchuc, la nueva elite magisterial logró desplazar a los mestizos de los cargos públicos y para mediados de los 80, con la aparición de diferentes facciones políticas dentro del magisterio, la población –a menudo sin saber sobre qué se trataba el conflicto– se dividió, y los nuevos líderes iniciaron una intensa competencia por el poder local. Las facciones en conflicto eran conocidas popularmente como “charros” y “democráticos”. Los primeros acataban los dictámenes del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) y los segundos se afiliaban a la corriente de oposición denominada Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación (CNTE) (Bautista, 2002: 71). Dicha competencia giró en torno a la presidencia municipal, la cual, –a partir de 1983 con el Convenio de Confianza Municipal (CEDECOM) en el que el gobierno del estado otorga a los municipios fondos para obras públicas–, se convirtió en un importante objeto de interés (op. cit. 78). Desde entonces, en las campañas políticas y los cambios presidenciales, se han hecho prácticamente tradicionales los enfrentamientos violentos.⁷⁸

La década de 1980, transcurrida en medio de múltiples enfrentamientos, fue dominada por la corriente opositora de “los democráticos”. Durante la década de 1990, fue controlada por la corriente de derecha “los charros”, en opinión de algunos democráticos gracias a la compra de votos por parte del gobierno (Bautista, 2002: 82). En la actualidad, la corriente “democrática” ha quedado absorbida por los partidos políticos que a partir de 1991 comenzaron a llegar al municipio (idem: 83). El conflicto por el poder ahora se da a partir de los diferentes partidos, principalmente PRI y Partido de la Revolución Democrática (PRD). En este contexto lo que quedó de la corriente magisterial democrática formó la organización civil Tres Nudos que formaría alianza con el PRD. Dicha organización, además ha sido considerada como base de apoyo del EZLN y sus líderes han sido perseguidos (idem: 86-87).

En este sentido, volviendo al papel de las organizaciones campesinas que se han formado en Los Altos, éstas intensificaron su actividad en los 80 cuando la crisis financiera nacional azotaba la región. De hecho, se ha propuesto que en las organizaciones campesinas y entre los catequistas católicos –que fueron parte activa de esta lucha política en la región de la Selva y Los Altos– se fue gestando clandestinamente el movimiento zapatista, que apareció en 1994 (Viqueira, 1995: 230).

⁷⁸ Según narraciones de diferentes personas cada cambio presidencial los seguidores de un partido se enfrentan con los otros a palos y pedradas.

Aunque la mayor base del EZLN está en los municipios de la Selva, el movimiento ha tenido importantes efectos aún en regiones donde no tiene presencia o ésta no es tan numerosa.⁷⁹ En este sentido, después de que se inició el conflicto, los municipios de Los Altos no sólo se han convertido en foco de atención mundial porque en ellos existe presencia zapatista, sino que, como consecuencia del conflicto han recibido más atención del gobierno, el cual ha invertido grandes recursos en acciones y programas destinados a mejorar la vida de la región y reducir la presencia del movimiento.

Así, en Oxchuc –donde la presencia Zapatista es reconocida sólo en algunas localidades próximas a la selva–, recientemente se ha mejorado la infraestructura de agua potable y de la luz eléctrica. Esto, además de beneficiar a las localidades del municipio, puede ser una estrategia para que personas rebeldes –que no reciben los apoyos del gobierno– abandonen las armas. Además, invertir en la región puede servir para contrarrestar la posibilidad de que el movimiento se extienda a otras localidades.

Otro de los efectos notables del Zapatismo, ha sido lo que se ha dado en llamar “el empoderamiento indígena”. Diversas personas que han vivido en la región coinciden en señalar que, a partir del movimiento, se ha logrado un cambio radical en la actitud de los indígenas, dado que se muestran menos sumisos y más conscientes de sus derechos. En esto también contribuyen las ONG que a partir del movimiento armado se han multiplicado y realizan diversos tipos de proyectos –con apoyo internacional– en la región.

Nota final

En la actualidad, en Los Altos existe un paisaje social muy heterogéneo. La influencia de las diferentes religiones, de las organizaciones y grupos políticos y del gobierno no ha sido igual en todas partes y eso hace que en cada localidad los efectos de tales influencias se expresen de una forma particular. Los procesos sociales señalados hasta ahora han tenido el objetivo no sólo de contextualizar los procesos terapéuticos de las personas, sino de brindar un marco para entender por qué se desarrollan de una manera particular. A mi parecer, esto valida el acercamiento fenomenológico que propongo en esta tesis, ya que éste intenta captar cómo se reflejan en los procesos terapéuticos de las personas las influencias externas y, a partir de ello, lograr una base para entender cuál es el contexto estructurado al que las prácticas culturales de enfermos y terapeutas responden y al que resignifican constantemente. Más adelante, al analizar los relatos obtenidos observaremos la influencia que han tenido los acontecimientos históricos y sociales en el tipo de decisiones que se toman en la búsqueda de atención de la localidad de

⁷⁹ En Los Altos éste tiene presencia en municipios como Chenalhó, Larrainzar, Oxchuc y Altamirano.

Cruzón.⁸⁰ Al final, esto me pondrá en posición de conocer la situación de los servicios de salud y las enfermedades oculares aportando datos generales y propuestas que son importantes para quienes están interesados en realizar acciones encaminadas a mejorar la atención.

⁸⁰ De hecho gran parte de este capítulo responde a la necesidad de indagar documentalmente sobre situaciones que se manifestaron en los relatos.

CAPÍTULO 3

CRUZTÓN: HISTORIA Y ETNOGRAFÍA

Este capítulo consta de dos secciones. En la primera recorro a los relatos sobre el pasado, que obtuvimos de algunos ancianos de la localidad, procurando rescatar los aspectos significativos en el marco de esta investigación.⁸¹ En el segundo describo el contexto en el cuál transcurre la vida de las personas que me relataron sus procesos terapéuticos, privilegiando el uso de la fotografía respecto al de la palabra.

HISTORIA

Fundación de la escuela (1935)

Cuando pregunté por la fundación de Cruztón esperaba que me contaran sobre la llegada de los primeros habitantes a la localidad. Sin embargo, en ese entonces, Cruztón aún no existía. La llegada de la escuela marcaba el punto de partida de los relatos sobre el surgimiento del paraje: un parte aguas en la vida de un grupo de tseltales que hasta ese momento tenían escaso contacto con el gobierno y sus instituciones. Así recuerdan Don Miguel y Don Marcos la llegada de la primera escuela a la localidad.

Don Miguel:

“En 1935 llegó la primera escuela”. Llegó allá, donde está la casa de Don Martín. Una mujer fue la primera maestra, se llamaba Constancia Paniagua. Así se llamaba la xiñora [mestiza]. Vino acompañada de cuatro soldados. El difunto mi papá y mi abuelo fueron los que vieron la llegada de la primera escuela. El que vino a dejar a la maestra dijo que si la molestábamos, si la coríamos, nos íbamos a ir a la cárcel, así que la tratáramos bien; la teníamos que mantener y de lo que nosotros tuviéramos le íbamos a dar, ‘iguales se van a querer’ dijo. Entonces empezaron a trabajar, tanto los brujos, como lo pulsadores, toda la gente trabajó para levantar la escuela. En cuatro días se levantó, llegó ahí a donde está la casa de Don Agustín, ahí llegó el pizarrón. La escuela no era de lámina como ahora, era de paja, pero toda la gente trabajó para poder tener nuestra escuela”.

Don Marcos:

“El terreno de la escuela nada más era un pedazo, pero como la tierra también ya no quería dar bien la cosecha, se pensó que mejor diéramos un pedazo cada quien. Así fue como cada cual dio su parte, sacó uno, sacó el otro y el otro. Hubo quienes dijeron que era mejor que cada uno vendiera su terreno, pero nadie lo vendió. Todos sacamos terrenos por partes iguales, todos dimos un pedazo. Yo no lo quería dar porque era mío el terreno que está en el centro de la escuela, ¿era mío el centro!. Lo regalé como todos los demás, así se fue haciendo grande el terreno. Nadie vendió porque todos dijimos que ‘es para nosotros’, ‘no es para otra gente’, cuando llegó la primera escuela éramos ocho, nueve, diez personas”.

⁸¹ Las citas que presento, en algunos casos, son compuestas de varios fragmentos de una charla. Señalo con comillas el inicio y el término de cada fragmento. Esto fue necesario para dar un orden lógico a la redacción y no incurrir en repeticiones que, aunque en el habla son necesarias, en un texto escrito muchas veces se vuelven incasarias. También para no poner demasiados parentesis y puntos suspensivos, como se hace normalmente para señalar cuando se edita una cita.

Como indican Don Miguel y Don Marcos, uno de los primeros efectos que causó la llegada de la escuela fue que hubo la necesidad de organizarse para elegir el terreno y construirla. Cuando hablan de la escuela como algo “nuestro” muestran que para aquellos que la construyeron significaba un beneficio para la localidad; sin embargo, al mismo tiempo, la escuela fue vista con temor y recelo por algunos habitantes. Don Marcelo, era joven entonces, pero recuerda que su padre veía con malos ojos la llegada de la escuela:

“No fui a la escuela, estaba de este tamaño cuando vino el primer maestro. Ya estaba un poco grande. Mi papá me decía que me saliera corriendo, que corriera, que no servía porque me iban a vender. Por eso no sé escribir”.

Con esta ambivalente recepción la escuela comenzó a funcionar y, con ella, se inicia una nueva etapa en la vida de las personas que vivían en las montañas cercanas al pequeño ojo de agua conocido como *Bulux*. Don Marcos nos cuenta cuando el paraje dejó de tener dicho nombre:

“Cuando no había escuela, aquí se llamaba *Bulux*. Así le decía la gente antigua. *Bulux* se llama, porque es un lugar donde sale agua. Es un pozo que está rodeado por piedras. Sale el agua en distintas partes de las piedras, por eso el nombre, por el agua. Entonces llegó la escuela y a *Bulux* se le puso otro nombre: Cruztón [Cruz de piedra] que ahora queda cerca de Joviltón”.⁸²

La escuela como escenario de la tensión entre indígenas y ladinos

Con el paso de los años esa escuela se convertiría en un eje importante de la vida local. Sin embargo, las primeras décadas serían difíciles. Los maestros eran vistos con miedo y desconfianza y, en la mayoría de los casos, esto estuvo relacionado con la enemistad latente entre indígenas y mestizos. Las narraciones cuentan cómo la maestra Constancia Paniagua –la primera maestra en la localidad, a quien una comisión traía cargando en la espalda desde San Cristóbal– comenzó a usar su puesto para enriquecerse vendiendo aguardiente, tal como lo hacían los mestizos que recientemente se habían asentado en el pueblo apropiándose de él. Así recuerda a tal maestra Don Miguel:

“Está maestra tardó trabajando aquí, tardó cinco años”. “Platicaba en tseltal, aprendió, como tardó mucho tiempo. Tardó cinco años. Por eso aprendió. Cuando la sacamos se fue llorando.” “Se acostumbró. ¡Con qué trabajo se fue!. Ya no se quería ir, pero como buscó su delito se tuvo que ir. Vendía trago, velas, vendía niños, vendía puercos, hizo muchas cosas y por eso se fue. Encontró su enemigo, como fue mucho lo que hizo”. “Pero no hubiera hecho cosas, no la hubiéramos sacado pero como buscó su delito, ni modo”

⁸² En la actualidad Joviltón es un paraje vecino. Es independiente porque tiene su propia escuela y las personas de las diferentes localidades de Oxchuc se organizan en torno a la escuela a que asisten. Es curioso que la piedra que dio origen a la localidad de Cruztón ahora está fuera de ella.

Así, la nueva escuela –a pesar de que fue construida en el contexto de la política indigenista del periodo cardenista y, por ello, su intención era llevar los logros de la Revolución a las comunidades– en Cruztón fue un sitio donde se reprodujeron las relaciones de explotación y conflicto añejas en la región. La disputa por el espacio que sucedía en la cabecera municipal (Bautista, 2002), en el paraje se expresó en la expulsión de una maestra que intentó reproducir el modo de vida ladino dentro de la propia localidad. La mayoría de los maestros subsecuentes fueron mestizos, algunos de los cuales también adquirieron mala reputación. Así lo platicó Don Miguel, quien recuerda uno a uno los maestros que fueron viniendo durante las primeras décadas de la escuela:

“Y vino otro maestro mestizo, se llamaba Manuel Román Cancino, era de Huixtán, era un joven mestizo. Ya era el cuarto maestro. Trabajó dos años también, pero fue lo mismo, no trabajaba, sólo se venía a sentar, se sentaba en los caminos, empezó a buscar su delito. Empezó a decir la gente que molestaba a las mujeres y por eso mejor se fue”.

Efectos de la escuela en la organización social

A pesar de todo, la escuela de Cruztón ya era parte importante de la vida de sus habitantes, a tal grado que, en las ocasiones en que se quedaron sin maestro, las personas se unieron para evitar que su escuela desapareciera. Así lo narra Don Miguel:

“Después vino otro maestro, el profesor Juan Gómez Aguilar. Vino de Tuxtla, era un hombre alto como tú, él no entendía tseltal, puro castilla”. “Vino dos años, ¡bien que trabajaba!, hasta los sábados trabajaba. Venía de San Cristóbal o Tuxtla, pero como no había carro, ¡a donde ibas a encontrar carro!, ¡pura montaña!, por eso sólo tardó dos años”. “Entonces se cerró un año la escuela, pero empezaron a hablar las personas: ‘¿A dónde se fue el maestro?’, ‘¿Quién se va nombrar para que vuelva a ir a pedir nuestro maestro a Tuxtla?’ –empezó a decir la gente– ‘¡Si no lo vamos a pedir no va a venir el maestro y se va perder nuestra escuela!’”. “La gente empezó a buscar su dinero para cooperar para que fuera hablar el director general de Tuxtla. Llegaron a decirle: ‘te venimos hablar señor para que nos mandes nuestro maestro, porque está cerrada nuestra escuela’, así fue”.

Entre los problemas que se citan como explicación de por qué los maestros no soportaban trabajar por mucho tiempo en la localidad, está la falta de agua y la ausencia de vías de comunicación. Eran dos días de camino andando de Cruztón a San Cristóbal y era difícil obtener un poco del líquido vital. Sin embargo, los habitantes de Cruztón no estaban dispuestos a perder su escuela y se mantuvieron organizados para atenderla. Así, se constituiría el comité de educación, uno de los primeros espacios de autoridad alternativos a los cargos tradicionales. Si era necesario ir de nuevo a Tuxtla, el comité de educación se encargaría. Don Miguel, quien de joven fue miembro de dicho comité, nos lo platicó así:

“Cuando salió de nuevo el maestro fuimos otra vez a Tuxtla, y ya vino el maestro Francisco Bernabé Arias Pérez, era indígena, venía de Chenalhó, era joven, tardó cuatro años, pero eso sí, ¡él sí era buen maestro!, ¡bien que sabía enseñar!, ¡trabajaba hasta los sábados!. Tardó cuatro años, no queríamos que se fuera, porque trabajaba bien.” “Pero, así se fue también Bernabé Arias Pérez, porque igual no había carro y, cuando se iba caminando, pasaba por Chamula, por eso ya no quiso. Entonces fuimos otra vez a Tuxtla, cuando llegamos estaba lleno de maestros y le dijeron a uno que estaba ahí, ‘tú te vas’. “Pero le empezaron a decir que no hay tanque acá, y como así era antes, no había agua, teníamos que ir hasta Ts’unun, cerca de Oxchuc”. “[Pero dijo el director] ‘Tienes que cargar tu garrafa, ya sea de 10 ó 20 litros’. Así dijo Romeo Zebadua, que era el director general de Tuxtla, él era el que mandaba. A mi me dijo: ‘Ve a decirle a tu gente, lleva este papel y diles que tu maestro llega el 5 de Febrero’, ‘ah bueno’. Entonces, cuando llegué, junté a la gente y les dije. Se pusieron contentos. Luego llegó el maestro. Llegó el Maestro Jesús Aguilar, ya era mestizo otra vez”.

La llegada de la palabra de Dios (1955)

Poco tiempo después que la escuela aparece, llega a Oxchuc, al paraje de Corralito, la religión presbiteriana. Pronto lograrían gran número de conversos, por lo que no se hizo esperar la reacción de la iglesia católica que comenzó a trabajar con empeño en el municipio. La competencia entre ambas iglesias creó división y conflicto entre las personas. Así recuerda Don Miguel los sucesos de aquellos años:

“Llegó la religión, tiene muchos años, llegó primero la religión evangélica en Corralito, y después empezaron a llegar más gentes, todos se iban para allá por miedo de la brujería, decía la gente que tenía miedo del brujo y por eso se iban para allá. Entonces vieron nuestros padres-madres y los obispos que la gente se estaba yendo a la religión evangélica, y así fue que llegó la religión católica. Llegó a Tolbilja’, empezaron los templos, empezaron los catequistas, empezaron los rosarios, empezaron los misterios”. “Tiene como 50 años que empezó la religión y como llegó la otra religión empezaron a pelearse, se dividió, por un lado se fue la religión evangélica y por otro se fue la católica, pero primero llegó en Corralito y después en Tolbilja’, ahora en la tierra ya hay bastantes religiones, Católica, Pentecostés, Sabático y Séptimo día, ahora ya hay bastantes, pero antes no era así”.

Cambios en la salud derivados de la llegada de la religión

En Cruztón la llegada de las nuevas religiones no tuvo un impacto directo sino hasta principios de la década de 1950 cuando se establece la religión católica en el lugar. Es evidente en las narraciones que la construcción de la ermita constituyó un cambio de época. Hay un antes y un después de que llega “la palabra de Dios” que no sólo hace referencia al cambio de creencias sino a lo que se considera un modo de vida mejor gracias a la llegada de “la medicina”. Así lo recuerdan algunas de las personas entrevistadas:

Doña Dominga:
“Antes decían que había diablo”. “Dicen que antes había muchos nagueles y eso no permitía que crecieran los niños, no todos crecíamos, moríamos mucho”

Esposa de Don Miguel:

"Las enfermedades que mataban eran el sarampión y tosferina, porque no había vacunas, ¿a dónde iba a haber vacunas? Si lo pasaste, bien, y si moriste, también. La calentura, tosferina y sarampión eran las enfermedades a las que les tenía mucho miedo la gente, porque era la enfermedad que mataba".

Don Tomás:

"Antes era pura enfermedad y asesinatos de los brujos. A los brujos los asesinaban cuando se enteraban que tal persona la había enfermado, quien sabía enfermar siempre tenía su enemigo"

Don Vicente:

"Antes era pulso lo que hacían los viejitos, te toman de la mano y luego te decían cual era tu pecado y si no lo decías, te daban una docena de chicote, a veces te decían 'di tus pecados, ¡jologran puta!' y si no ¡va más chicote! y a veces con eso nos curábamos, ¡gracias a Dios vivo todavía!". "Si no decíamos nuestros pecados moríamos y si decías tus pecados no morías, pero tenías que decir algo, tenías que decir que habías robado o que hiciste algo mal para que te curaras". "Pero si no decías nada, tenías que morir. Y una vez que decías tu pecado, igual el curandero toma su trago y decía '¡jologran puta!' no lo vuelvas hacer y te vuelve a pegar una docena de chicote".

Doña Ana:

"Así era antes, no había remedio. Hasta que llegó la palabra de Dios, no había remedio." "Todo – decían los viejitos– es que algo quedó pendiente, tienes pecado por eso no sanas". "Así decían, pero gracias que llegó la palabra de Dios". "Ahora ya encuentras pastillas para el dolor de cabeza, para el dolor de estomago, ahora ya no existen esos pulsadores, se acabó ese tiempo. Ahora si te enfermas ya puedes ir a buscar tu remedio y si de ahí no te curas, ni modo, paciencia, uno obedece el mandado, así está".

Don Marcelo:

"Antes nadie sabía curar, ni inyecciones, no había". "Sólo había pulsadores pero ahora ya están muertos, ya tiene mucho tiempo que no se toma el pulso, antes nadie sabía de la palabra de Dios, sólo existía el chicote y el pulso y que contaras todos tus pecados." "Pero ahora, se acabó ese tiempo, ya terminó eso, ya nadie sabe leer la enfermedad, ya se perdió esa costumbre. Ahora sí hay doctores y lugares a donde podemos ir a pedir medicina, hay clínicas. Está la clínica del Calvario [en el pueblo de Oxchuc], y está la del Tsay [un paraje cercano] ahí es donde nos dan remedio, y luego no pagamos, así nada más nos dan el medicamento".

Don Miguel:

"Antes no había doctores. Hasta que llegó la ermita. La hizo el padre José de Tenejapa junto con Don Agustín [actualmente Auxiliar de Salud de la SSA en el Barrio Centro]. Los dos hicieron la iglesia". "Entonces el padre José empezó a dar remedio, pero antes no había doctor, no conocíamos doctor antes, con pura hierba se curaba la gente antes, de calentura, tos, pura hierba tomábamos, se echaba en la cabeza, no sabíamos de doctor, no había inyecciones como ahora". "Don Agustín, fue el primero que aprendió". "Él fue el único que iba al curso en Tenejapa con el Padre Ofelia. Sufrió bastante este pobre señor, pero gracias a eso aprendió a curar y por eso es el único que sabe curar. Si no hubiera ido a los cursos, no hubiera quien nos curara". "Lo llevaron a Tenejapa para que aprendiera, así fue como llegó el remedio en Cruztón, así es como vivimos aquí". "Ya tiene tiempo, hace años. Casi comenzó junto con los rezos. Primero vino los rezos y luego empezaron a dar remedio, luego aprendió de doctor Don Agustín".

La doctrina religiosa influyó de forma inmediata en la modificación de costumbres concebidas como riesgosas para la salud dentro del conocimiento biomédico; entre ellas la costumbre de comer todos en un mismo trasto y la vida hacinada de muchas personas en un solo cuarto. Sin embargo, en relación con las creencias tradicionales y la brujería, el cambio no fue tan rápido. Don Mariano, que es un hombre joven de 40 años, cuenta que los pulsadores desaparecieron hasta los años setenta y expone claramente su opinión acerca de que el poder de los brujos radicaba en el miedo que la gente les tenía y no en que ellos tuvieran un don especial.

Don Mariano:

"Hace tiempo, cuando nací, los viejitos contaban que había quien comía almas y cuando los niños lloraban mucho y morían recién nacidos se decía que los brujos les comían sus almas. Pero ahora eso ya terminó, por que a partir de 1970 vino con fuerza la palabra de Dios, a partir de ahí se quitó eso de que comían almas, ahora ya nadie come almas. Ahora el que se enferma ya lo dejamos en las manos de Dios, porque Dios dice claro que nadie tiene el poder de comer almas, eso dice la palabra de Dios, pero antes de eso, eran los viejitos quienes curaban, luego decían que porque se habían comido el alma del que estuviera enfermo. Ahora ya no le tenemos miedo a eso, porque sabemos que no existe". "Por eso ahora cuando platicamos, los ancianos dicen que ya está mejor el tiempo, porque ya no es lo mismo cuando ellos crecieron que no había otra forma de curarse, la única curación era el pulso". "Mi abuelo me platica, él ya está bastante viejito, y él me cuenta cómo se curaban antes, que era pura pulsadera. Ahora ya no existe eso, a lo mejor hay quien lo hace todavía, pero ya lo hace por relajo o por zonso, porque ya nos dijeron que no existe. Si tú tienes miedo de lo que te dicen, entonces te enfermas, porque es tu mismo nervio que te enferma, entonces te dicen que te comieron tu alma. Pero si tú crees en Dios, nada te va a enfermar, y si te enfermas sabes que ya hay medicina que te cura y que te va a salvar. Por eso le doy gracias a Dios, a los gobiernos, a los doctores de que le echaron ganas para encontrar el medicamento de las enfermedades".

Efectos de la religión en el acceso al agua

Además de la medicina y el decaimiento de la brujería, la llegada de la ermita católica significó también, al menos para quienes vivían cerca de la escuela, mejorar su acceso al agua. Así lo recuerdan Don Miguel y Don Pedro:

Don Miguel:

"Cuando llegó el padre cambió mucho, porque vino el agua, se hizo un tanque de 5 x 10 m. Así se hizo, el primer tanque que pagaron los hermanos. El hermano Jorge fue quien pagó el albañil para que hiciera el tanque. Ya no íbamos a morir así. Todos nos juntamos para trabajar, de seis a seis trabajamos, hasta los domingos y quienes no querían trabajar lo jalamos para que todos trabajáramos, ¡vamos cabrón, acaso no tenemos trabajo, hay que ir a trabajar!, entre nosotros nos jalábamos"

Don Pedro:

"El hermano que nos ayudó, le decían el hermano Monte que venía del colegio de San Cristóbal no me acuerdo de su nombre, ¡Ah se llamaba Benjamín Monte! Él fue el que nos ayudó porque vino a

dar un curso aquí de la palabra de Dios. Estuvo un mes aquí en Cruztón y se dio cuenta que no teníamos agua, que sufríamos bastante, entonces dijo que nos iba a ayudar y no nos engañó, el hermano sí cumplió su palabra. Mandó a que vinieran a ver que lo que él decía no eran mentiras. Así fue como nos apoyaron y nos construyeron nuestra agua”.

Don Miguel:

“Antes de eso, íbamos hasta Ts'unun. Baja' era el agua de los de Tsay, y a nosotros nos tocaba Ts'unun. Y si trabajaban los hombres, teníamos que ir por la noche, y luego no había garrafas, puros cántaros”. “Así era antes, teníamos que cargar los cántaros. Cuando íbamos en las noches por el agua, teníamos que cargar nuestro ocote, eso lo encendíamos para ver el camino. Y si cuidábamos el agua, cargábamos nuestra leña, por el frío, teníamos que estar toda la noche.” “No nos podíamos bañar porque no había agua y si llovía no podías juntar el agua, cómo, si no era de lámina la casa, era de sácate, no se podía juntar el agua”. “Íbamos hasta Ts'unun”. “Sufrimos mucho antes, vi cómo sufrimos”. “Ahora los que están creciendo, ¡hay Dios están libres, ya no sufren! ¡ya no cargan agua, están libres!”.

Efectos de las instituciones gubernamentales (1951-1990)

Después de la construcción de algunas escuelas por el gobierno estatal y la constitución de Oxchuc como municipio en los años 30, sólo hasta 1950 el gobierno redobló su presencia en el municipio.

Las acciones del INI

En menor medida recordada por las personas, está la labor del Instituto Nacional Indigenista en Oxchuc. Su arribo prácticamente coincidió con la llegada de la iglesia católica a la localidad. Durante más de una década el INI fue la única institución encargada de dar atención gubernamental a las personas del municipio. El INI abrió el camino para que otras instituciones iniciaran su trabajo. Uno de los aportes más significativos del instituto fue con relación a la medicina pues mantuvo un puesto de salud en la cabecera municipal e inició, en colaboración con la Secretaría de Salud, campañas preventivas. Don Miguel y Don Domingo lo recuerdan así:

Don Miguel:

“En Oxchuc había doctor, pero en la presidencia, cuando queríamos remedio, íbamos allá”

Don Domingo:

“Cuando llegaron los primeros doctores de gobierno sólo pasaban a echar polvo al pelo, a todo el cuerpo”. “Ahí fue donde desaparecieron las pulgas, el piojo y la garrapata”. “Cuando llegaron los primeros doctores todavía no había carretera”. “La gente no quería platicar con los doctores, les tenía miedo, venían a las casas caminando”. “Pero trabajaron bien” “Antes había mucha garrapata se metía en la ropa y mordían, entraban entre los pies y los zapatos”. “Las casas eran con palitos alrededor y con palmas arriba, ahí se criaba la rata”. “Esos doctores empezaron a venir cada dos meses”. “En ese tiempo no había oficinas en Oxchuc, había una pero era pequeña”.

La construcción de la carretera San Cristóbal-Palenque

La llegada de la carretera, que pasó justo por la cabecera comunicando a Oxchuc con San Cristóbal y Ocosingo, fue otro acontecimiento clave en la vida de Cruztón. Gracias a ésta llegaron los materiales con que los padres construyeron el primer tanque de la localidad y llegarían nuevos materiales como la lámina que sustituyó a la paja en los techos de las casas. Así lo recuerda Don Miguel:

“Cuando llegué a trabajar como autoridad municipal en Oxchuc –pasé como síndico municipal en 1962, en 1963 y en 1964, mi contrato fue de tres años–, entonces era presidente el señor Juan Sántiz Gómez. En ese tiempo vinieron a medir el terreno de Oxchuc dos ingenieros [para hacer la carretera que va a Ocosingo]”. “El camino al principio llegó sólo a Huixtán”. “El primero que compró su carro fue Don Venancio, compró dos “lacandonias” [autobuses], la gente tenía que caminar hasta Huixtán para poder ir en carro, se pagaba \$3.50 de Huixtán a San Cristóbal”. “Después el que estaba de presidente de la república amplió la carretera y empezaron a venir los carros”. “Recuerdo que la carretera que llegaba a Huixtán fue en 1964, que es el tiempo que salí de autoridad, creo que es en 1966 que pasó la carretera en Oxchuc y fue hasta Ocosingo”. “La carretera la dio Gustavo Díaz Ordaz cuando era el presidente de la república. Es la misma carretera de Huixtán hasta Palenque. Catorce tractores dio Gustavo Díaz Ordaz. Así es como vino la carretera, entonces llegó la lámina”.

Otro de los cambios que coinciden con la construcción de la carretera fue el asentamiento de instituciones como la SSA y la SEP en el municipio. Así lo recuerdan Don Miguel y Don Domingo:

Don Miguel:

“En Oxchuc llegó la primera clínica, llegó el Centro de Salud, yo firmé, yo di mi sello. Porque cuando llegó no estaba el presidente municipal”. “Fue difícil, porque llegaron y me preguntaron: “¿Dónde está el presidente municipal?” Tuve que contestar en castilla [español]: ‘no está, se fue a Tuxtla’, ‘a bueno, ¿y dónde está el interino?’ me dijeron otra vez, les respondí: ‘Aquí estoy, yo soy el interino’, ‘entonces firmale aquí’, y firmé”. “Fue en 1964”. “Salió la clínica, yo firmé en ese año, me dijeron ‘toma \$10.00, por tu firma’”.

Don Domingo:

“Cuando llegó la carretera en Oxchuc fue cuando llegaron más medicamentos. Cuando pasaron los inspectores a Oxchuc y después salieron a cada comunidad. También los maestros ahí entraron a cada comunidad (el que llegaba a tercero o cuarto año ya es maestro) también los ingenieros llegaron a las comunidades”.

Educación bilingüe y empoderamiento indígena

Quizá el impacto más grande de las instituciones sería la formación de maestros bilingües, labor que inició el INI y luego continuó la SEP. Los nuevos maestros como hemos visto disputarían el poder de los mestizos del pueblo. Así lo recuerda Don Miguel:

En Oxchuc eran puros mestizos, no había ningún campesino, no había ningún maestro campesino, puro mestizos vivían ahí. Después empezó a llegar nuestra gente campesina, los empezaron a

correr, tuvieron miedo los mestizos y se empezaron a ir. Empezaron los mestizos hablar por tocadiscos, decían que iban a llegar los campesinos y que los iban a matar, ¡ya no dormían del miedo!, mejor se fueron, vendieron sus casas, por eso ahora los que viven ahí, ya son puros campesinos". "Entonces empezaron a salir los primeros maestros de nuestra gente y yo creo que ya tienen dinero, por eso ya viven en Oxchuc".

Los conflictos recientes y el escenario actual (1988-2004)

Después de que por fin, en la década de los 80, los maestros indígenas recuperaron su territorio en el pueblo, comenzó una nueva etapa en la lucha por el poder. Esta vez los maestros indígenas se dividieron en dos facciones antagónicas que luchaban por prevalecer en la presidencia municipal. Fue una época violenta que Don Pedro y Lety recuerdan así:

Don Pedro:

"Fui comité de educación, secretario, pasé de comité. ¿No sé si lo viste [se dirige a Lety] o dónde estaba tu casa en la época de los charros?, ya tiene años no me acuerdo cuantos; era un problema entre maestros, era en la época en que se molestaban en Cholol, que fueron a quemar las casas del Tsay. En esa época era yo comité".

Lety:

"En el 88-89 maestros democráticos y charros se peleaban por el poder. Unos desnudaban a otros, los rasuraban, se agarraban a pedradas, quemaban casas. Mi papá era agente auxiliar, lo mandaron a quemar casas al Tsay. Eso terminó en la época zapatista muchos se aprovechaban, detuvieron a los dirigentes.

Actualmente los conflictos entre maestros han aminorado. Cruztón quedaría del lado de "los charros", la corriente magisterial de derecha. Esto, al llegar los partidos políticos en los 90, significó que la localidad sería fiel al PRI, algo que muy probablemente influyó en el acceso privilegiado que ha tenido a obras de mejoramiento por parte del municipio. Así, con la labor de gestión del director de la escuela, – cargo que en todo Oxchuc se ha dado a los maestros liderazgo político en las localidades y que constantemente se convierte en objeto de conflicto entre ellos– llegó la brecha a la localidad y se construyeron nuevos salones para la escuela. Pero el logro de servicios para la localidad aumentaría de mediados de los 90 en adelante, pues con el surgimiento del Zapatismo y la renovación de las políticas gubernamentales hacia la población marginada, Cruztón entraría en un proceso rápido en el cual se obtendrían apoyos gubernamentales para diferentes obras. Entre éstas, llegó la luz por medio de paneles de captación solar,⁸³ pero quizá lo más significativo es el mejoramiento del acceso al agua con la construcción de 8 pozas de almacenamiento pluvial y la implementación del Programa Oportunidades

⁸³ La luz llegó hace unos años a todos los barrios por medio de paneles de captación solar cuyo poder se limita a mantener focos y unos pocos aparatos eléctricos cuando no son días nublados. La luz por cableado eléctrico sólo llegó hace tres años al barrio centro y hoy los barrios aledaños la están gestionando.

(llamado Progresha hace 5 años) que otorga apoyo económico a las familias para mejorar la alimentación, la educación y la salud. Así narran algunas de las personas de la localidad los sucesos recientes y el papel de las pláticas de Oportunidades en su vida.

Don Vicente:

"Ahora, gracias a Dios que nos ayudó mucho, ahora es puro remedio con los doctores". "Ahora ya no somos nosotros los que nos enfermamos, porque ya existen pláticas, nos dicen lávense, báñense, laven bien sus trastes y gracias a eso ya no hay tantas enfermedades como antes. Antes había muchos que se enfermaban de diarrea, de dolor de estómago, pero por lo mismo que no se hervía el agua y luego no había agua, teníamos que ir a esperar el agua del Bulux, de los pozos de piedra (okoch), tomábamos agua llena de gusanos. Pero gracias al gobierno que nos puso la olla de agua y a que los doctores nos dicen, báñense, lávense, miren sus hijos, gracias a eso hemos podido vencer un poco la enfermedad. Ya es de nosotros si queremos obedecer. Ahora a veces ya no mueren por enfermedad, sino por accidente de carro".

Don Pedro:

"Cuando vino el ingeniero hace unos años, nos pidió que escogiéramos lugar para construir la 'olla de agua'. Nos dijo que si queríamos lo iban a hacer allí, entonces le hablamos al dueño del terreno diciéndole que era para nosotros, para nuestros hijos, que si él daba su terreno, nuestros hijos ya no iban a sufrir lo mismo que nosotros: 'Ya te diste cuenta que hemos sufrido por el agua y que siguen sufriendo los que no quisieron trabajar [se refiere a que unos años antes se entregó material para hacer pilas en las casas pero los que no quisieron trabajar desaprovecharon la oportunidad y luego se arrepintieron] y si no construimos este tanque así nos van a hacer como los demás ya no nos los van a dar y vamos a seguir sufriendo, es mejor que nos des tu terreno". "Y así se logró el lugar, se hizo el papel y firmó así se construyó en el terreno de Don Martín, él fue el que donó el terreno. Ahora ya estamos bien y él es el que le sirve más el agua porque es quien está más cerca del tanque. Ahora sí ya nos podemos bañar es como dicen los encargados de Oportunidades que nos bañemos que barramos nuestra casa, ahora sí ya lo podemos hacer porque ya hay agua. Ya es nuestra 'zonsera' si no nos queremos lavar la cara, porque ya tenemos agua".

Don Domingo:

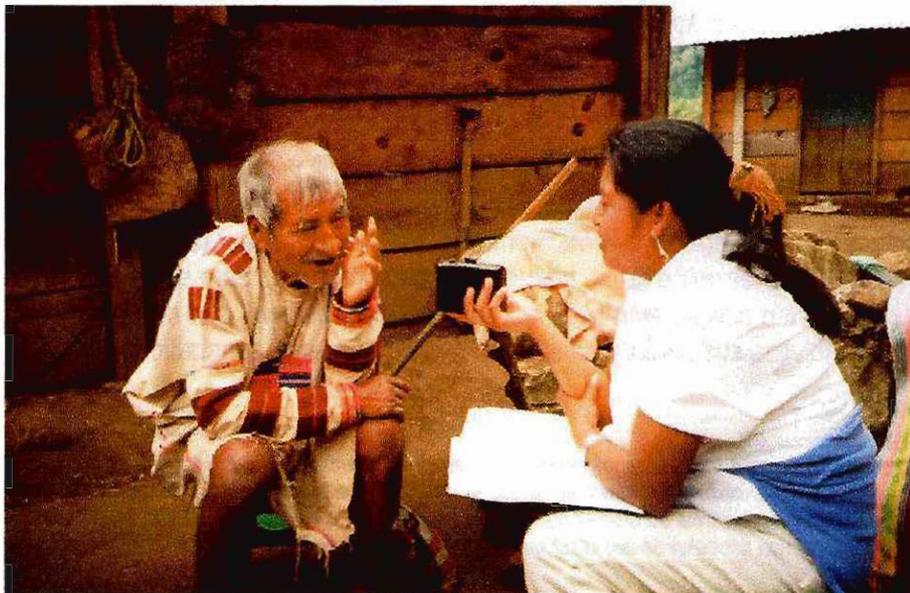
"Gracias a los señores que están trabajando allá en Oxchuc, ya tenemos ollas de agua, y también ya tenemos casa en donde dormir no es como antes que vamos a dormir juntos toda la familia en un cuarto, y gracias a quienes están trabajando allá en la ciudad ya hay escuela, clínica, gracias al Señor. Ya queda de cada quien, que los jóvenes que no quieran estudiar porque ahorita aquí ya hay escuelas cerca".

En cuanto al ámbito religioso, en la actualidad convive una mayoría católica con una minoría de presbiterianos sin aparentes confrontaciones. Como vimos muchos elementos cambiaron con la llegada de la religión católica en los 50, sin embargo hubo elementos que se conservaron y hoy constituyen parte importante de la vida de Cruztón. Uno de ellos son los rezos a la manera tradicional que se realizan en lugares sagrados y como recurso terapéutico para pedir a Dios en caso de que una enfermedad no se vaya con el uso de medicinas. Así lo comenta Don Mariano:

"Aunque hay parte de nuestras costumbres que no han terminado por completo, porque cuando un niño está llorando y llorando muchos dicen que lo curan con huevo. Yo no lo hago así. Lo que sí les hago es el yomel. Se busca a un señor que sepa rezar y se trae a la casa. Él le hace una consulta. No cura así nomás, primero lo consulta para ver si no está enfermo de espanto, les toma el pulso para ver si no está espantada su alma o la ha perdido. Esto sí lo he visto que lo han hecho, porque también mi papá sabe curar, el papá de mi papá también y él es el que ha curado a mis hijos, nada más que ahora él está bastante viejito. Mi niño que ves allá él me lo curó. Mi hijo ya estaba grande cuando se enfermó, ya tenía tres años, primero le di que lo inyectaran, puse mi corazón con él, pero no se curó". "Se curó hasta que le hicieron el yomel. Cuando uno no se cura con el medicamento de los médicos es porque quiere que te hagan el yomel"

Para terminar esta historia debo señalar que uno de los cambios que se han derivado tanto de la influencia religiosa como gubernamental ha sido la posibilidad que han tenido algunas personas de Oxchuc de enriquecerse aún cuando a principios de siglo no había grandes diferencias socioeconómicas. Así lo contó la esposa de Don Miguel cuando me despedí de ellos habiendo terminado la entrevista.

"Así es señor, esto es lo que nosotros hemos vivido, porque antes no había doctor, eso fue lo que nosotros vimos. Ahora podemos vivir en el pueblo, con toda la gente. Ahora hay quienes tienen más y hay quienes somos muy pobres, como yo, que no tengo dinero, mira como es mi casa". "Así es señor, perdona si está bien o mal mi plática, gracias por venir a platicar con mi esposo, porque él sí vio como surgió Cruztón".



Don Marcelo contando la historia de Cruztón a Lety

ETNOGRAFÍA GENERAL⁸⁴



Foto del Barrio Centro, lugar en que llegó la escuela en 1935

Crustón y sus barrios

La localidad de Crustón registró en el 2003 una población de 1668 habitantes.⁸⁵ Tal población se distribuye en 11 barrios que se nombran según el cerro en el que se encuentran las casas o por cercanía de éstas a una formación natural importante. Los nombres de los barrios son: Centro o Cruztón, Mukok, Cot, Natilwitz, Xuktawitz, Kanteal, Snajalaw, El Pozo, Temash, Elumiljá y Balaxil.⁸⁶ En promedio cada barrio cuenta con 30 familias. Arriba se muestra la imagen del Barrio Centro cuando se llega por el camino de tierra. En él se encuentra la “Escuela Primaria Progreso”, una de las 3 ermitas católicas, la agencia municipal, la casa de Salud de la SSA, el aula de pre escolar,⁸⁷ la tienda comunal DICONSA,⁸⁸ cinco tiendas pequeñas –en las que se vende refresco, dulces, galletas, frijol, pastas, arroz, azúcar, huevo, pilas, útiles escolares (libretas, lápices, sacapuntas y lapiceros) y algunos enlatados como chiles en vinagre–, una farmacia –atendida por el Sr. Agustín Kulub, que tiene más de 50 años de experiencia como enfermero–, una cancha de básquet en la que diariamente se dan cita jóvenes y señores de los diferentes barrios para jugar y pasar el rato, y uno de los tres templos prebiterianos, éste aún pequeño, pues ha iniciado sus actividades apenas hace dos años.

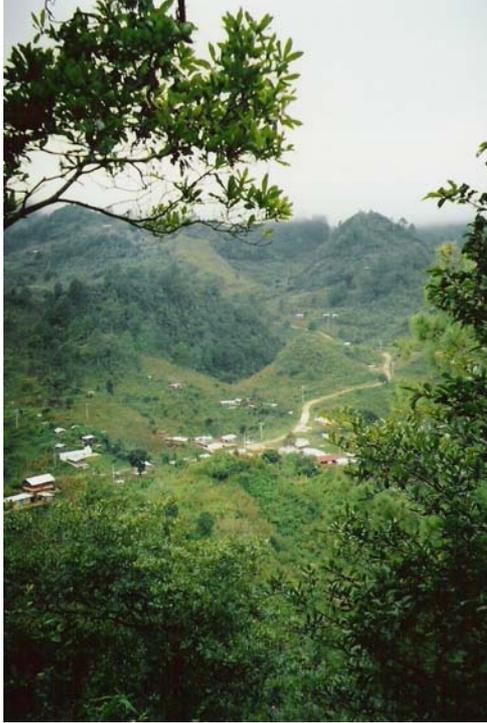
⁸⁴ Dado que la etnografía se presenta principalmente a través de fotos, me permití alterar –en esta sección y en parte del capítulo 4, donde continua la etnografía pero referida de forma específica al tema de la salud– el formato del texto. Cada foto tiene su título al pie. Las descripciones y comentarios etnográficos los presento a espacio sencillo y en un tamaño de letra menor al texto de los otros capítulos. En algunos casos es propiamente un pie de foto, pero en la mayoría constituye un texto que se relaciona con las fotos, aunque no se refiere a ellas de forma específica.

⁸⁵ Este dato lo tomé del “Concentrado de cédulas de Microdiagnóstico Familiar” que realizó la SSA en el 2003, en el 2002 hubo 1686, lo cual significa que –cualquiera sea el motivo– hay 20 personas menos viviendo en Crustón. Según el XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), la población total de la localidad en el 2000 fue de 614 habitantes, lo que muestra un evidente subregistro; seguramente solamente sólo pudieron censarse las casas cercanas al barrio Centro.

⁸⁶ Natilwitz significa “cerro alargado”, Xuktawitz significa “a la orilla del cerro”, Kanteal lleva ese nombre por un árbol que existe en la localidad, Snajalaw significa “casa del tepezcuintle”, Temash significa “árbol del mono”, y Balaxil “lugar donde hay mucha cáscara de pino.

⁸⁷ Este cuenta con muy pocos alumnos, unos 15, casi todos del Barrio Centro. Para los pequeños de otros barrios es prácticamente inaccesible debido a la distancia.

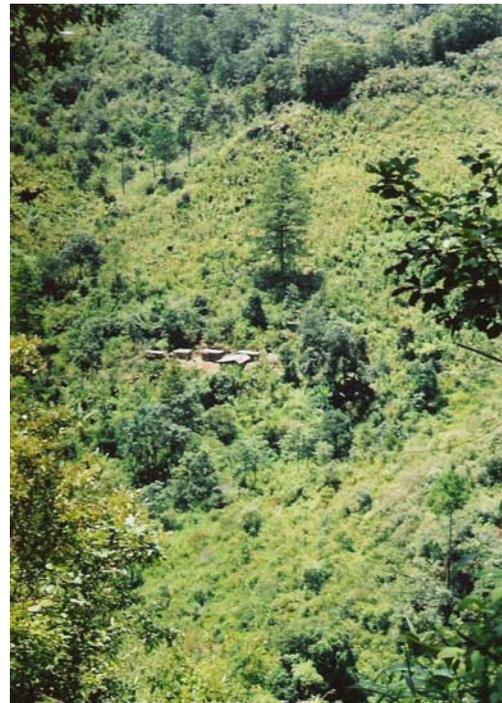
⁸⁸ Es una tienda que expende productos básicos, cuyo precio es un poco menor al de las tiendas normales ya que se encuentra subvencionada por el estado.



Vista de Cruztón, Barrio Centro desde el cerro Xubtawits

Acceso a la localidad

El camino de terracería por el que se llega de Oxchuc a Cruztón, desemboca en el Barrio Centro donde finaliza. El tiempo que hace la camioneta en que llegan los maestros cada mañana es de alrededor de una hora. En este lapso los tripulantes no dejamos de ser sacudidos ante el mal estado del camino. A partir de ahí, para llegar a los otros barrios, se tiene que caminar por veredas inclinadas y pedregosas –de 30 minutos a 2 horas según la distancia en que se encuentre el barrio al que nos dirijamos–.



Vista lejana de una casa en Cruztón

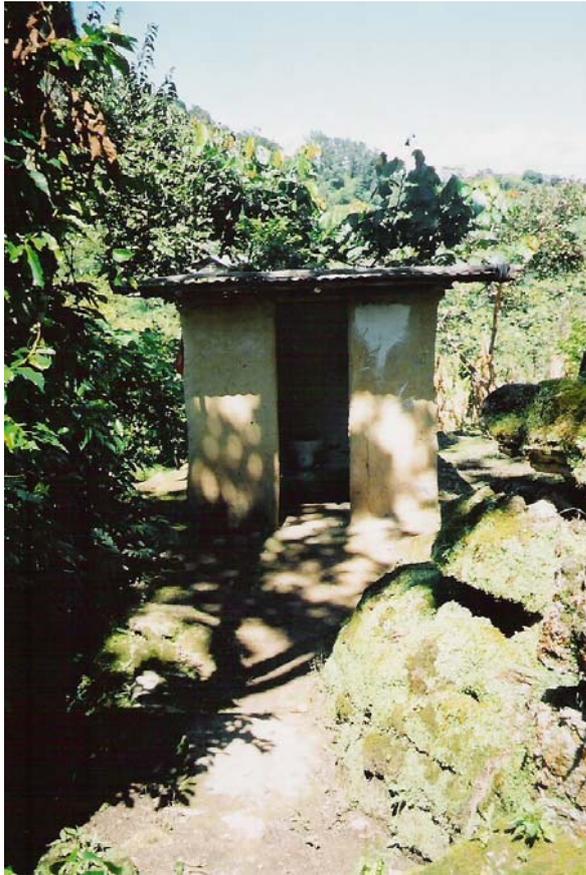
Patrón de asentamiento

En el Barrio Centro varias de las casas se encuentran en las proximidades de la escuela formando una colonia “compacta” (arriba). Sin embargo, a medida que uno se aleja caminando del lugar, comienza a apreciarse que la mayor parte de la población de Cruztón vive de forma diferente. Las casas se encuentran dispersas en las laderas de las montañas, de modo que a veces se tiene que caminar hasta diez minutos de una casa a la del vecino más cercano.

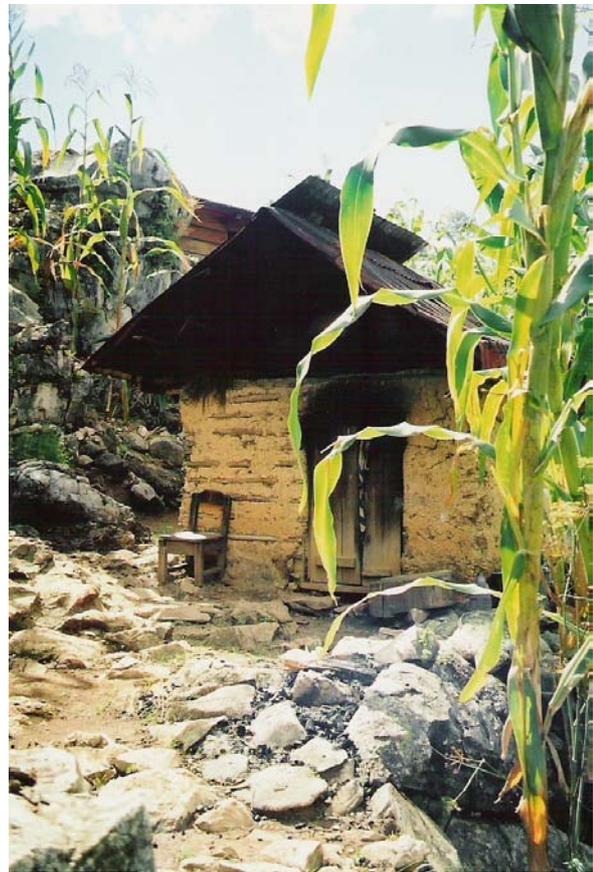
Espacio doméstico

Las casas se construyen de madera de pino y techo de lámina. Cuentan con uno o dos dormitorios,⁸⁹ una cocina, un baño de vapor y una letrina. Pocas casas tienen piso de concreto. Generalmente tienen un tinaco de plástico para almacenar el agua de lluvia. Sólo en los barrios de Cót, Balaxil y el Centro se cuenta con cableado eléctrico. Las casas de los demás barrios, utilizan el sistema de paneles solares, que almacenan la energía de la luz del día en acumuladores automotrices.

⁸⁹ Las familias más pobres usan un mismo cuarto para cocinar y dormir. Las familias prósperas cuentan con un dormitorio para los padres y otro para los hijos.



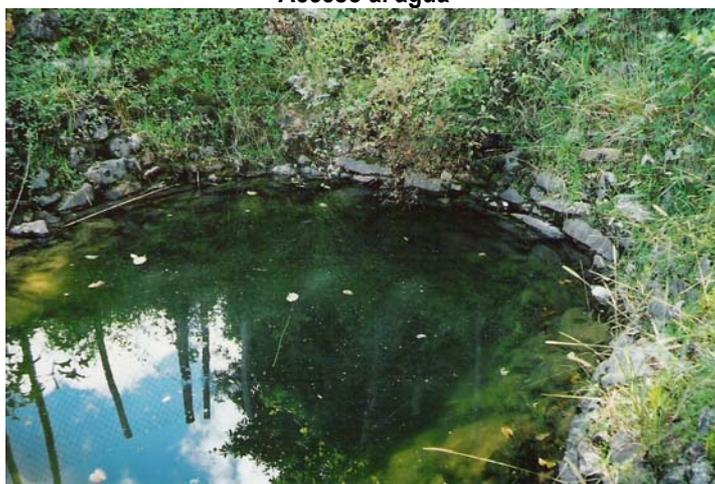
Letrina



Pus (Temascal)

A parte del dormitorio y la cocina, las casas de Cruztón cuentan con una letrina y un baño de vapor que se conoce como *Pus*. La primera es una introducción reciente en la que ha influido determinadamente el Programa *Oportunidades* y que ha servido para mejorar la salud ambiental de la comunidad. El segundo forma parte de las costumbres heredadas desde la época prehispánica, se usa para bañarse y relajarse tras un día de trabajo o con fines terapéuticos: luego de que han parido las mujeres y en la atención de algunas enfermedades. Más adelante cuando describamos las actividades cotidianas aparecerán más detalles sobre espacios domésticos como la cocina, el dormitorio y el temascal.

Acceso al agua



Ojo de Agua del Barrio Elumilja

En Cruztón no hay fuentes de agua corriente. El Barrio Centro tiene un pequeño ojo de agua llamado *Bulux*, al que hace décadas la gente acudía. El agua era tan escasa, que requería esperar mucho rato para que el manantial se recuperara y lograr llenar un cántaro.⁹⁰ El Barrio Kanteal tiene un nacimiento de las mismas características. Sólo en el Barrio Elumiljá las personas cuentan con tres ojos de agua que, hasta la actualidad, tienen suficiente líquido para abastecer a sus habitantes.



Cueva cercana al Barrio Cot

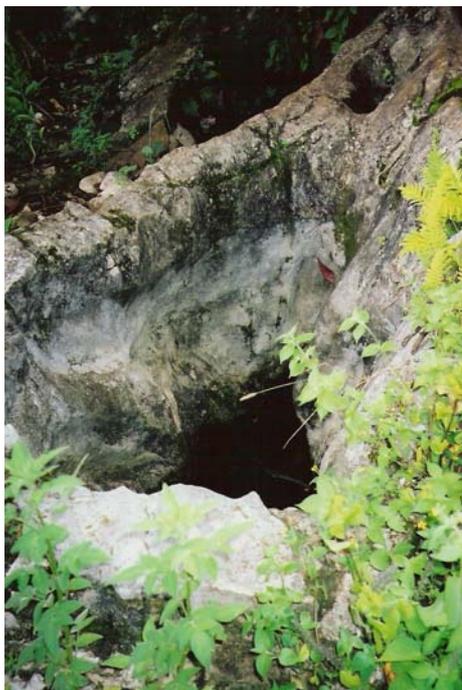


Ech'

Las cuevas son otro de los lugares naturales en los que en el pasado se buscaba agua. Su capacidad era muy limitada. En ellas el agua gotea y forma pequeños charcos. Se puede dejar una cubeta y volver más tarde cuando haya llenado; algo que beneficiaba a las familias que tenían su casa cerca. En la actualidad no se usan.

Esta planta, que abunda en las montañas, almacena agua de lluvia en medio de sus hojas. Para obtenerla se hace una incisión en la parte baja y se atrapa en algún recipiente. Según se cuenta, hace tiempo, de ahí se tomaba el agua para los quehaceres. Hoy es una opción para saciar la sed cuando se viaja por los caminos.

⁹⁰ La gente relata que, en aquellos años, tenían que formarse y esperar la noche entera para obtener sólo un poco de agua.



Okoch en el Barrio Natilwits



Okoch en el Barrio Xubtawits



Okoch en una casa del Barrio Kanteal

Se le llama *okoch* a las pilas que se forman entre las rocas y que almacenan agua de lluvia de manera natural. Anteriormente eran una buena opción para buscar agua en la estación seca. Actualmente algunas familias cuentan con un *okoch* en el terreno de su casa, por lo que aún les es útil como provisión cuando el agua escasea.



“Olla Agua”
del Barrio Kanteal



Familia junto a
su Rotoplas

Cruzón cuenta con 8 “ollas de agua” o pozas de captación pluvial. Estas se ubican en los barrios Centro, Mukok, Kanteal, Snajalaw, El Pozo, Temash, Balaxil y Natilwits. Todas ellas fueron construidas entre el año 98 y el 2000 por la Comisión Nacional del Agua. A la distancia, las ollas de agua se asemejan a una alberca. Su función consiste en retener las lluvias gracias a que el fondo está recubierto con una capa plástica que evita la filtración,⁹¹ de esta manera, las familias pueden acudir a ellas para abastecerse durante la época de secas (entre los meses de marzo y junio).⁹² Durante los meses lluviosos, las familias no carecen del líquido gracias a que captan el agua que cae sobre los techos. Este sistema, que se comenzó a difundir en los años 90, consiste en enviar el agua de lluvia por una canaleta hacia pilas construidas de piedra y cemento o a tinacos de plástico que recientemente el municipio les ha ayudado a conseguir.

⁹¹ Al parecer, el municipio brinda periódicamente el cloro necesario para que el agua se mantenga potable.

⁹² Aun ahora, en la época de secas muchas familias requieren caminar grandes distancias para llegar a la “olla”. Sin embargo, hace unos años, la dificultad era doble. Algunos comentan que cuando el agua del Bulux se acababa tenían que ir hasta parajes sumamente alejados como Ts’unun y el Tsay, donde conseguían sólo uno o dos cantaros del líquido.

Entorno Natural



Cerro en el Barrio Kanteal

La necesidad de terrenos para sembrar ha hecho que en Cruztón los bosques se hayan reducido. Los pocos terrenos boscosos que aun quedan se concentran en los terrenos más escarpados.



Cerro Xuktawits

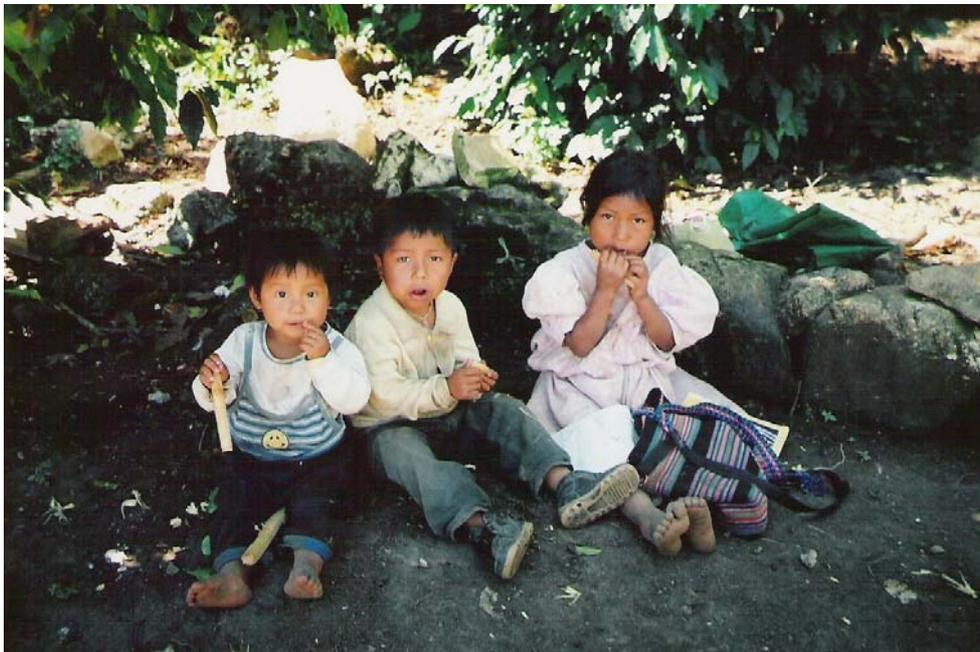
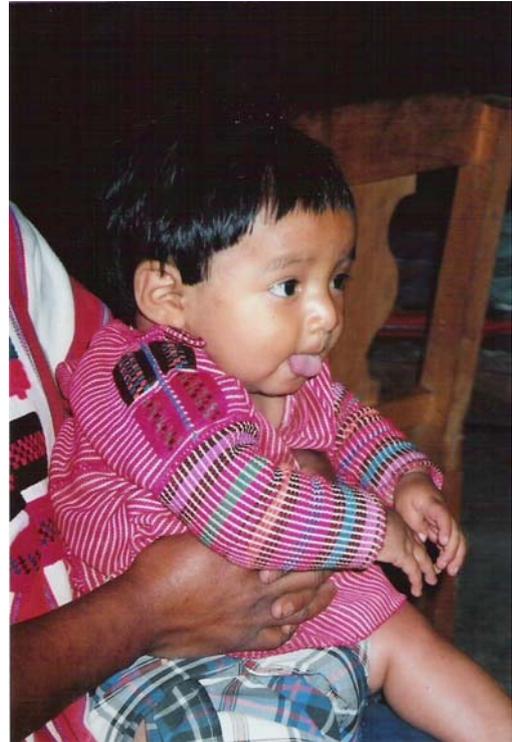
Este cerro es una de las reservas de madera que existen. Aun así, en él se aprecia como la necesidad de espacio para la agricultura ha hecho que el bosque pierda terreno.



Paisaje cercano al Barrio Temash

En Cruztón la mayor parte del terreno es escarpado, por lo que se siembra donde se puede y a menudo las matas de maíz de las milpas crecen entre piedras. Además de la presión sobre la tierra, los bosques son mermados por la necesidad de leña y madera para construir casas.

Personas y vida familiar

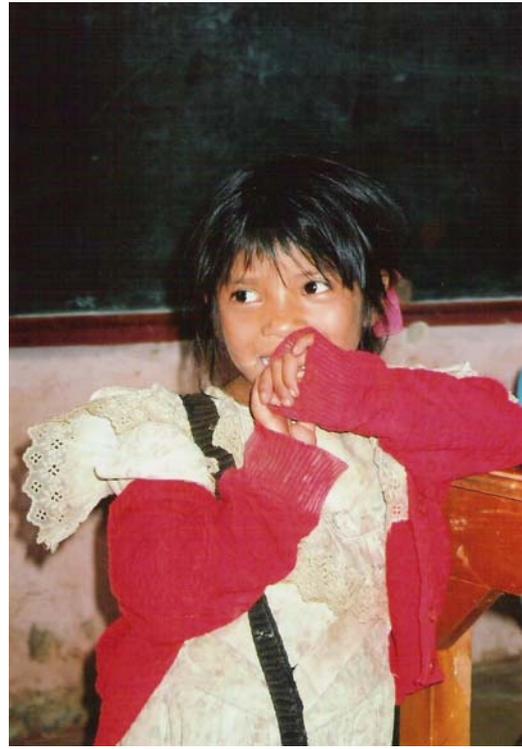


Alaletik

En tseltal a los niños pequeños se les llama *Alal* que pluraliza como *alaletik*. Los pequeños de la foto de abajo disfrutaban de una jugosa caña (*wale*), ésta se cultiva en pequeñas cantidades (sólo para autoconsumo) en los campos cercanos a la vivienda.



Pequeña junto al fogón



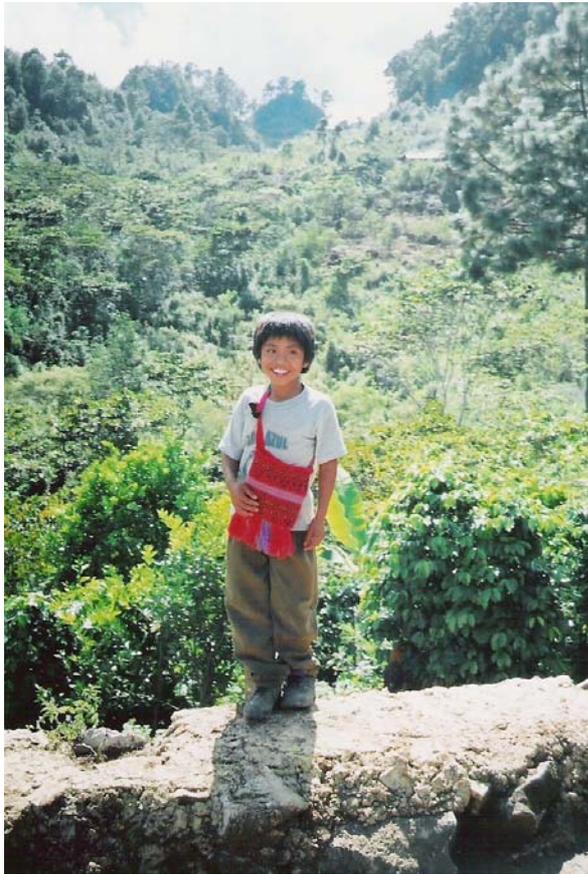
Pequeña en la escuela



Niña del Barrio Elumilja



Niña del Barrio Centro



Niño de Kanteal



Niño de Temash

Rol de niños y niñas

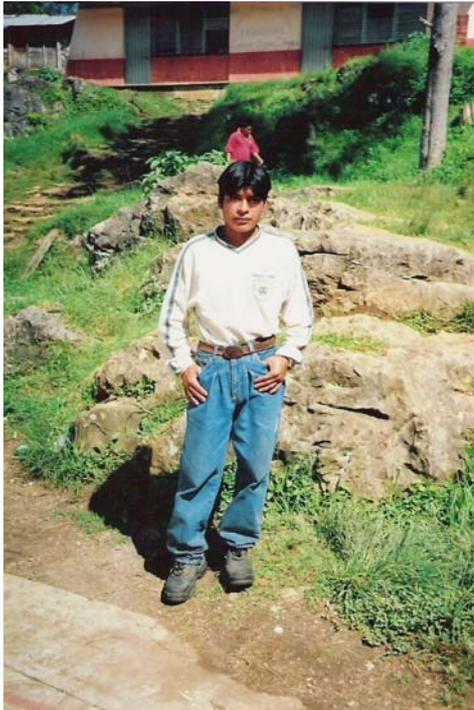
Los niños y las niñas de Cruztón desde muy pequeños –aun antes de ingresar a la primaria– colaboran con los trabajos domésticos. Acompañan a sus papás a la milpa, desgranar maíz, desvainan frijol, entre muchas otras cosas que aprenden a manera de juego, pero bajo el imperativo de la necesidad y el deber familiar.

Niña del Centro

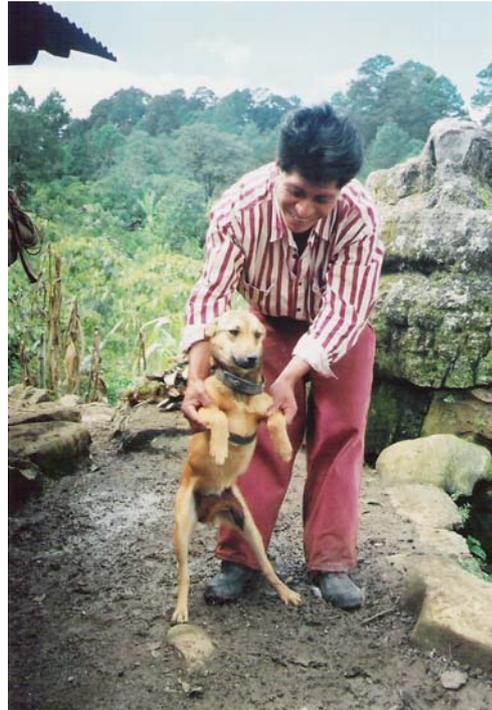


Niña de Elumilja

En el caso de las niñas el trabajo parece mucho más pesado. Niñas como las que arriba se presentan (las cuales cuentan con seis y siete años de edad) tienen la responsabilidad de hacerse cargo de los bebés la mayor parte del día. No puedo afirmar que esta carga de trabajo las incomode, pues se divierten con su hermanitos y juegan mientras los cuidan, sin embargo, la gran carga de trabajo que tienen desde pequeñas, así como los múltiples partos, explicarían mi impresión de que, en la edad adulta, las mujeres siempre aparentan más edad de la que realmente tienen.



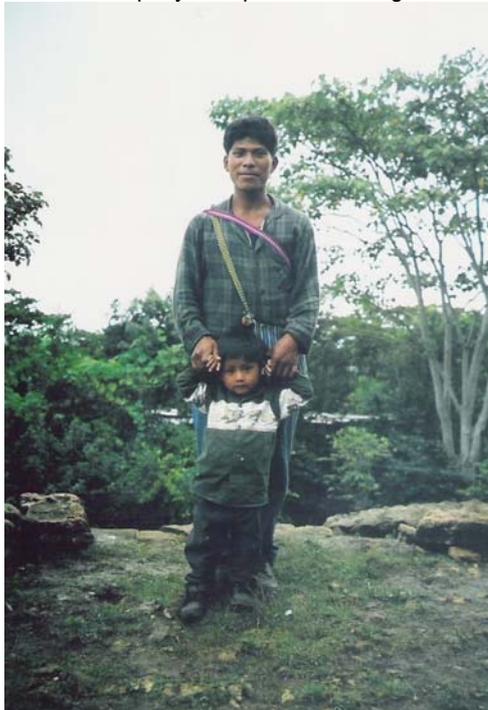
Joven del Barrio Centro



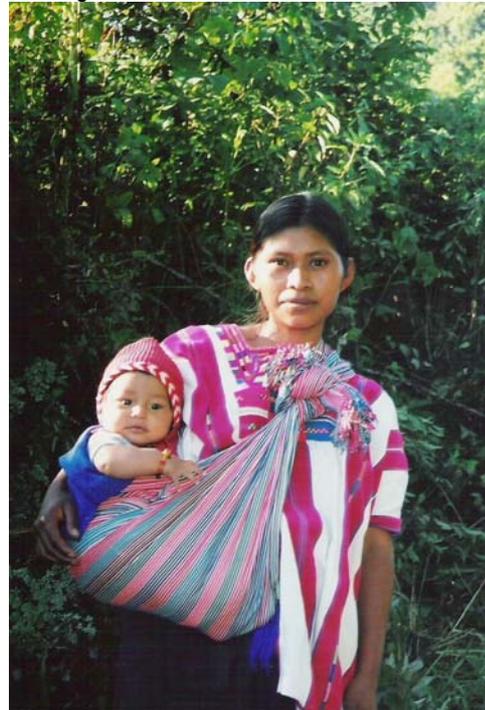
Joven del Barrio Xuktawits

Rol de los jóvenes

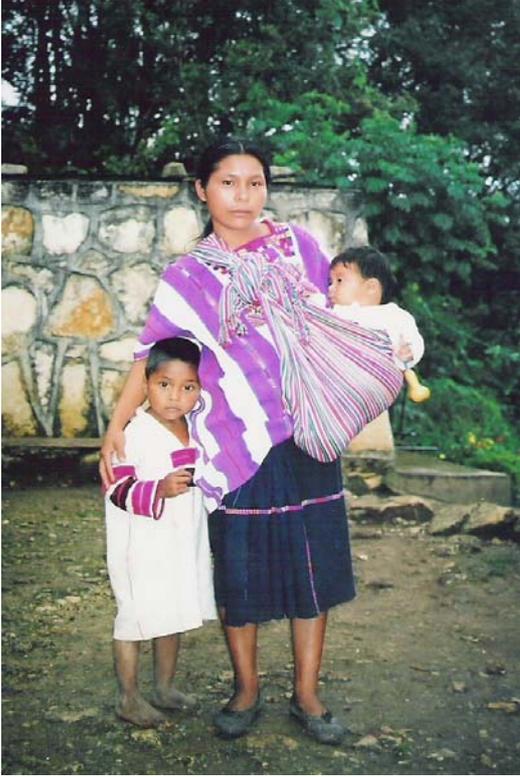
Los jóvenes que aún no se han casado ayudan en el trabajo de la milpa y en la búsqueda de leña. En la actualidad muchos jóvenes entre 12 y 17 años, mujeres y hombres, estudian la secundaria y la preparatoria en Oxchuc y las ciudades cercanas gracias a las becas que reciben del programa Oportunidades. Los jóvenes que no estudian o ya se casaron tienen que migrar temporal o definitivamente en busca de trabajo. Muchos de ellos se me acercaron con la expectativa de que yo les pudiera conseguir trabajo en mi lugar de origen.



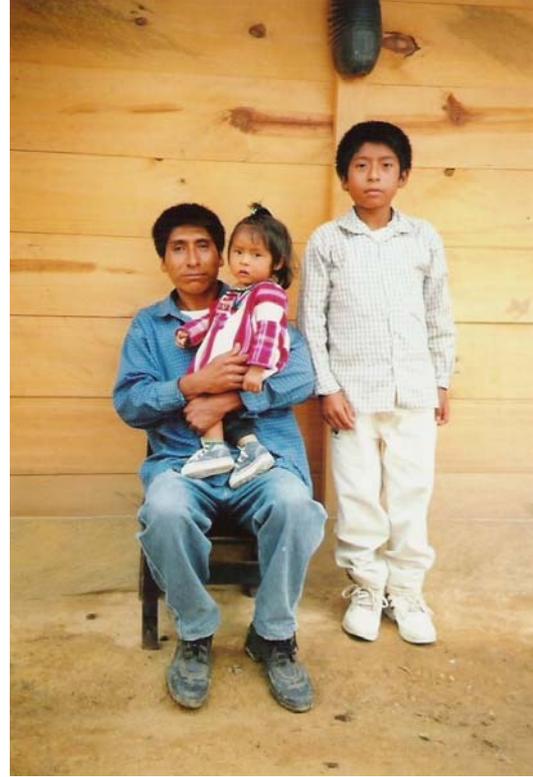
Winik (hombre) Barrio Snajalaw



Ant (mujer) Barrio El Pozo



Mujer con dos de sus pequeños Barrio Snajalaw



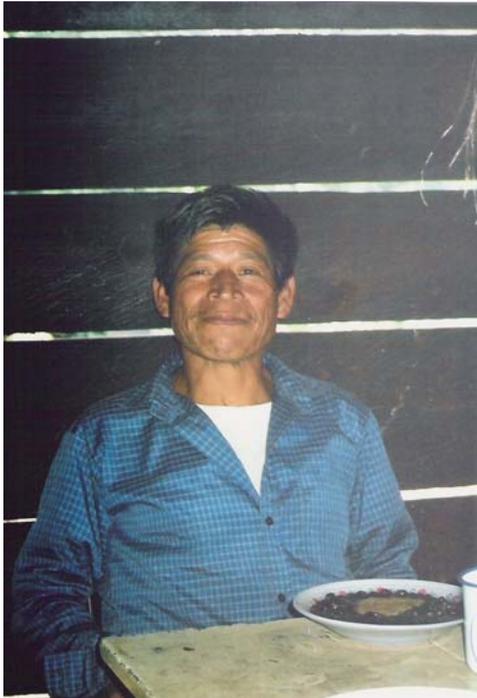
Hombre con dos de sus hijos Barrio Kanteal



Familia Barrio Mukok

Roles del hombre y de la mujer

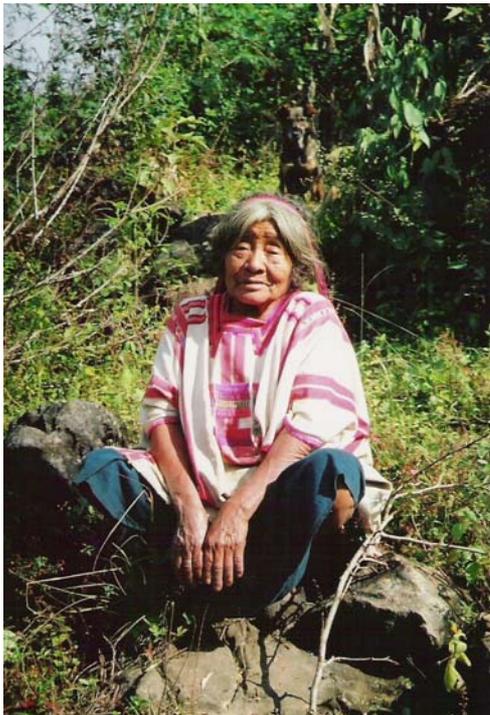
Desde el nacimiento se valora más la llegada de un hombre que de una mujer. Dentro de la familia la mujer está subordinada al hombre que es quien se reconoce como autoridad en la toma de decisiones. Al hombre se le asocia con los trabajos del campo y los oficios que requieren de fuerza y a la mujer se la asocia con las labores domésticas. En la práctica ellas también trabajan en las labores del campo. Más adelante en el apartado "Vida cotidiana" profundizaremos sobre el tema.



Mamtik (Señor) Snajalaw



Yametik (Señora) Natiliwits



Yame (Anciana)



Mam (Anciano)

Rol de los ancianos

Los ancianos trabajan por igual hasta que sus fuerzas se lo permiten. Tradicionalmente se les debe respeto y obediencia, pero esto no es necesariamente real en la práctica. Cuando el anciano queda desvalido generalmente queda al cuidado de alguno de los hijos. Su situación es difícil, pero lo es aún más cuando, por alguna circunstancia, no cuentan con redes de apoyo familiar.

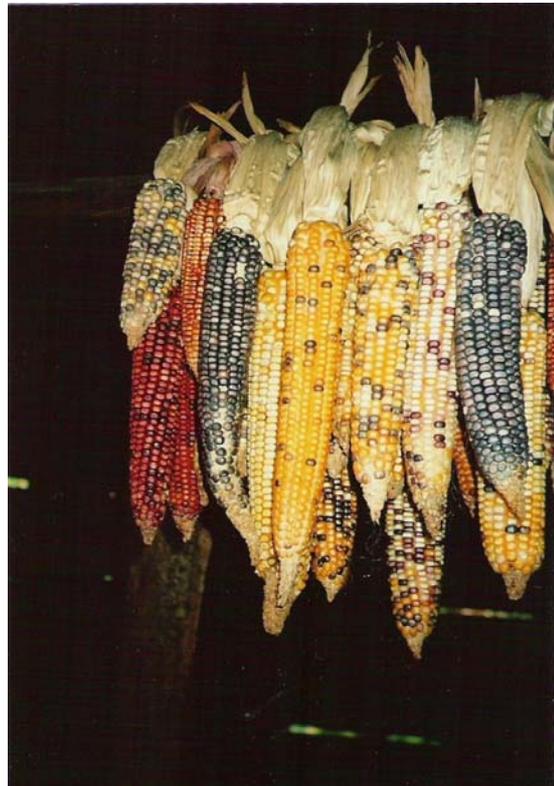
Subsistencia

El cultivo del maíz

La vida de Cruztón gira en torno al maíz (*ixim*), que es la base de la alimentación. Se llama *k'altik* a los terrenos sembrados de maíz. En éstos se producen al mismo tiempo otros productos básicos en la dieta como son el frijol (*chenek*), el chilacayote (*mail*) y la calabaza (*ch'um*).⁹³



K'altik
(Milpa)



Ixim
(Maíz)

Las mazorcas de maíz que se muestran en la fotografía fueron seleccionadas por el Sr. Pedro Sántiz Gómez para la siembra del 2004. A lo largo del año el maíz se prepara y se come de diversas maneras. Cuando es tierno –el elote: *ajan* en tseltal– se come asado, hervido o preparado como tamal; cuando madura, la semilla –cuya provisión no debe de faltar durante el año– se hierva con cal, se muele, y la masa resultante se usa principalmente para preparar tortillas (*waj*) y pozol (*mats*), ambos alimentos se consumen diariamente.

⁹³ Algunas personas usan un químico industrial para deshierbar, en este caso la producción de la milpa se limita al maíz.



Matas de café puestas a la sombra para luego sembrarlas



Vista de un cafetal en el Barrio Snajalaw

El cultivo de café

En la mayor parte de los barrios de Cruztón se produce café en pequeñas cantidades, generalmente sólo para el autoconsumo; sin embargo, en los barrios de Kanteal, Temash, El Pozo y Snajalaw, por su posición geográfica más próxima al valle de Ocosingo es posible producir café para vender. Para estos barrios, –a pesar de que el precio internacional se mantiene bajo, y que por ello el producto se les paga muy barato– el café es un recurso sumamente importante. Tener un cafetal pequeño es un privilegio que les permite obtener un poco de dinero sin tener que contratarse como peones de otros. Sin embargo se le debe invertir mucho trabajo.

Actividades complementarias



Hortaliza



Me'mut (Gallina)

Algunas familias complementan su dieta con los productos que obtienen de sus hortalizas domésticas. Entre las verduras que cosechan están el jitomate, la papa, la zanahoria y el repollo.

En una localidad donde hay pocas fuentes para obtener dinero efectivo, la cría de gallinas y la producción de huevo para su venta en el mercado es un recurso importante⁹⁴.



Narax (Naranja)

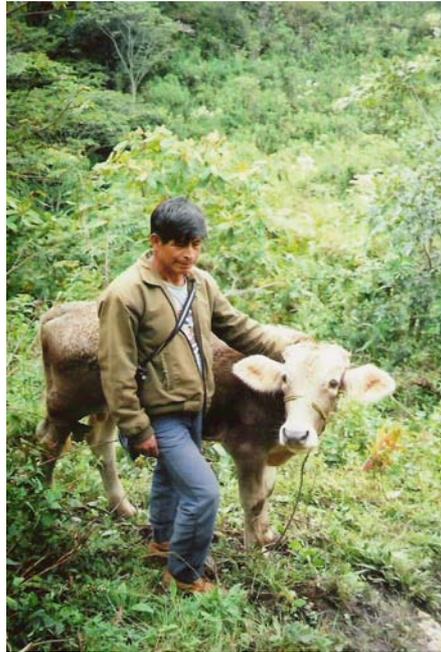


Xux (Panal)

Alrededor de las casas crecen diferentes tipos de árboles frutales. Entre estos pude observar árboles de manzana, guayaba, durazno, mispero, capulín, guanábana, limón, naranja y aguacate.

Algunas familias cuidan panales en sus casas para consumir su miel. En las cercanías, también crecen enredaderas de chayote, de ellas se consume la raíz, (cueza) y el propio chayote (*Ch'umte*).

⁹⁴ Las gallinas contribuyen a la dieta más por el huevo que producen que por su carne, que se consume sólo en ocasiones especiales. El huevo, aunque no diario, se consume con frecuencia (tal vez 3 veces por semana).



Wacax
(Toro)

La carne de res es uno de los alimentos más apreciados en Cruztón, sin embargo, dada la escasez de recursos monetarios, se come casi exclusivamente durante las fiestas. Son pocas las que tienen las condiciones para comprar un toro. Las personas que pueden, lo cuidan hasta que han encontrado un número suficiente de interesados en comprar la carne. Entonces lo matan.



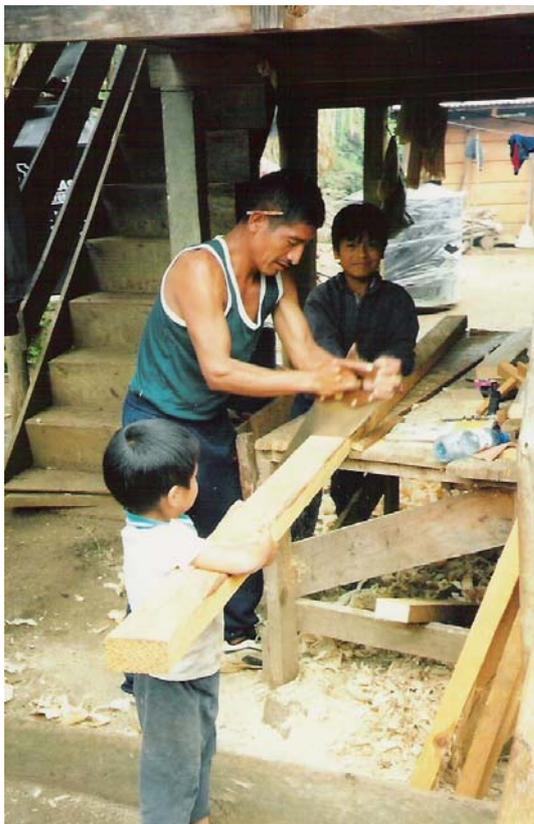
Chuch (Ardilla)



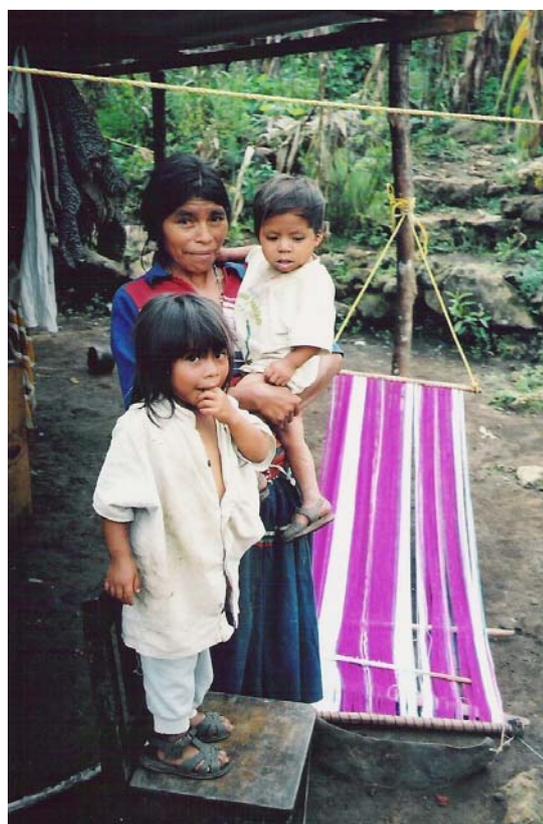
Ba (Tuza)

La carne de algunos animales silvestres –como la ardilla, la tuza, el ratón de monte y el armadillo– es muy apreciada. Cuando caminan por las veredas, los hombres van atentos con sus tirapiedras por si tienen oportunidad de cobrar alguna presa. También se colocan trampas en las milpas o se organizan cacerías con escopetas. Dado que las presas son pocas, la caza no contribuye de manera abundante en la dieta. Ir de caza parece ser una manera de pasar el rato y estrechar lazos de amistad entre los hombres.

Oficios



Marcelino y sus hijos
trabajando en la carpintería



Doña Margarita
sus pequeños y el telar

Algunos de los habitantes de Cruztón tienen mejores condiciones económicas gracias a que aprendieron algún oficio como la carpintería o la albañilería. Marcelino se dedica a la carpintería y contrata a otras personas para que le trabajen su milpa.⁹⁵ La artesanía no es buena opción económica en la localidad, Doña Margarita venderá su tejido sólo si alguien la busca y se lo pide, si no, ella misma lo usará.

⁹⁵ La mayor parte de la población de Cruztón, en la época de sembrar, se contrata para trabajar la milpa de otros que tienen más terreno o que por dedicarse a otras ocupaciones no tienen tiempo para sembrar.

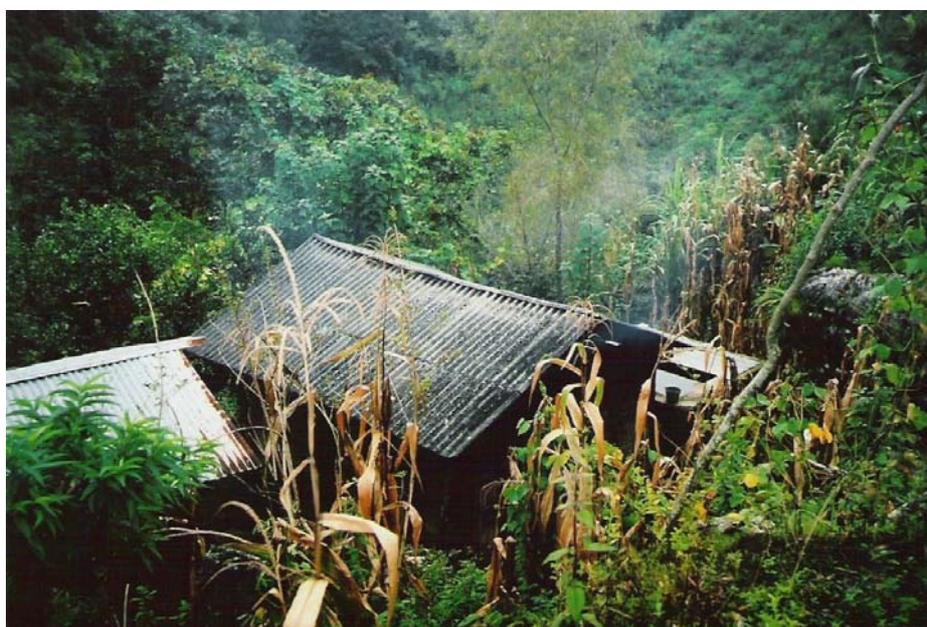
Vida diaria



Amanecer

De la casa al campo

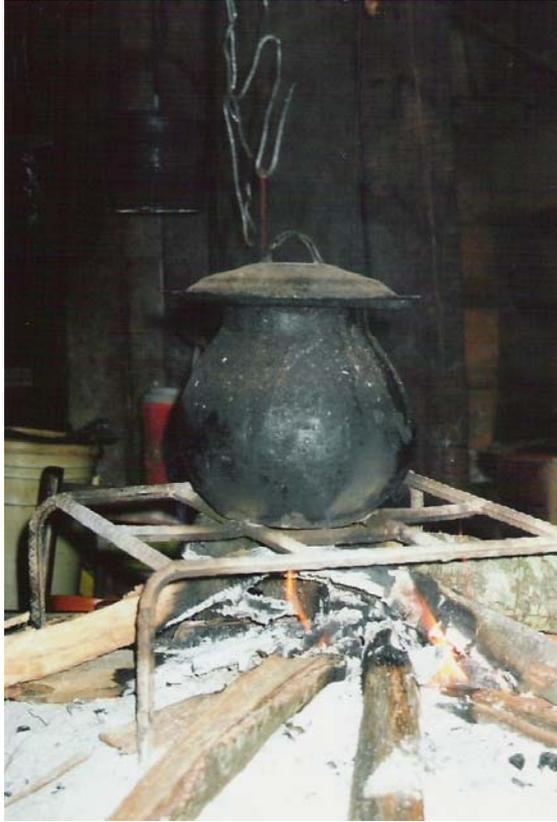
Para cuando amanece, los habitantes de Cruztón ya se han levantado. Aun de madrugada la mujer ha avivado el fuego y comienza a preparar los alimentos que servirá para el desayuno.



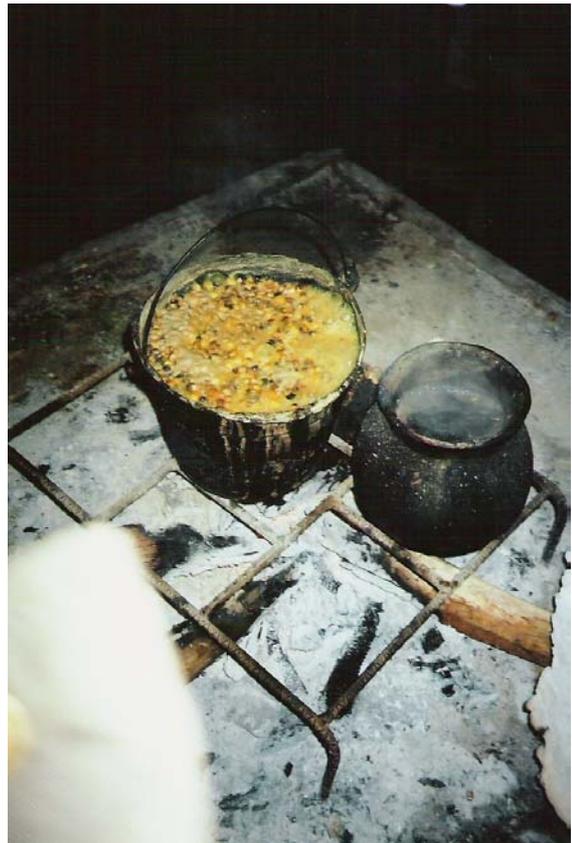
La cocina

En medio del frío de la mañana, la cocina es el mejor lugar para estar. Los hombres se levantan temprano, se acercan al fuego y esperan a comer para luego iniciar sus actividades.⁹⁶

⁹⁶ En Cruztón las actividades cotidianas varían de acuerdo al ciclo del maíz. Durante mi estancia, de septiembre a diciembre del 2003, no había mucho trabajo en la milpa, por lo que las actividades eran variables y dependían de las necesidades del momento: ir a ver la milpa, cortar elote, traer leña o salir a algún mandado.



Oxom (Olla)



Nixtamal

Para el desayuno habrá frijol hervido con chilacayote (*mail*) y una taza de café de olla que ya se encuentran en el fuego. Quizá se preparen un par de huevos asados en el comal. Este también es el momento de hervir el maíz con cal (nixtamal) para luego preparar la masa con que se harán las tortillas.



Mujeres haciendo tortillas



Niña aprendiendo a hacer tortillas

Una vez preparada la masa llega el momento de hacer las tortillas que se comerán durante el día. Esta es una labor exclusivamente femenina. El método consiste en ir golpeando con la palma de la mano una bola de masa, girándola rítmicamente y tratando de mantener su forma circular. Las niñas pequeñas ayudan en la labor. Aprenden jugando. Una vez que se le dio forma a la tortilla se pone a coser en el comal (*samet*).



Señora de Snajalaw
preparando Mats (pozol)



Señor de Elumiljá tomando Mats mientras
descansa en su viaje al Barrio Centro

Antes de que el hombre salga, la mujer prepara *mats* para que él tome por el camino. El *mats* es masa (a veces agria) disuelta en agua. Se toma después de cada comida o se bebe para quitar la sed y el hambre cuando se trabaja o se va de viaje. En cualquier casa que se visita la gente ofrece *mats* como signo de cortesía hacia la visita. Es lo mínimo que puede ofrecer aun la persona más pobre. *Mats* siempre hay.



Herramientas de trabajo



Don Agustín en su milpa

La época en que se trabaja más fuerte en la milpa es entre los meses de marzo a julio en que se debe preparar el terreno, sembrar el maíz y el frijol y cuidar su crecimiento. El trabajo es difícil debido a las características del terreno que es abrupto y pedregoso. En estas condiciones la labor de deshierbar deber ser muy cuidadosa para no arruinar los instrumentos de trabajo.



Señora en su cocina

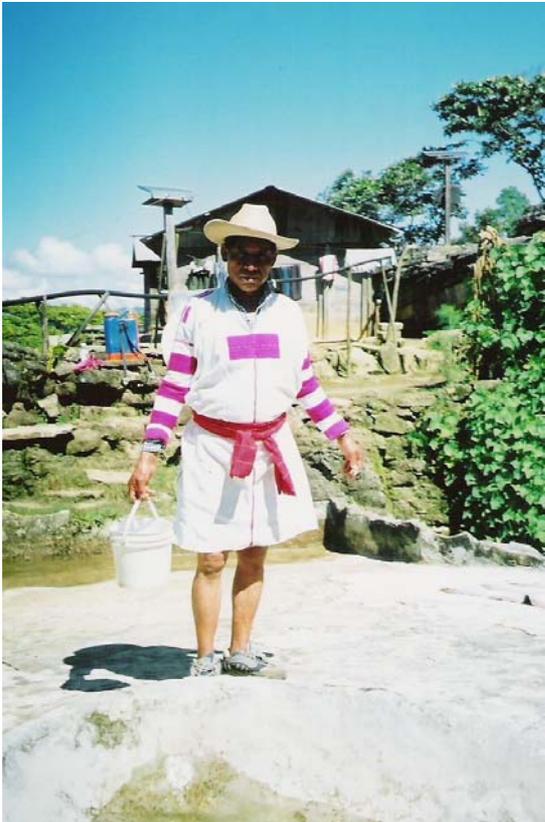


Molino para el Nixtamal

Las mujeres tienen a su cargo las labores cotidianas del hogar: cocinar, limpiar la casa, cuidar a los niños... Sin embargo, trabajan por igual en la milpa⁹⁷ cargan leña, atienden las hortalizas y cuidan las gallinas... De modo que, según pude observar, las mujeres comparten todas las obligaciones, mientras que los hombres por su parte no atienden las labores domésticas.

⁹⁷ Excepto en el momento de sembrar que es una labor masculina.

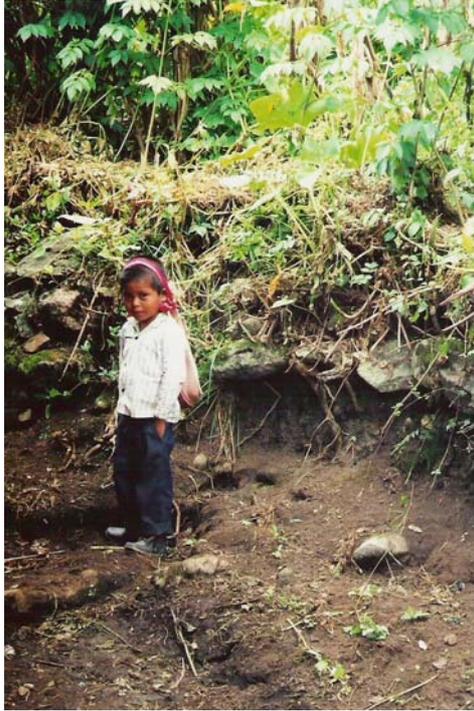
Personas cargando bultos con mazorcas de maíz



Don Domingo acarreado agua de su *okoch*

En las veredas que comunican a los diferentes barrios de Cruztón es frecuente encontrar hombres mujeres y niños llevando bultos pesados. Algunas veces encontré personas que llevaban mazorcas de maíz de la milpa hacia la casa, otras veces leña o eran las compras que se realizaron en el mercado de Oxchuc, e incluso en una ocasión, los tinacos de plástico “Rotoplas” que les subvencionó parcialmente el municipio para almacenar agua. Aunque en la época en la que estuve tenían suficiente agua almacenada gracias a la captación pluvial, en la estación seca se tienen que caminar grandes distancias en busca del líquido. Dichas distancias varían en cada caso, según se encuentre de retirada la casa de la “olla de agua” más cercana.

Vida escolar

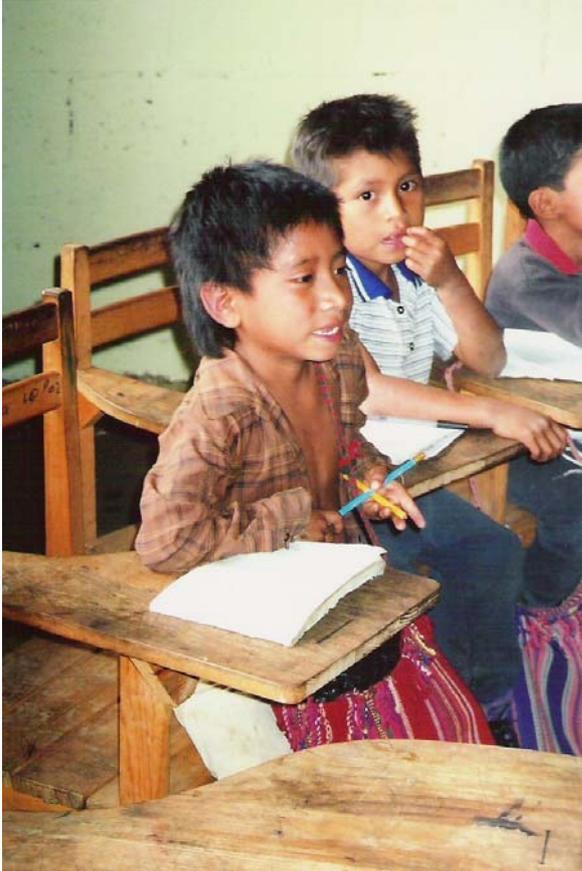


Niño de camino a la escuela

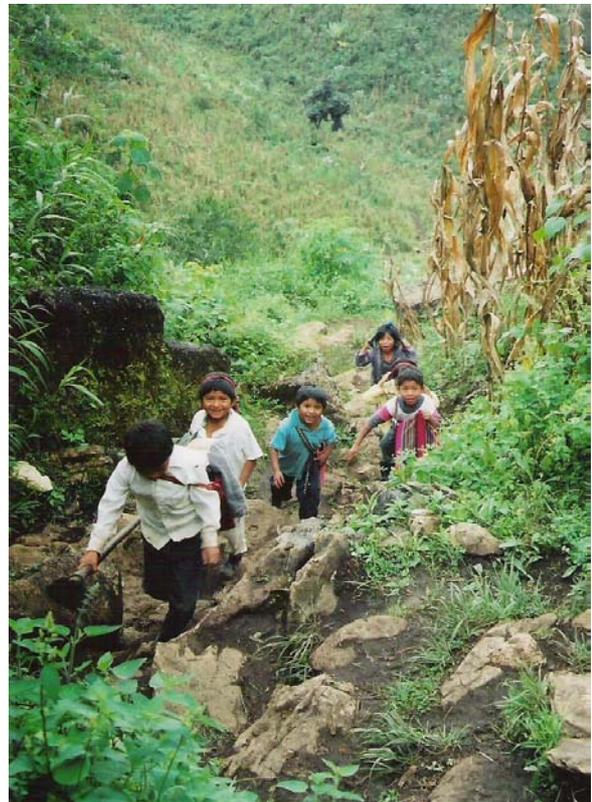


Lunes de acto cívico en la “Escuela Primaria Progreso”

Los niños acuden de lunes a viernes a la escuela excepto cuando hay suspensiones oficiales o derivadas de las actividades sindicales de los maestros (cosa que sucede con frecuencia). Todos los lunes se realiza un acto cívico donde una escolta de niñas marcha con la bandera de México. Antes de ingresar a los salones, el director acostumbra a dar un discurso con diversos consejos en tzeltal a los alumnos. Dado que es una Primaria Bilingüe, los primeros años las clases se imparten en tzeltal, el español se introduce poco a poco y es hasta los dos últimos grados que se pone mayor énfasis en su aprendizaje; sin embargo, el logro de este objetivo es dudoso, pues muchos niños tienen dificultades cuando ingresan a la secundaria cuyas clases son sólo en español.



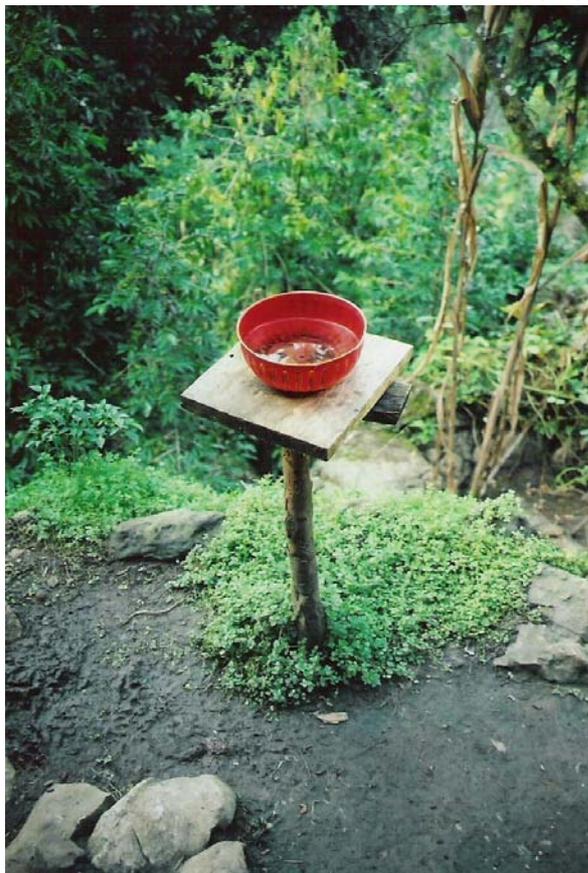
Niños de primer año
tomando clase



Niños regresando de la
escuela a sus barrios

Todos los días, los niños de los diferentes barrios tienen que caminar grandes distancias para tomar clase. El barrio más lejano, Temash, queda a dos horas de distancia al paso acelerado que normalmente usan los adultos. Para los niños el camino es más difícil, sobre todo en la época de lluvias en que se mojan y el terreno es resbaladizo. Pese a esto asisten con regularidad a la escuela. Esto se debe en parte a que cuentan con becas escolares por parte del programa gubernamental Oportunidades. Si no asisten, las familias pueden perder este y otros apoyos que otorga el programa. Hoy, ir a la escuela es una de las formas en que los niños contribuyen a la economía familiar.

El momento de comer



Ja´
(Agua)

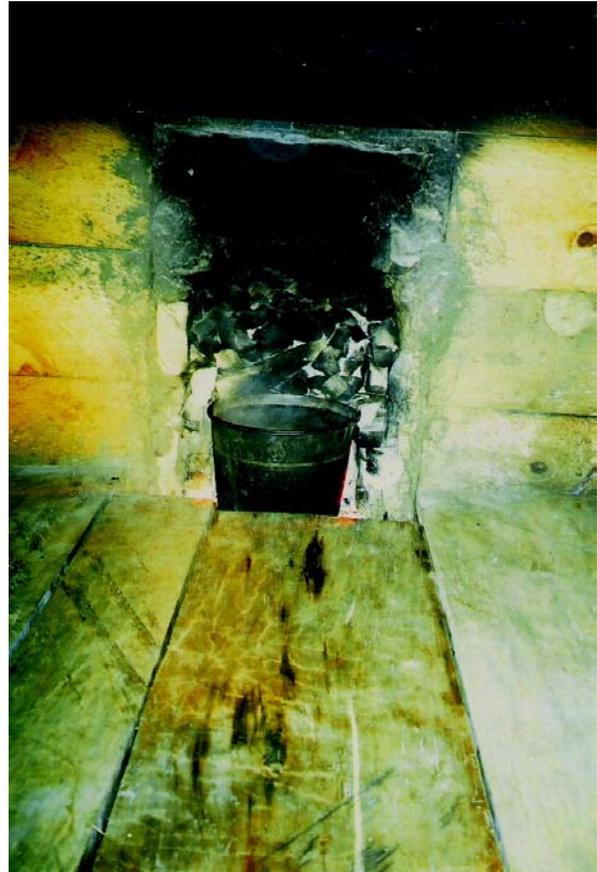


Comida

Antes de comer uno debe lavarse las manos. En algunas casas fuera de la cocina hay un lugar especial que funge como lavabo. En las que no, simplemente se pasa un traste con agua a los comensales los cuales lavan sus manos uno a uno. Una vez con las manos limpias, el más anciano de los presentes hace una oración en voz alta para agradecer a Dios la provisión de comida, todos escuchamos en silencio, con los ojos cerrados como signo de respeto. En esta comida hay un plato de frijol tierno (*botil chenek*), otro de huevo con sopa de caracol, una taza de café, un trastecito con sal (*atzam*) y un sartén con tortillas envueltas en una servilleta. Al final de la comida se pasa otro traste de agua para que cada persona tome un sorbo y enjuague su boca eliminando los residuos de comida.

El baño

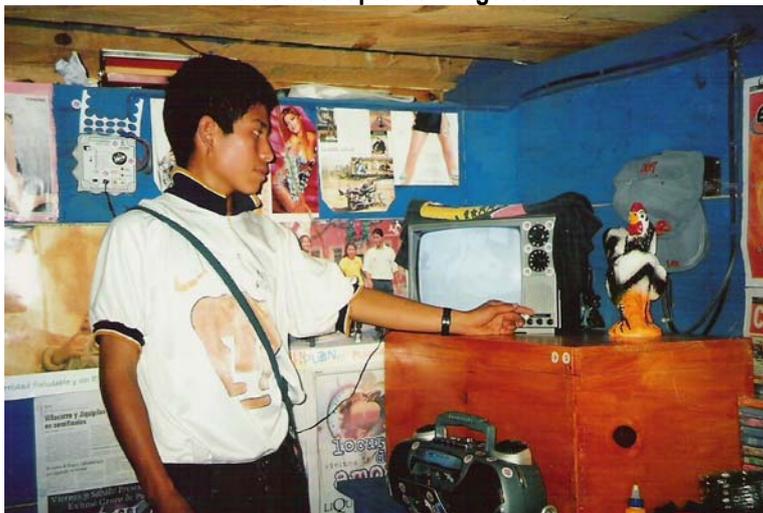
Interior del Temascal



Hombre tomando un baño en el temascal

El *pus* (temascal) es un pequeño cuarto rectangular como de 1 metro y medio de altura. En el fondo tiene un pequeño nicho con piedras. Debajo de éstas se enciende el fuego y frente a él se coloca una cubeta con agua. El suelo es una tarima de tablas que permite que el agua se vaya durante el baño. Cuando se considera que las piedras y el agua están suficientemente calientes, las personas entran a bañarse. Generalmente se entra por grupos; puede entrar toda la familia (hombres y mujeres), o se puede invitar a los amigos para compartir el momento. El baño inicia mojando una rama en la cubeta y sacudiéndola sobre las piedras; inmediatamente se genera un vapor que llena el espacio y se vuelve cada vez más sofocante cuando se repite el proceso. Entre pláticas y risas, por turnos, uno de los bañistas remoja la rama en el agua, la sacude frente a las piedras y luego, con ella, refriega el cuerpo de uno de sus compañeros dando golpes como si sacudiera el polvo, esto provoca una agradable sensación de calor. Luego de un rato las personas se recuestan o aguardan sentados mientras platican despreocupadamente. Al final, cada persona se enjabona y se enjuaga para salir. El baño de temascal se realiza generalmente al anochecer. Es un momento para socializar y relajarse, después se pasa a la cocina para disfrutar de la cena. Dado que la leña es un recurso limitado –en el cual se invierte mucho trabajo– los baños de temascal se realizan sólo dos o tres veces por semana.

Caleidoscopio de imágenes



El cuarto de Roberto en Xubtawitz

Muchas casas de Cruztón cuentan con un solo dormitorio para toda la familia, de modo que en ocasiones duermen más de 7 personas en un lugar reducido. Este patrón está cambiando y ahora gran número de familias tiene un dormitorio para los padres y otro para los hijos. El caso de Roberto es particular, pues él cuenta con un dormitorio personal. Roberto terminó la secundaria recientemente. De momento ayuda a su papá en la milpa, pero tiene planes de seguir estudiando. Tiene un hermano maestro y otro enfermero a los que toma como ejemplo. Uno vive en Oxchuc y el otro en Ocosingo.

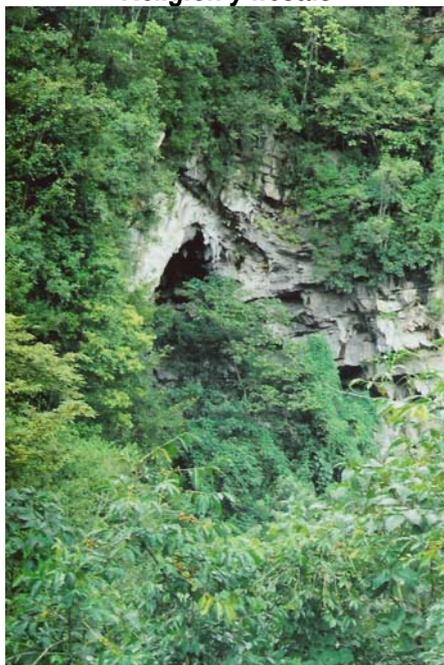


Pared del cuarto de Roberto⁹⁸

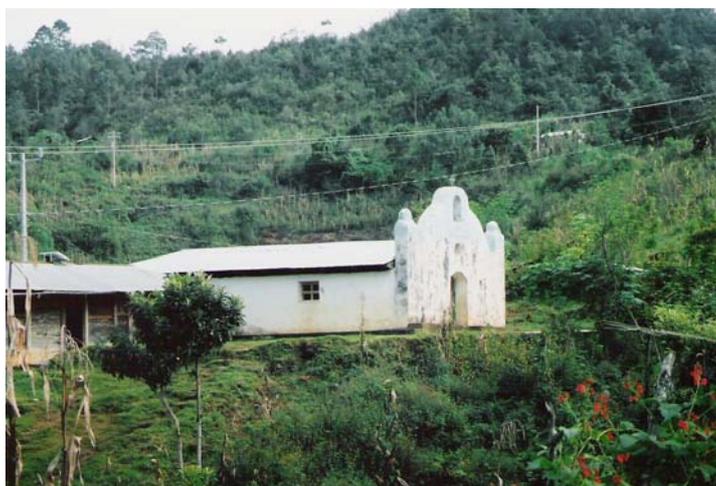
Son pocos quienes tienen televisión en Cruztón. Roberto tiene una en su cuarto. Funciona con la energía solar que se almacena en un acumulador automotriz, por lo que los días nublados no puede encenderla. Como se observa, Roberto ha decorado su dormitorio de forma particular. En él se aprecian algunas de las influencias a través de las cuales ha formado su idea del mundo y de su persona. Aunque entender como se sintetizan tan diversas influencias en la vida de Roberto queda fuera de los límites de esta tesis, la imagen es ilustrativa de Cruztón mismo y nos invita a pensar sobre la dinámica cultural y sobre los diferentes aspectos que pueden influir en las decisiones durante la búsqueda de atención.

⁹⁸ Nótese en el centro la imagen de Jesucristo, a los costados anuncios de maternidad y planificación familiar elaborados por la Secretaría de Salud. El resto del cuarto muestra posters de artistas, de películas y fotos personales.

Religión y fiestas



Snajalaw (Casa del Tepezcuintle)



Ermita del Barrio Centro

Espacios y ritos sagrados

Estos son dos lugares sagrados en Cruztón. Independiente de la religión en la que se adscriben, muchas de las personas que conocí consideran a las cuevas como lugares de poder donde es peligroso entrar. Paradójicamente son un lugar atractivo para pasear. Tuve oportunidad de ir a dos excursiones, en ambas, antes de entrar tomamos un puñado de *may* (tabaco silvestre molido con cal) como manera de protección. Las dos veces me pareció que se generaba un ambiente de seriedad y respeto al estar dentro del lugar. Por otro lado, en la actualidad, la mayoría de los habitantes de Cruztón se consideran católicos y acuden cada domingo a la ermita a escuchar la palabra de Dios. Existen tres ermitas, una en el Centro, otra en Balaxil y otra en Temash. Durante las misas dominicales se lee la traducción de la Biblia al tseltal, se cantan canciones de alabanza acompañándose con guitarras y los catequistas – quienes cada dos semanas acuden a un retiro a un paraje llamado La Frontera, donde aprenden de los sacerdotes– hacen largos discursos sobre la vida de cristo y el poder de dios.



Templo presbiteriano de Elumilja



Misa Presbiteriana en el Barrio Centro

En el Barrio de Elumiljá prácticamente todas las personas son presbiterianas y tienen un templo donde todos los domingos celebran culto. En el Pozo existe otro templo presbiteriano y recientemente, durante mi estancia, se terminó de construir un tercer templo de esta religión en el Barrio Centro. En la foto se muestra que aún son muy pocos los feligreses que acuden a él.⁹⁹ Además de católicos y presbiterianos, conocí en Cruztón a otras personas que se adscriben como evangélicos y acuden cada domingo a una iglesia cercana a Oxchuc. Casualmente pude conocer también a un par de viejitos adventistas, los cuales celebran culto en un cuarto de su propia casa que un pastor les ha ayudado a erigir y que ostenta el rótulo de Templo Adventista. En lo que respecta a la coexistencia de diferentes cultos, en Cruztón parece haber gran tolerancia y respeto entre unos y otros. Don Alejandro, quien hace un par de años se convirtió en evangélico y dejó de tomar, participa activamente en las fiestas y ritos católicos porque dice que en ellos se formó y le gustan mucho. En fotos que vendrán más adelante se observa a este señor cargando la cabeza de un toro en el "Rito del Rayo", en dicho rito también participaron algunos presbiterianos, aunque es posible que ello se daba a los cargos obligatorios que existen en una localidad predominantemente católica.

⁹⁹ En esta ocasión aun no se estrenaba el templo mencionado y el culto se celebraba en un lugar provisional.



Altar colocado en una cueva del Barrio de Kanteal



Ch'uyk'ales rezando en un sitio sagrado

Dentro de la jerarquía religiosa tradicional de Cruztón, el cargo principal es el de *Ch'uyk'al*. Se llega a ser *Ch'uyk'al* cuando se ha pasado por todos los cargos civiles y religiosos de la comunidad. Los viejos *Ch'uyk'ales* se han “adscrito” a la religión católica que tomó fuerza en los años setenta. Ellos conservan varios de los ritos de la versión oxchuquera del tradicionalismo:¹⁰⁰ saben rezos especiales, conocen el calendario maya antiguo y periódicamente rezan y realizan ritos en sitios sagrados, incluyendo la ermita católica. Los *Ch'uyk'ales* se especializan en rezar. Ellos se encargan de cuidar el “*Kahualtik*” que es un texto sagrado escrito por los frailes de la época colonial. Este texto es un símbolo religioso de mucha importancia en el municipio de Oxchuc. El gobierno municipal actual (Priista) ha buscado legitimarse socialmente incluyendo, prácticamente en todas sus actividades, actos rituales realizados por *Ch'uyk'ales* de los diversos parajes de Oxchuc. Por esta razón los *Ch'uyk'ales* de Cruztón son llamados frecuentemente para acompañar al presidente municipal en su actividad.

¹⁰⁰ Revisar en el Capítulo 3 el apartado “La reforma y el surgimiento del tradicionalismo” donde se habla de cómo se formó el tradicionalismo en Los Altos y particularmente en Oxchuc.



Autoridades tradicionales en la iglesia de Santo Tomás en Oxchuc



Ofrenda en la iglesia de Santo Tomás

Reinauguración de la luz eléctrica

Días antes de mi llegada a Cruztón, en el mes de agosto, durante una tormenta, cayó un rayo que quemó el transformador y dejó al barrio Centro sin luz. En asamblea, los principales¹⁰¹ decidieron realizar un ritual para pedir a Dios que esto no volviera a suceder. Al mismo tiempo se habló con el municipio para que arreglaran la falla eléctrica. El acuerdo fue realizar el rito el día que se reestableciera la luz, el 8 de octubre del 2003. Desde la tarde del día siete comenzó el ritual. Se hizo un rezo y una danza en la escuela, se repitió esto en la ermita y hubo una cena colectiva. Esa noche los viejitos ch'uyk'ales velaron y rezaron hasta entrada la noche. Ya en la madrugada salieron rumbo a Oxchuc, donde también rezaron y danzaron, al ritmo de la música de arpa, la flauta y el tambor, en el atrio de la iglesia. De regreso se rezó en un lugar sagrado cerca del Barrio Cot y en el Barrio Centro, primero en el lugar que cayó el rayo y después en el que se reinauguró la luz eléctrica.

¹⁰¹ Más adelante se darán datos sobre la organización social y las autoridades de Cruztón



Danza con una cabeza de la vaca alrededor de la cancha de básquet



Don Alejandro cargando la cabeza

Luego que terminaron los rezos y danzas de los Ch'uyk'ales, la población de Cruztón esperó la llegada de las autoridades municipales que reinaugurarían la luz. A su llegada se procedió a danzar con una cabeza de toro, pues la costumbre es "sembrar" una cabeza de toro cada vez que se realiza un obra pública, al parecer con el propósito de que la obra sea resistente. De esta manera se empata un ritual antiguo con un acto protocolario de gobierno: el corte del listón con el que uno de los regidores del municipio dió por inaugurada de nueva cuenta la luz eléctrica. Las autoridades municipales fueron recibidas con pompa y fueron escoltadas por niñas de la escuela con el rostro pintado de colorete y con su mejores galas. Había la expectativa de que llegara el presidente municipal, pero este sólo mandó un representante.



Lugar en que se enterró la cabeza

En el fondo se observan los listones que cortaría el regidor municipal. Los ch'uyk'ales rezan antes de que se entierre la cabeza. En el primer plano se observa parte de la escolta policiaca que llevaron las autoridades del municipio.



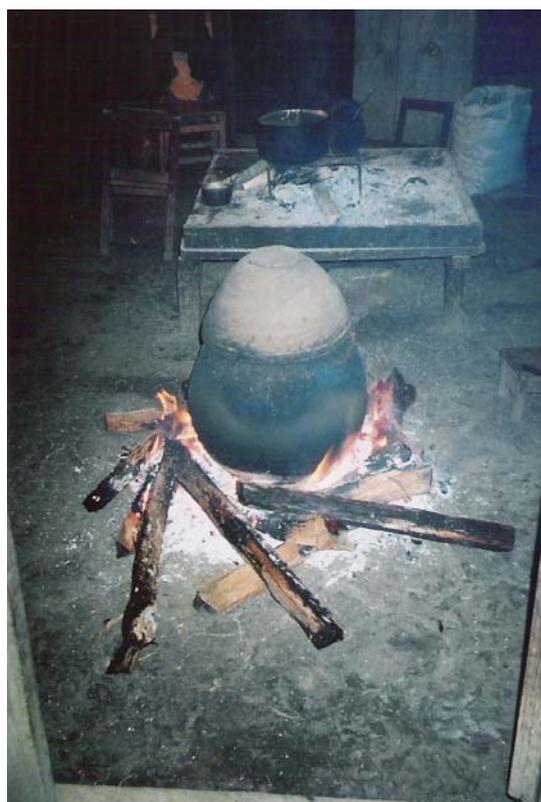
Ancianas tomando Coca-Cola

Una vez terminado el rito se repartieron refrescos y se esperó un momento para comer la carne del toro cuya cabeza fue enterrada. El refresco es un elemento muy importante en las ofrendas y los días festivos. Normalmente se reparte un refresco de cola económico, la coca-cola se toma sólo en eventos muy especiales. Para que este ritual fuera posible, todos los habitantes del Barrio Centro cooperaron con \$20.

Comida ritual



Carne puesta a ahumar



Olla en que se preparan tamales de maíz con frijol: *Petul*

En estas fotos muestro algunas de los alimentos que se preparan en ocasiones especiales. La carne es un lujo y se consume en eventos como el ritual narrado anteriormente. La segunda foto muestra una gran olla donde se preparan tamales de maíz con frijol para el día en que se celebra la fiesta de "Todos Santos", el 2 de noviembre de cada año.

Fiesta de "Todos Santos"



Mukinal en el Barrio Balaxil



Tres hermanos frente a la tumba de su padre en el día de "Todos Santos"

El 2 de noviembre, al igual que en casi todo México, se celebra una fiesta para recordar a los familiares que han muerto. Las familias visitan el lugar donde tienen sus muertos y les llevan flores y comida como ofrenda. Dado que en los parajes de Oxchuc no hay panteones, las familias entierran a sus muertos en el terreno que poseen cerca de sus casa, a este terreno se le llama *mukinal*. En el caso de los tres hermanos que se observan en la foto, ellos han omitido el detalle de llevar comida, pues los sacerdotes les han dicho que no es necesario, y que es mejor que la coman los que están vivos.



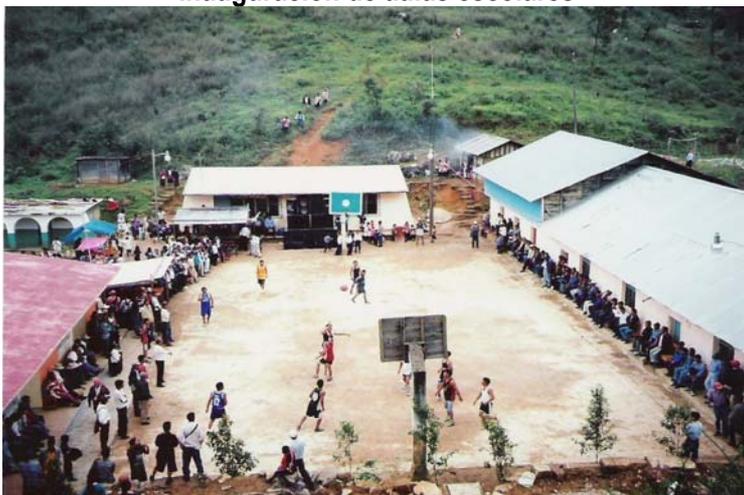
Los hermanos K'aa/ en la tumba de su madre



Ofrenda a la mamá

En el día que se celebra a los familiares muertos, se dieron cita en Cruztón varias de las personas que han emigrado a otras ciudades de Chiapas, y que incluso dicen que ya no se acuerdan bien del tseltal. Las dos señoras que están en el centro de la foto llegaron desde San Cristóbal y Chiapa de Corzo a visitar a su mamá. La mamá aún no tenía un año de muerta. Antes de morir pidió que se le enterrara en el propio cuarto donde dormía. Sus hijos llevaron ahí una ofrenda que incluía un poco de comida y música tradicional de Oxchuc que se tocó en la grabadora (ver arriba) . Algunos de los hermanos hablaron con su mamá con emoción y le lloraron. Más tarde en las casas había gran cantidad de comida y el ambiente era festivo. En Oxchuc esta prohibida la compra y venta de alcohol, sin embargo en esta ocasión en algunas casas me invitaron un poco de *pox*, (aguardiente hecho de caña) que trajeron desde el municipio de Huixtán.

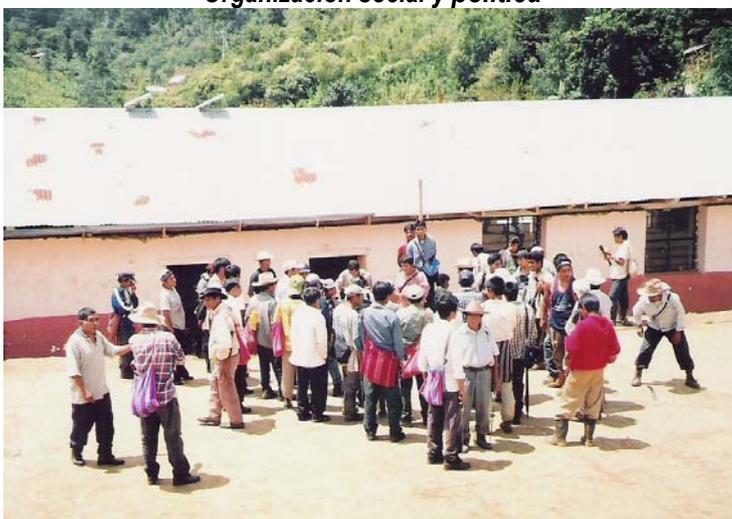
Inauguración de aulas escolares



Torneo de básquet en el paraje de Pakvilna

Tuve oportunidad de asistir a una fiesta que se hizo con motivo de la inauguración de dos aulas nuevas en la escuela de Pakvilna, un paraje a dos horas de camino en coche. En los parajes de Oxchuc se acostumbra realizar torneos de básquet en este tipo de eventos, la invitación se hace extensiva a las comunidades vecinas. Tres equipos de Cruztón participaron, el de los maestros, el de los López, y el de los Dragones. El evento contó además con los rezos y danzas de los ch'uyk'ales de Pakvilna –que de ese modo dieron su bendición a la obra– y con la presencia de las autoridades municipales para el corte del listón. Un grupo de música tropical amenizó el evento.

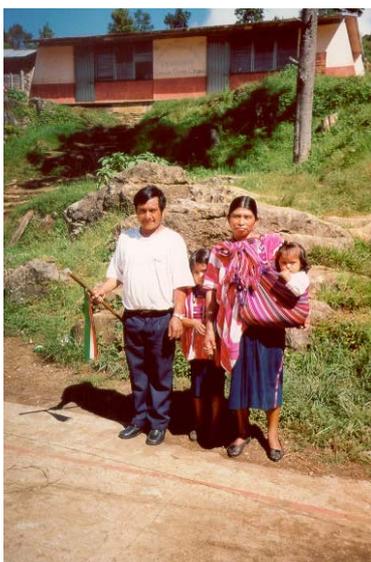
Organización social y política



Reunión de los señores de Kanteal y Xuktawits

La asamblea

Las escuelas en el municipio de Oxchuc, como hemos visto, se han vuelto el eje de la organización social en cada paraje. La escuela también es el lugar donde los hombres y autoridades se reúnen para tomar decisiones. En la foto se ve a los padres de familia de los barrios de Kanteal y Xuktawits, que se ponen de acuerdo en como van a trabajar para que se lleve los postes de la luz eléctrica a sus barrios. Este tipo de asambleas son frecuentes y conllevan un largo proceso de discursos y discusiones hasta que se logra tomar un acuerdo. Los protagonistas de la asamblea y los escenarios en que se realiza van cambiando a medida que pasan las horas, sin embargo al final se logran acuerdos.



Presidente del comité de educación

Los cargos anuales

En Cruztón cada año, en diciembre, hay cambio de autoridades. Todo hombre, cabeza de familia tiene la obligación, si así es requerido, de hacerse responsable de algún cargo. Esto implica responsabilidades extras a las de buscar el alimento diario. De esta manera se constituyen diferentes comités de personas con funciones y responsabilidades diferentes. Existen 2 comités básicos que negocian directamente con el municipio, éstos son el comité de la agencia municipal y el comité de educación, los cuales reciben bastones de mando como signos de su autoridad (véase foto). Los cargos principales dentro de los comités son, presidente, secretario y tesorero, en el caso de la agencia el presidente sería el agente municipal. También se ha constituido el comité de salud, el comité de agua y el de electrificación que son los encargados de velar por estos servicios.¹⁰²



Algunos principales junto a las autoridades tradicionales

El consejo

La labor de la agencia municipal y los diferentes comités tiene como soporte al grupo de hombres que se conoce como "los principales". Éste grupo tiene la última palabra en las decisiones y actividades de las autoridades. Los principales sesionan domingo a domingo o cuando extraordinariamente son requeridos. Llegan al consejo de principales todas aquellas personas, jóvenes o ancianos que ya han pasado por todos los cargos obligatorios incluyendo la agencia municipal. En Cruztón hay alrededor de 80 principales. Posaron para la foto algunos de estos personajes. En el fondo se aprecia al grupo de autoridades tradicionales, que también forman parte del grupo de principales, durante el ritual para reinaugurar la luz. El papel de estas autoridades es como líderes morales a los que se debe respeto. Ellos, aunque no tienen mucho poder de decisión, opinan y amonestan los malos comportamientos. Sus rezos y su música son requeridos en todos los eventos y celebraciones importantes.

¹⁰² Sobre el comité de salud y las promotoras de Oportunidades se hablará en el siguiente capítulo.



Maestro bilingües

Líderes intermediarios

Como se señaló los maestros bilingües se han constituido en líderes de las localidades de Oxchuc y gracias a su conocimiento fungen como gestores de beneficios ante las autoridades e instituciones gubernamentales. En la foto aparecen algunos de los maestros de la escuela de Cruztón. El de la izquierda, el profesor José, fue director de la escuela por casi 10 años. En el 2004 fue retirado de su cargo por un grupo opositor que apoyó a otro maestro.¹⁰³



Regidores municipales en la reinauguración de la luz

El municipio

El gobierno actual del municipio es ocupado por el Partido Revolucionario Institucional. El municipio recibe dinero del gobierno del estado para mantener la administración política y económica del territorio que ocupa Oxchuc. A través del municipio se realizan gran parte de las obras de infraestructura y se otorgan diferentes apoyos a las localidades. Los problemas internos, disputas y delitos menores son juzgados en la cabecera, donde un regidor escucha los casos, funge como intermediario y da su juicio final. En la foto se observa sentados a los regidores que acudieron a la reinauguración de la luz en representación del presidente municipal.

¹⁰³ En las pláticas que sostuve con el profesor me refirió su trabajo como gestor de servicios como el camino de tierra que llegó a la localidad. Él considera que el cargo de director debe durar pocos años. Dice que después la gente se acostumbra a la persona y ya no lo apoya de igual manera. Cuando yo lo conocí prácticamente no participó con las autoridades la localidad. El cambio fue evidente en el 2004, el nuevo director es solicitado por las autoridades en los casos en que se requiere su conocimiento y capacidad de decisión.

Elecciones municipales



Pancarta publicitaria que muestra a la candidata del PRI para presidenta municipal

A partir de los años 90 la contienda política es con elecciones y con la participación de los partidos políticos nacionales. Desde entonces ha gobernado el PRI en Oxchuc. Actualmente (agosto del 2004) el municipio se encuentra en proceso electoral. Por parte del PRI la candidata es la Contadora Pública María Gloria Sánchez, es la primera mujer que contiende en unas elecciones en toda la región de Los Altos, lo que muestra el dinamismo del municipio de Oxchuc, donde si bien las mujeres en la vida local son subordinadas, cuando poseen ilustración son tratadas con relativa equidad respecto a los hombres. Entre los comentarios que he escuchado los opositores dicen que sí tiene derecho, sin embargo critican que ella sea la esposa del presidente actual, y que en tales condiciones su gobierno podría considerarse una reelección.¹⁰⁴ Abajo vemos a militantes del Partido Verde Ecologista frente a un espectáculo con música popular.



Mitin político del Partido Verde Ecologista frente a la Iglesia de Santo Tomás en Oxchuc

¹⁰⁴ La elección se celebró el día 3 de octubre del 2004 y María Gloria Sánchez ahora es presidenta electa del municipio de Oxchuc, algo que me parecía difícil de imaginar la primera vez que escuché rumores de su posible candidatura.

CAPÍTULO 4

OPCIONES DE ATENCIÓN, PERSONAS Y MANEJO TERAPÉUTICO

Este capítulo consta de dos apartados. En el primero presento las diferentes opciones de atención que los habitantes de Cruztón tienen a su alcance y en el segundo a las personas que nos relataron la historia de su enfermedad. Describo el contexto de la entrevista, la persona, su entorno de vida, y las características de su proceso terapéutico.

REPERTORIO DE OPCIONES DE ATENCIÓN EN CRUZTÓN Y OXCHUC

En casa



Plantas



Fármacos

Las familias de Cruztón tienen a la mano, cerca de sus casas o en la milpa, diferentes plantas y remedios naturales que pueden emplear en casos de enfermedad. También tienen experiencia respecto al uso de diferentes fármacos industriales, algunas personas anotan en la caja el padecimiento para el que son útiles y las guardan para cuando se presente la ocasión. Además recurren a diferentes prácticas que van desde la oración, hasta los masajes y los baños en el temascal, empleados por las mujeres después del parto y, en general, como medio de relajación.



Medicinas en casa

Estas medicinas me las presentó una familia. Son las plantas que existen alrededor de la casa y los fármacos que guardan.

En la localidad



Sna poxil (Casa de salud SSA) del Barrio Centro

La SSA tiene 6 Casas de Salud en la localidad. En el Barrio Centro, en Balaxil, en Elumilja, en Snajalaw, en El Pozo y en Temash. La casa de salud del Barrio Centro se construyó en 1986, y fue atendida por el INI hasta 1998. Recientemente fue pintada con el apoyo del municipio. Consta de cuatro habitaciones y un espacio de espera. Una de las habitaciones es usada como consultorio y farmacia, otra como oficina y archivo, una más –que consta de dos camas con colchón– se usa como dormitorio ocasional del Supervisor de la SSA,¹⁰⁵ la última –que estuvo permanentemente cerrada– funciona como almacén.



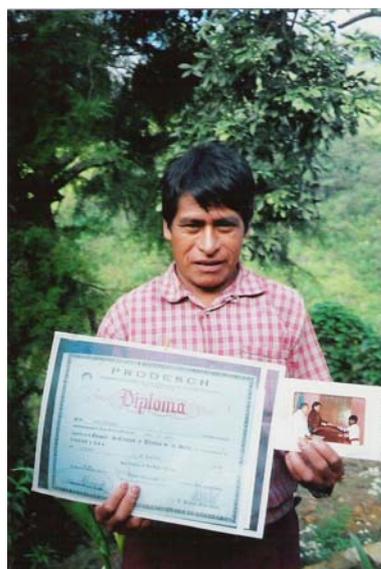
Casa de Salud de Elumilja

Las Casas de salud de los otros barrios constan de una sola habitación de madera y han sido construidas sin apoyo gubernamental, generalmente en el terreno de la casa del Auxiliar de Salud. En ellas por lo común hay una mesa que funciona como escritorio, sillas, estantería donde, como veremos adelante, se colocan las medicinas y un mueble para colocar los expedientes de los beneficiarios del Programa Oportunidades. En las paredes se exhiben algunos posters que envía la Secretaría.

¹⁰⁵ Ahí dormí durante mis estancias en el Barrio Centro.



Don Agustín Auxiliar de Salud SSA en el Barrio Centro

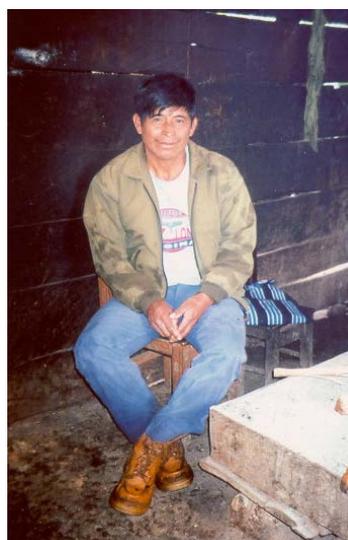


Don Elías Auxiliar de Salud SSA en Balaxil

La atención de las Casas de Salud corresponde a los Auxiliares de la SSA, que son personas de la comunidad con diferentes grados de experiencia como terapeutas. En la foto vemos a los Auxiliares de salud de la SSA del Barrio Centro y de Balaxil. Don Agustín aprendió en Tenejapa en los años 50 con los misioneros católicos y desde entonces ha recibido diferentes cursos. Además trabajó 11 años (hasta 1990) para el IMSS como promotor de salud en la Selva Lacandona. Don Elías por su parte recibió un curso en San Cristóbal en 1980 y trabajó varios años como enfermero en el Centro de Salud de Oxchuc.¹⁰⁶



Don Martín Auxiliar de Salud SSA de Elumilja



Don Isidro Auxiliar de Salud SSA de Snajalaw

Los auxiliares reciben un apoyo de \$300.00 bimestrales por parte de la SSA. Aunque se supone que deben contar con instrumentos como báscula, baumanómetro (para tomar la presión arterial) y equipo básico para realizar curaciones (tijeras, pinzas, agujas), varias de las Casas de Salud no están debidamente equipadas. Durante mi estancia los auxiliares elaboraron una solicitud a la Secretaría para obtener el equipo faltante. No obtuvieron respuesta.

¹⁰⁶ Don Tomas de Temash y Don Isidro de Snajalaw también tienen más de 20 años de experiencia. Don Martín de Elumiljá (véase foto) y Don Miguel de El Pozo que se iniciaron hace unos años cuando comenzó el programa Progresá (ahora Oportunidades) dado que era necesario que una persona de su barrio tomara el cargo.



Medicinas del sector salud en la Casa de Salud de Snajalaw

Los Auxiliares de Salud recetan medicina gratuita del sector salud (subsidiada por el Estado) principalmente analgésicos, antibióticos, material para curación (vendajes, gasas, algodón...) y sobres de suero para hidratación oral. Esto se recibe cada dos meses, aunque es común que se retrase y los auxiliares deben insistir elaborando oficios. Durante septiembre y octubre no hubo medicina en la Casa de Salud del Barrio Centro. La medicina se acaba a las pocas semanas de su llegada, pues el barrio tiene mucha población y la gente aprovecha ese momento para acudir a consulta. A principios de octubre terminó en las casas de los otros barrios. La foto fue tomada a finales de octubre cuando llegó la medicina de la SSA luego de casi un mes de retraso.



Interior de la farmacia particular de Don Agustín

Los Auxiliares se dedican a la siembra de maíz y/o café como los demás habitantes de la localidad y dado que no reciben un salario "oficial" por su cargo y el apoyo económico que reciben es simbólico, algunos de ellos (Agustín, Elías, Isidro, y Tomás) obtienen ingresos extra vendiendo medicamento de sus farmacias particulares las cuales son más antiguas que las Casas de Salud. Las medicinas con más demanda son las que vienen en presentación inyectable, las cuales no son manejadas en el paquete de medicamentos básicos de la SSA y por tanto se consiguen en farmacias particulares.

Nota sobre las problemáticas que enfrentan los Auxiliares de Salud

Inicialmente me había planteado el objetivo fue conocer cómo los agentes de salud ven a la población a que atienden, esto en el supuesto de que encontraría personal externo. Mi preguntas eran con relación a las problemáticas que encontraban en su trabajo y en el trato con la gente. Al escuchar las respuestas me di cuenta que no tenían una visión particular o "especial" sobre la población; los auxiliares de salud comparten con las personas una misma identidad como campesinos, sólo que con un estatus diferente por su cargo, algo que les da beneficios económicos pero también les plantea una responsabilidad social.¹⁰⁷ Su papel es muy valorado por la localidad. Los problemas que enfrentan son en relación con la institución para la cual colaboran, pues como ya mencionamos, no tienen todo el equipo ni las medicinas que necesitan y tienen que gestionarlos muchas veces sin respuesta. Además, el seguimiento de la SSA y del programa Oportunidades implica un gran número de actividades en las que ellos colaboran, de las cuales la más pesada es el constante llenado de formatos y papeles.

¹⁰⁷ Dado que saben curar, a ellos les toca coadyubar a las instituciones del Sector Salud, más allá de si ese es su deseo.

Otra opción terapéutica a la que se recurre son los rezos, los cuales, son complemento terapéutico de las medicinas. Cuando el estado del enfermo es de gravedad se organiza un rezo, en el cual, las personas que saben orar, piden por la salud de la persona enferma. Estos rezos son realizados tanto por católicos como por presbiterianos. Los presbiterianos piden los rezos a los pastores. Los católicos los solicitan a los ancianos especialistas.



Los ancianos rezadores

Uno o varios de estos ancianos acuden a la casa del enfermo, encienden velas ante una pequeña ofrenda de pilíco y refresco y en secuencias ordenadas piden a los diferentes santos de la región por la salud de la persona. El ritual incluye que los ancianos viajen a Oxchuc, generalmente los jueves por la madrugada y realicen los rezos y danzas correspondientes en la iglesia de Santo Tomás.



Músicos tradicionales



Cena después de un rezo

La música también es un complemento terapéutico. Durante los rezos de los católicos muchas veces se invita a los músicos de la localidad a que toquen música tradicional (con tambor, arpa, flauta y una pequeña guitarra).

Lo común en los rezos de ambos grupos religiosos es que acuden los familiares cercanos del enfermo y al final se prepara una cena en que las personas conviven y agasajan al enfermo. Para asistir a estas cenas no importa la filiación religiosa.

El equipo de salud local



El supervisor y los auxiliares de Salud

Hasta 1997 el INI fue la institución gubernamental encargada de la salud en Cruztón. El INI mantuvo en algunos barrios de la localidad puestos de salud con una persona local encargada. En 1998 con la llegada del programa de apoyo para población marginada Progresá se inicia una nueva etapa y el INI cede la tutela de los servicios de salud a la SSA. En la transición colaboró el INI y junto con Nicolás (Supervisor de Auxiliares de Salud de la SSA, camisa roja al centro) –que comenzaba a trabajar a la localidad– se diseñó un plan para atender a la población de Cruztón y los barrios aledaños. Así surgieron las casas de salud en barrios estratégicos y se nombró a los auxiliares entre las personas con alguna experiencia como terapeutas. En la foto se muestra Nicolás junto a los auxiliares de salud que supervisa. Él es el puente entre la institución y la localidad.



El comité de salud de Elumilja

El puente inverso, entre la localidad y la institución, se mantiene a través de los comités de salud que se eligen entre los usuarios que dependen de cada una de las casas de salud. Está conformado por el auxiliar de salud, el presidente, los secretarios, los tesoreros y el esposo de la promotora de Oportunidades. Excepto el auxiliar de salud cuyo cargo es permanente, los demás cargos son anuales. Los comités de salud se encargan de organizar y llevar a cabo todas las actividades de salud de la SSA y Oportunidades, e incluso de las organizaciones y personas privadas que ocasionalmente las visitan por cuestiones de salud.¹⁰⁸

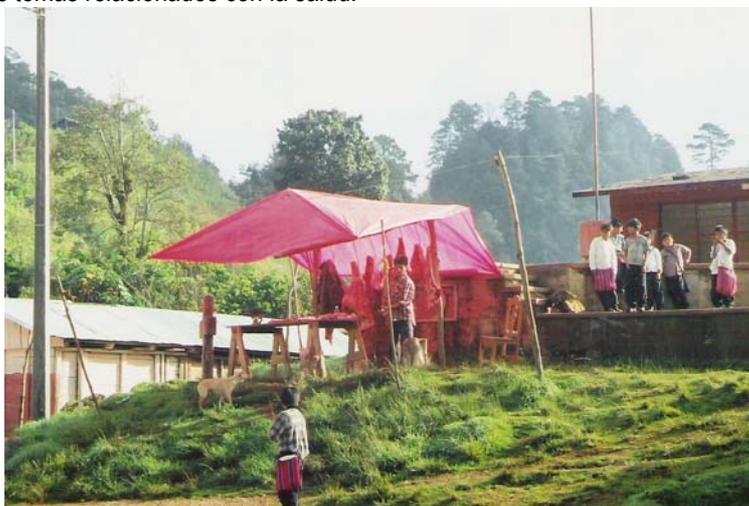
¹⁰⁸ Yo mismo recibí su apoyo en las visitas que realice a los diferentes barrios.

Asistencia gubernamental



Pago de Oportunidades

Cada dos meses llegan las camionetas de Telecom Telégrafos (con su escolta policial) a pagar a las familias que son beneficiarias del programa Oportunidades. Dicho programa fue diseñado por el gobierno federal para atender a la población marginada del país. A través de éste las familias reciben apoyo económico para alimentación, educación y salud además de vigilancia médica y nutricional. En educación el apoyo principal son becas para cada niño o joven beneficiario que esté estudiando primaria, secundaria o preparatoria. En nutrición se vigila el desarrollo de los niños y se entregan suplementos alimenticios. En salud, las familias deben comprometerse a tener fogón en alto y letrina; cada beneficiaria debe acudir cada año con su familia a una revisión médica y debe escuchar mes con mes las pláticas sobre diversos temas relacionados con la salud.



Comercio durante el pago de Oportunidades

Las encargadas de recibir el dinero son las mujeres, la idea de esto radica en darles poder de decisión en la familia y en el supuesto de que ellas distribuirán mejor el gasto. Cada mujer recibe \$300 bimestrales (2003), más la suma de las becas de sus hijos (algunas reciben más de \$2000.00). Los trescientos pesos se otorgan con el propósito de que se inviertan en alimentación y salud, las becas a apoyar a los estudiantes con todo lo necesario para la vida escolar. Actualmente el apoyo se entrega sólo a familias con hijos pequeños o en edad escolar. Los ancianos han sido excluidos. Por otra parte, dado que la fecha de pago es uno de los pocos días en que la gente tiene dinero efectivo, ese día, desde muy temprano llegan varios comerciantes con sus camionetas a establecer sus puestos.



Nicolás, el encargado de Oportunidades, junto a su hijo en su casa en Oxchuc

Nicolás Gómez Méndez es el encargado del Programa Oportunidades en Cruztón. Él nació en otro paraje de Oxchuc y actualmente está casado con una mujer originaria de Cruztón. Esto es importante pues, según mi impresión, él es considerado más como un oxchuquero que como un agente institucional externo de la SSA. Nicolás se graduó como Profesional técnico en salud comunitaria. Tiene responsabilidad sobre 1668 personas llevando a cabo al mismo tiempo las actividades de la SSA y las que corresponden a otros programas, entre ellos el de Oportunidades. Mes con mes él organiza las actividades de dicho programa y visita cada una de las casas de salud para impartir las charlas. El trabajo lo realiza en coordinación estrecha con los auxiliares y el comité de salud. Su principal problema es su salario –recibe \$1 600.00 a pesar de realizar el trabajo que corresponde a otros niveles mejor pagados– y la carga excesiva de trabajo. Cada nuevo programa a él corresponde implementarlo, tocándole la engorrosa labor de llenar todos los formatos administrativos, asunto que ocupa la mayor parte de su tiempo y no podría llevar a cabo sin la colaboración de los miembros del comité de salud.



Nicolás explicando el tracoma folicular



Esposas de los miembros del comité de salud

En la foto a la izquierda se muestra a Nicolás mientras explica el tracoma folicular. Esto fue en una reunión para capacitar a los comités de salud y las promotoras de Oportunidades de los diferentes barrios. Tales reuniones se realizan al iniciar cada mes. Posteriormente las promotoras y el comité deben ir a sus propios barrios y transmitir lo aprendido a todas las mujeres. El programa está concebido para que las mujeres lo lleven a cabo y con ello asuman mayor participación y adquieran poder de decisión. Es por eso que, además, cada año en julio se eligen nuevas promotoras de Oportunidades en cada barrio. Sin embargo, en la práctica, las mujeres sólo participan activamente en las capacitaciones de sus compañeras; las actividades de toma de decisiones y el papeleo lo asumen sus esposos. En la foto se muestran las esposas del comité de salud del Barrio El Pozo, entre ellas a la izquierda, la promotora de Oportunidades. Ellas se encargan de hacer la comida y atender a las visitas mientras sus hombres trabajan con Nicolás.



Plática de Oportunidades en el Barrio Temash

Luego de la capacitación, Nicolás programa a lo largo del mes una visita a cada uno de los barrios con casa de salud. Para esa fecha las promotoras ya hicieron su labor y las mujeres del lugar se organizaron en grupos para explicar cada uno de los temas previstos. En primer lugar, Nicolás pide a las mujeres que expresen lo que aprendieron. Con timidez, las mujeres participan de manera breve pero tocando los puntos esenciales de los temas (al menos en las pláticas que vi). Una vez que las mujeres terminan Nicolás retoma la palabra y vuelve a explicar los temas una vez más. Cabe mencionar que esta manera de dar las pláticas surge de la iniciativa de Nicolás, ya que en otros lugares generalmente el expositor habla y las mujeres sólo escuchan. Este sistema podría tomarse como ejemplo para mejorar la calidad de las pláticas del programa, pues en muchos lugares –como pude corroborarlo por dos compañeros que trabajaron en otras localidades de la región Altos–¹⁰⁹ el encargado explica de manera vertical y en español, por lo que se necesita mediación de un traductor y en el proceso se pierde mucha información. Otro aspecto interesante en Cruztón es que las personas se han apropiado del espacio de las charlas y además de cumplir en ellas los cometidos del programa, lo usan como foro para discutir y tomar decisiones sobre otros problemas locales. Además esos días todas las personas beneficiarias se reúnen y en algunos lugares se hace una comida colectiva, por lo que el día adquiere un tinte festivo.



Nicolás llenando un formato de seguimiento a mujeres embarazadas, a su lado la partera local que le ayuda dando consulta a cada mujer beneficiaria



Niños siendo vacunados como parte de las acciones de “corresponsabilidad” que las familias deben cumplir para recibir el apoyo económico



Para recibir el apoyo las mujeres y sus familias deben cumplir con ciertas acciones previstas por el programa. Ya mencionamos la construcción de letrinas, la asistencia escolar de los hijos y la asistencia de las mujeres a las charlas. A ellas se suma el seguimiento de las diferentes acciones de salud que promueve la SSA.¹¹⁰

¹⁰⁹ Intercambio de experiencias con los antropólogos Sergio Meneses y Joaquín Ventura.

¹¹⁰ Acciones como la toma del Papanicolau son obligatorias en otros lugares, sin embargo bajo el sistema que lleva a cabo Nicolás hay una negociación previa en la cual las mujeres y los hombres exponen sus reservas. Los auxiliares y Nicolás, por su parte, exponen los beneficios y sólo se realiza la acción con mujeres que lo asuman voluntariamente. Nicolás dice que esta manera es mejor y que le ha dado resultados en tanto que muchas acciones que antes no se aceptaban, ahora las personas las han asumido y entienden porque les conviene participar en ellas.

Asistencia privada

Como ya se mencionó en el capítulo 2, ACASAC es una organización civil que desde 1995 lleva a cabo acciones de salud en la región y entre ellas, desde el 2000, un proyecto permanente enfocado a combatir el tracoma. Su trabajo toma en cuenta tanto la prevención de la enfermedad como el tratamiento de los enfermos y es llevado a cabo a través de promotores tseltales, aspecto que le ha permitido tener un trato directo y eficaz con las personas.



Proyección de videos para prevenir el tracoma (Cruzón Agosto del 2003)

La organización en colaboración con otras instituciones ha diseñado videos educativos sobre el tracoma. Estos videos se han realizado en las localidades y son narrados en tseltal. En la foto se aprecia el interés que la audiencia pone en la proyección.



Manuel tratando de convencer a una mujer de operarse



Manuel revisando a la mujer después de la operación

El trato directo de los promotores originarios de la región con los enfermos es muy importante para lograr que las personas se atiendan. Tuve la oportunidad de presenciar el proceso para convencer a un enfermo de operarse. No es una labor fácil, muchos enfermos temen la operación o han convivido tanto con su enfermedad que ven inútil hacer algo. Manuel, actual promotor de la organización (Agosto 2004), usa todos sus recursos para convencer y lo hace con mucha paciencia. Algunas veces, por ejemplo, la persona argumenta que está así porque así lo quiso Dios, a lo que Manuel responde que Dios quiere que se atienda por eso ellos han llegado a visitarla.

En el pueblo



Farmacia en Oxchuc

Oxchuc cuenta con más de diez farmacias que despachan fármacos de patente. En algunas el dependiente habla tseltal y atiende a la gente en su idioma recetando a partir de su conocimiento. Basta comentarle los malestares a la persona que atiende para obtener algún medicamento.



Centro Salud de la SSA

El municipio cuenta con los servicios de salud de dos instituciones públicas el IMSS y la SSA. Sin embargo, éstas generalmente se ven con poca asistencia si pensamos en el tamaño de la población. Más adelante, a partir de lo encontrado en los relatos terapéuticos, reflexionaremos sobre el por qué de la poca demanda de los servicios de salud gubernamentales. Arriba se ve “El Tracoma” Centro de Salud de la SSA. Abajo observamos la unidad médica rural de Media Luna, localidad que prácticamente ya es parte del pueblo de Oxchuc.



Unidad Médica Rural IMSS



Medicinas y curadores en el mercado de Oxchuc

Los sábados y domingos son los días de mercado en el pueblo de Oxchuc. Esos días entran varias camionetas de pasajeros a Cruztón. Para las personas de la localidad, ir a Oxchuc es al mismo tiempo un día de paseo y el momento de comprar alimentos y cosas necesarias en el hogar. En un área de dos manzanas cercanas al palacio municipal se establecen puestos con innumerables productos industriales y de campo, entre ellos por lo regular se colocan varias personas que venden medicinas (tanto naturales, como vitaminas y complementos alimenticios industrializados). Los vendedores, generalmente ofrecen sus productos a grandes voces y algunos se presentan como terapeutas y dan consulta en el lugar. Alrededor de ellos siempre se ve a un gran número de curiosos. En las fotos se muestran tres tipos de vendedores. El primero ofrece consulta gratuita en tseltal y receta sus plantas, aunque cuando lo cree necesario consulta su libro y recomienda un medicamento de farmacia. El segundo (al centro) basa su venta en el uso elegante de la palabra y aunque lo hace en español tiene otras maneras para impresionar a las personas y atraer la atención (la serpiente que manipula provocó que gran número de curiosos se acercaran a observar). El tercero, por su parte escucha los malestares de la gente y ofrece productos y remedios naturales.

ESTRATEGIAS DE MANEJO TERAPÉUTICO

Una vez presentado el repertorio de recursos terapéuticos y opciones de atención que tienen a su alcance las personas de la localidad, a continuación presento una clasificación de las maneras cómo hacen uso de ellas. Así mismo luego de conocer la organización de la localidad en torno a la salud, describiré formas de apoyo social con que cuentan las personas. Tal clasificación –que se deriva de la observación, las pláticas informales y el análisis de las entrevistas en que me relataron procesos terapéuticos– responde a un criterio muy simple que es la accesibilidad geográfica. De este modo, una vez ordenadas las diferentes estrategias de acuerdo a su proximidad al núcleo familiar, tendremos una primera base para comparar y entender los procesos terapéuticos de las personas entrevistadas.

Autoatención

Con el término autoatención me referiré a todas las acciones terapéuticas que se hacen sin consultar a una persona especializada. En la autoatención el enfermo y las personas que lo rodean recurren a la experiencia que han acumulado, hacen sus propios diagnósticos y toman acciones en beneficio de su salud.¹¹¹ En Cruztón detecté 3 tipos de recursos terapéuticos que se usan sin mediación necesaria de un especialista, los cuales, pueden usarse de forma simultánea o en acciones sucesivas. El primero consiste en los *tratamientos* o prácticas que hacen las propias personas y sus familiares, como los masajes, los baños de temascal o la depilación en el caso de la triquiasis. El segundo es el conocimiento y uso de diferentes *plantas* y *remedios naturales* que se tienen en la casa, cerca de ella o en la milpa. Y el tercero consiste en el conocimiento y uso de diversos *fármacos*, que las personas consiguen libremente –sin necesidad de consulta– y en ocasiones guardan para tenerlos a su alcance cuando sean necesarios.¹¹²

Búsqueda de atención en Cruztón

En contraste, con el término búsqueda de atención en Cruztón designo las acciones que toman las personas cuando buscan apoyo de un terapeuta acreditado como tal en la localidad. En Cruztón las personas tienen básicamente tres opciones. La primera es ir a una de las seis *casas de salud* de la SSA y pedir consulta al *auxiliar de salud*; éste evalúa la persona, hace el diagnóstico y da tratamiento que, generalmente, consiste en recetar medicina gratuita del sector salud. La segunda opción es acudir a una de las siete *farmacias* particulares que existen y pedir al encargado un tratamiento aplicable a la

¹¹¹ Esto incluye las cosas que se dejan de hacer o cuando se decide no hacer nada particular para combatir la enfermedad; la espera como acción terapéutica pasiva. Menéndez (1992 y 2000) y Campos (1992), han discutido y definido este concepto.

¹¹² El uso de fármacos es considerado *autoatención* cuando no es mediado por la valoración y el diagnóstico de un terapeuta. Pues, si bien se acude a la casa de salud (donde son gratuitos) o a la farmacia (donde se compran), no es necesario pedir consejo y recomendación al encargado.

enfermedad.¹¹³ Y, la tercera, son los *rezadores*, a quienes se solicita su presencia para que pidan por la salud de la persona ante Dios y/o realicen algunos procedimientos terapéuticos (como la cura del susto o *xibel* en la cual se le da atención a el alma del enfermo) con el fin de ayudar a la persona a mejorar. Este recurso, generalmente es complementario a cualquier tipo de tratamiento que se esté usando, sin embargo también puede ser una opción alternativa, sobre todo cuando la enfermedad se ha asociado a un estado del alma o *ch'ulel*.¹¹⁴ Esto es más frecuente entre los católicos, quienes ocasionalmente también invitan a *músicos tradicionales* para complementar los rezos.

Búsqueda de atención en Oxchuc

Cuando las personas viajan al pueblo de Oxchuc tienen a su alcance básicamente cinco opciones:

1) Visitar las *farmacias* particulares –donde serán atendidos por un encargado, muchas veces acreditado socialmente como “doctor” o *poshtawanek*–.

2) Buscar atención y *medicamento en el mercado* –donde diferentes personas, especializadas o no, recomiendan y expenden diversos medicamentos, como plantas, remedios naturales y vitaminas industriales–.¹¹⁵

3) Asistir a alguno de los *Centros de Salud* o *instituciones gubernamentales* en el lugar (SSA, IMSS e INI, ahora CDI) –donde pueden recibir atención y/o tratamiento gratuito–.¹¹⁶

4) Asistir a *consultorios particulares* de paramédicos o enfermeros tseltales, que dan consulta y al mismo tiempo venden medicinas. Estos pueden residir en algún otro paraje y tener suficiente prestigio para atraer personas que no son de su localidad y, por último:

5) Visitar algunos lugares donde se ofrecen servicios de adivinación y se realizan ritos para contrarrestar enfermedades asociadas con la brujería. Estos servicios, que son desacreditados por los presbiterianos y los católicos, son prácticamente inaccesibles para las personas de Cruztón, ya que suelen ser demasiado caros.¹¹⁷

¹¹³ Generalmente se obtienen calmantes para el dolor, antibióticos y vitaminas. La presentación inyectable es la más solicitada.

¹¹⁴ Sobre este punto no hubo información explícita en los relatos. Pero en una charla ocasional con Mariano y otra con Marcelino, ambos comentaron que Don Marcos y otros viejitos saben curar enfermedades del alma como el espanto y lo hacen frecuentemente. La curación del espanto o *xibel* se realiza los jueves y es conocida como “*Yomel*”. Por otra parte en los relatos terapéuticos en que se relacionó la enfermedad con la vejez, las frases hablaban de algo que a mi parecer *puede* estar relacionado con las creencias sobre el alma registradas por antropólogos como Pedro Pitarch (1996): Don Pedro, anciano de Cruztón, por ejemplo, comentó, para describir cómo envejece, que su fuerza estaba regresando; lo que hace alusión a que las almas tienen un sitio original al que regresan.

¹¹⁵ Francisco Sánchez, por ejemplo, que llega desde Ocosingo, da consulta y receta medicina de farmacia en el mercado de Oxchuc.

¹¹⁶ Esto en teoría porque, según varios testimonios, el Centro de Salud de SSA, cobran 3 pesos por consulta, y en ocasiones no tiene la medicina y la persona tiene que ir a comprarla a la farmacia.

¹¹⁷ Ninguna de las personas mencionó haber usado este recurso y personas como la Maestra María dijeron no creer en los brujos. En varias pláticas informales en donde yo indagaba sobre las diferentes opciones que se conocían me comentaron de los espiritistas que existen en los pueblos de Oxchuc, Ocosingo y en Cancuc. Nadie asumió haberlos visitado, pero se mencionó que son muy caros. Sin embargo supe de

Búsqueda de atención fuera de Oxchuc

Finalmente encontramos la opción de buscar tratamiento fuera de Oxchuc. Las opciones a consultar pueden ser cualquiera (farmacias, consultorios, centros de adivinación y otros) pero, tratándose de San Cristóbal, Ocosingo y Tuxtla, que son centros urbanos con más población e infraestructura en salud, existen hospitales públicos y privados que dan servicios del segundo nivel de atención y en Tuxtla incluso del tercer nivel. Para enfermedades oculares, sólo una persona, de los que me relataron su experiencia, salió de Oxchuc; visitó un hospital privado, un centro naturista y el consultorio de un oftalmólogo.¹¹⁸

Organización local en salud y grupos de apoyo social

Con este rótulo me referiré a las acciones locales que se toman en relación con la salud y el bienestar de personas desvalidas. Tales acciones no son necesariamente enfocadas a la enfermedad y, generalmente, responden a normas de organización de la localidad. En Cruztón, una de las formas de apoyo social está relacionada con el papel de las *autoridades tradicionales* –“los viejitos”– que algunas veces vigilan y amonestan moralmente el comportamiento de las personas en relación con sus responsabilidades civiles hacia quienes lo necesitan.¹¹⁹ Por otra parte, están las *autoridades civiles* –comité agente, comité de educación, comité de agua, comité de electrificación y, en particular, el *comité de salud*– que también cumplen un papel importante pues son quienes gestionan y consiguen servicios del municipio y de instituciones como el Instituto de Desarrollo Humano (IDH antes DIF).¹²⁰ El apoyo social de los *comités de salud* consiste en vigilar la salud ambiental y organizar todas las actividades de salud en que participan tanto instituciones privadas como gubernamentales: ellos son el puente con el exterior en cuestiones de salud.¹²¹ Existe además otra forma de apoyo social en la comunidad que aquí nombraré *cuidados y atención*. Antes definí como autoatención a todo aquello que hace la persona, sus familiares y amigos para atender una enfermedad sin mediación de un terapeuta. Esas acciones típicamente se enfocan al

maestros y personas con mejores condiciones económicas que los consultan. Mi único contacto con alguno fue un volante publicitario en que se ofrecían servicios de adivinación y curaciones para la mala suerte en Oxchuc.

¹¹⁸ En las pláticas informales las personas me comentaron que han ido a buscar atención a lugares como San Cristóbal de las Casas, Altamirano y Ocosingo.

¹¹⁹ Más adelante mencionaremos el único ejemplo con el que tuve contacto: el caso de Doña Juana y Doña Dominga.

¹²⁰ Uno de estos servicios es la solicitud de una camioneta del municipio para trasladar, en casos de emergencia, a los enfermos al Centro de salud SSA de Oxchuc. Es algo poco frecuente, según me refiere Nicolás, él sólo lo ha solicitado dos veces. A mi sólo me tocó observar que se solicitó la camioneta en dos ocasiones: una para trasladar a los viejitos –“autoridades tradicionales”– a Oxchuc cuando se realizó el ritual del rayo y otra cuando se hizo la toma del Papanicolau en Oxchuc. La camioneta no es adecuada para trasladar enfermos, el único espacio que tiene asientos es la cabina.

¹²¹ Los Auxiliares de salud, son los únicos miembros del Comité de Salud que no cambian año con año, algunos de ellos tienen gran liderazgo y poder de convencimiento. Doña María, por ejemplo, comentó que Don Agustín le platicó de la operación para no tener más bebés y la convenció de que se la hiciera en Oxchuc hace algunos años. En relación con el Programa Oportunidades, presencié una reunión de capacitación de promotores donde se discutió acerca del Papanicolau. El supervisor de SSA, Nicolás y Don Agustín ejercieron su liderazgo y moderaron la reunión que se alargó por varias horas. El diálogo fue muy respetuoso y se escucharon todas las opiniones. Entre otras cosas se instó a los hombres a que abandonaran sus prejuicios respecto al examen y las mujeres expresaron todas sus dudas y su temor a ser “tocadas por un *caxlán*”. Al final del mes, 80 mujeres estuvieron dispuestas a realizarse el examen.

tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, con *cuidados y atención* me refiero a otro tipo de acciones en las que, sin la intención de incidir directamente sobre los malestares de la enfermedad, se busca apoyar a la persona en su vida. Dichas acciones son realizadas por los familiares, amigos y vecinos de la persona y consisten en ayuda alimenticia o apoyo con trabajo que, generalmente, se brindan cuando se ha asumido la condición de la persona como irremediable.

Proyectos y acciones asistenciales¹²²

Con este rótulo me refiero a ciertos servicios y atención gubernamentales y privados que tienen a su alcance las personas de Cruztón. Éstos consisten en acciones de salud focalizadas en la prevención y/o en la atención y asistencia gratuita para algunas enfermedades que son consideradas importantes por las instituciones que las realizan. Dichos servicios se prestan sin que las personas hayan tenido necesidad de solicitarlos, y por lo regular responden a objetivos y necesidades planteadas por grupos externos. En lo que respecta a las acciones asistenciales de gobierno, encontramos las acciones del *Programa Oportunidades* y de SSA como institución, que de forma coordinada realizan acciones concretas en los ámbitos educativo, de salud y de nutrición.¹²³ Por parte de organizaciones privadas, las opciones que han estado al alcance de las personas de Cruztón son los servicios asistenciales enfocados a la salud ocular, realizados por MSF y ACASAC, quienes han realizado acciones educativas de promoción y proyectos de asistencia quirúrgica para enfermos oculares, principalmente para enfermos de tracoma. Actualmente sólo ACASAC sigue trabajando en la región.¹²⁴

En el cuadro siguiente se aprecia de manera gráfica el repertorio de estrategias de búsqueda de atención y de apoyo social en torno a la salud que aquí he descrito. También se enumeran las personas y grupos que los realizan.

¹²² Las siglas de SSA significan originalmente Secretaría de Salud y Asistencia. En el capítulo 3, ya he descrito como trabaja esta institución en la localidad. Sus servicios, como las Casas de Salud en que se da medicina gratuita son asistenciales. Sin embargo, son un recurso que las personas tienen permanentemente y buscan en caso de necesidad. El término *proyectos y acciones asistenciales* se refiere a programas particulares, temporales y focalizados. No debe ser confundido con los servicios asistenciales en general.

¹²³ Los servicios y acciones de estas instituciones se han descrito en el capítulo 3. Acciones como la toma del Papanicolau, son promovidas por SSA y el programa Oportunidades y, algunas veces, son planteadas como obligatorias para recibir los beneficios que se otorgan. En Cruztón la toma del Papanicolau fue voluntaria, sin embargo supe de otros parajes en donde las personas fueron obligadas. La misma característica del programa, que ofrece apoyos económicos muy importantes para la familia y que la gente teme que sean retirados, en mi opinión, coacciona y condiciona la correspondencia de la gente, incluso con actividades que no desean. En Cruztón por ejemplo los seis enfermos de triquiasis que fueron operados contaban con Oportunidades y los que decidieron no operarse no reciben apoyo del programa. Es probable, como lo supe en el caso de otras localidades, que la gente haya aceptado por miedo a que se retire el apoyo, pues en las entrevistas percibí un descontento general con los resultados de la operación (en algunos casos por la falsa expectativa de recuperar la visión y en otros por las molestias que normalmente genera la intervención o porque la triquiasis “volvió” pronto a causar malestares), pero no entre quienes la buscaron por cuenta propia.

¹²⁴ Tanto la asistencia gubernamental como la privada se realiza en coordinación con el comité de salud local.

Estrategias de manejo terapéutico y formas de apoyo social comunes:	
<i>Opciones:</i>	<i>Personas que atienden:</i>
Autoatención: 1.- Con remedios naturales 2.- Con fármacos 3.- Con otros tratamientos	La persona, sus familiares y amigos
Búsqueda de atención en Cruztón: 1.- Con los pulsadores 2.- En casas de salud SSA. 3.- En farmacias particulares 4.- Con los rezadores	–Opción aparentemente extinta en Cruztón– Auxiliares de salud Auxiliares de salud y otros Ancianos, catequistas católicos y pastores presbiterianos
Búsqueda de atención en Oxchuc: 1.- En el mercado 2.- En farmacias particulares 3.- En los centros de salud gubernamentales 4.- En lugares de adivinación 5.- En otros parajes	Médicos y vendedores especializados Farmaceutas Médicos(as), enfermeras(os) y demás personal. Brujos y/o Espiritistas Curadores independientes
Búsqueda de atención fuera de Oxchuc: Todas las opciones posibles: Farmacias, Centros Naturistas, Médicos privados, Hospitales públicos y privados...	–Cualesquiera–
<i>Acciones y tipos de apoyo:</i>	<i>Grupos de apoyo y/o asistencia:</i>
Apoyo social: 1.- Gestión de recursos 2.- Vigilancia moral 3.- Vigilancia y organización de actividades en salud 4.- Cuidados y atención	Autoridades civiles Autoridades tradicionales y los principales Comité de Salud Familiares y amigos
Proyectos Asistenciales: 1.- Gubernamentales 2.- Privados	SSA, IMSS MSF, ACASAC

PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS Y SU MANEJO TERAPÉUTICO

La finalidad de esta sección es presentar a cada una de las personas que se entrevistaron y describir el manejo terapéutico que hicieron de su enfermedad. Para ello revisé 17 relatos, 5 de los cuales se refirieron a 2 personas, por lo que en total presentaré los procesos terapéuticos de 22 enfermos algunos de ellos con más de una enfermedad ocular. De estos, diez personas padecen tracoma, una de ellas en su fase inicial y otra que padece al mismo tiempo catarata. El resto padecen enfermedades oculares como el *pterigión*, el *estrabismo*, la *catarata*, entre otras. En primer lugar presento a quienes padecen tracoma simultáneamente con otras enfermedades oculares,¹²⁵ en segundo, a los enfermos exclusivamente de tracoma y en tercero a quienes padecen exclusivamente otras enfermedades oculares.

¹²⁵ Incluyo aquí, al iniciar, a tres de personas (Doña María, la maestra homónima, y Doña Hilaria esposa de Don Diego) que también se autodiagnosticaron como enfermas de tracoma pero mencionan que “los doctores” les han dicho que no están enfermas de eso y ellas mismas expresan dudas sobre cuál es su padecimiento. Al principio, dado que yo mismo no observaba presencia de *triquiasis*, pensé que se trataba de un error derivado de las pláticas de Oportunidades que percibí generaba la tendencia a referirse a todas las enfermedades oculares como tracoma, pero es posible que se trate de casos de *distiquiasis* (surgimiento de nuevas pestañas en el borde interior del párpado) que no se presentaron de manera simultánea con la *triquiasis*. Este es un punto importante pues puede haber casos en que una revisión rápida no sea suficiente para diagnosticar la necesidad de tratamiento.



María Gómez Sántiz¹²⁶

Datos generales

Doña María vive en el Barrio Centro.

Tiene 47 años.

No estudió.

Es católica.

Es madre de 11 hijos.

Ella trabaja en la milpa y el hogar.

En su casa hay una pequeña tienda.

Padece pterigión, según mi propia observación. Ella se autodiagnostica como “enferma de tracoma”.

Contexto de la entrevista

La entrevista la realicé con Lety el sábado 27 de septiembre del 2003. Esa tarde, cuando llegamos, Doña María, ayudada por su hija pequeña, desgranaba maíz frente al fogón de su cocina. La saludamos y amablemente nos invitó a pasar ofreciéndonos asiento. Mientras acercaba dos sillas pequeñas, hizo un comentario sobre la cantidad de humo que flotaba en su cocina y que, por ser tanto, lastimaba nuestros ojos.

Persona

Antes de hablar sobre su enfermedad, María nos contó que la mayoría de sus hijos viven fuera: “Tengo 4 hijos en México; mi hija mayor está viviendo en San Cristóbal, ella es maestra, se casó y se fue a vivir allá. Los otros están estudiando la secundaria en Oxchuc; tengo tres hijos en Oxchuc, la más chica sí está conmigo”. Al hablarnos sobre los problemas que enfrentan sus hijos para estudiar –pues las becas apenas alcanzan para la renta de un cuarto en Oxchuc–, María recordó que cuando fue niña ella quería estudiar pero sus papás no la llevaron porque eran muy pobres y no le podían comprar ropa. Pensar en esto la llevó a reflexionar sobre su condición como mujer campesina¹²⁷: “una como mujer siempre trabajamos más que los hombres, porque trabajamos en la casa pero también trabajamos en la milpa, quebrar la tierra, limpiar las matas, según el trabajo que hay en esa temporada, (...) aunque estés embarazada tienes que ir a trabajar”. Después siguió platicando sobre la cantidad de hijos que tuvo: “Tuve muchos hijos porque antes no se sabía nada sobre planificación familiar, fue después del programa Oportunidades que empecé a escuchar sobre la planificación familiar, pero cuando me casé, como no sabía nada, tuve los hijos que Dios me dio”.¹²⁸

Historia y descripción de la enfermedad

Al observar el rostro de Doña María noté que tenían mucha carnosidad naciendo desde el lagrimal y tapando ya en parte el iris de sus ojos. El nombre biomédico que se da a esta enfermedad es *pterigión*, sin embargo al preguntarle a Doña María qué enfermedad tenía, ella contestó: “Ah, se llama tracoma” usando el termino biomédico y no *chalam tsofts* como normalmente se le llama en tseltal. Me llamó la atención ese autodiagnóstico porque a simple vista no me pareció enferma de tracoma, al menos no en la fase triquiasis que es la más evidente. Para confirmar Lety preguntó: “¿Así le llama a su enfermedad o tiene algún otro nombre... cómo la llama en tseltal?” “No, yo digo que es tracoma” –contestó Doña María– “tengo dolor, cuando comenzó me dolía y lagrimeaba un poco, luego me salían muchos cheles” “ya tiene años, tal vez tiene como 10 años”. Lety insistió: “¿En tseltal cómo se llama su enfermedad?” “Ah, no sé, –continuó Doña María– sólo sé que me molesta la parte que está dentro de mis ojos y un poco las pestañas, pero por lo que me han dicho mis pestañas no están adentro de mis ojos... siento que se me tapa la vista, así es”.

¹²⁶ Durante la entrevista Doña María se mostró como una mujer reflexiva. Tiene varias teorías interesantes sobre el origen de la enfermedad, y además está consciente de que su condición como mujer está relacionada con la presencia de su enfermedad. Ella se muestra inconforme con su condición como mujer campesina, condición que sin embargo debe asumir.

¹²⁷ Es muy probable que haya hecho esta reflexión porque sus hermanos varones tuvieron privilegios, quizás hasta tuvieron la oportunidad de estudiar.

¹²⁸ Doña María se operó hace siete u ocho años, siguiendo el consejo del Auxiliar de salud del Barrio Centro: “Don Agustín me dijo que yo me fuera a Oxchuc para que me operaran y le obedecí. Por eso ya no tuve más hijos, ya descansé, estoy libre”.

Explicaciones sobre el origen y permanencia de la enfermedad

Doña María explica que su enfermedad es resultado de los 11 partos que ha tenido: "...digo que me enfermé de mis ojos porque al momento de dar a luz se te abren los ojos también y, por medio de la parte de tu ojo que hace que llores, *entra el frío* y, como ya te dije, cuando tenemos nuestros hijos se nos abre todo el cuerpo, sientes que hasta tus piernas quedan temblando, te quedas sin fuerza, (...) por eso creo que ahí me agarró la enfermedad, creo que por eso me enfermé". Por otro lado piensa que la ha afectado el no cuidarse después del parto: "Otra de las cosas es que como nosotras después del parto no nos cuidamos como las señoras mestizas o ricas, nosotras después de dos o tres días de tener tu bebé, nos levantamos a trabajar, a lavar la ropa con agua fría, a tejer, y tienes que trabajar aunque estés adolorida y luego no vamos al doctor, no somos como las mestizas que no se levantan luego y que van a ver su doctor". También considera que algunas condiciones de la vida de ahora y de antes están relacionadas con su enfermedad: "...comenzó porque camina el humo como está ahorita [había mucho humo en la cocina] y luego antes no nos lavábamos con jabón. Cuando era niña no existía el jabón. Sí nos lavábamos, pero con pura agua, sin jabón, por eso me enfermé". Además piensa que el baño de temascal ha sido perjudicial para sus ojos: "Luego me gusta tomar temascal y ahí es donde entra la suciedad, porque cuando tomas temascal te quemas tus ojos con el vapor del baño; después de bañarte, al salir, los ojos te arden, se siente que pican mucho después de haberlos quemado. Así comenzó mi enfermedad, cuando comenzó, primero me escocía mucho, tenía dolor y bastante ardor de mis ojos".

Acciones de manejo terapéutico

1) Utiliza flor de zacate para limpiar el polvo y la suciedad que le entra cuando está en la milpa trabajando. Es un tratamiento preventivo, la flor la busca ahí mismo, cerca de la milpa. 2) Un señor le recomendó penicilina, le dijo que se pusiera, que era buena para los ojos. 3) El mismo señor, después le dio unas gotas, no especificó de cuáles. 4) Ella misma, en una ocasión, compró gotas en una farmacia de Oxchuc 5) Por otra parte, su esposo, el mismo día de la entrevista, compró unas gotas que un médico del mercado ofrecía con voz fuerte, diciendo que eran buenas para curar enfermedades de los ojos. 6) Acudió a una revisión ocular coordinada entre las instituciones INI, MSF y SSA¹²⁹. 7) Ahora espera la venida de los doctores de ACASAC con los que se operó la maestra María, su vecina, pues también quiere operarse.

El caso de Don Miguel, el esposo de Doña María



"Nube"

Don Miguel, el esposo de Doña María, padece "nube en el ojo" o catarata. No pude entrevistarle pero Doña María me contó algo de su enfermedad y tuve una plática informal con él. Ella cuenta que lo revisaron en "El tracoma", pero le dijeron que ya no podía ser operado porque su enfermedad empezó de muy chico y estaba avanzada, lo único que pudo hacer fue conseguir lentes, probablemente gracias al auxilio de sus hijos que viven en San Cristóbal.

¹²⁹ Esta revisión tuvo lugar en el 2001. La participación conjunta de estas instituciones no fue de manera formal. Nicolás (SAS de la SSA) – cuando iniciaba su trabajo en Cruztón– recibió capacitación del INI y mantuvo relación con esta institución en Oxchuc, por ello, al llegar el proyecto asistencial de MSF al municipio, en vinculación con el INI, se solicitó el apoyo de él para reunir a las personas de los barrios para la revisión.

La maestra María Sántiz y su esposo Alejandro

Datos Generales

Ella tiene 43 años, él alrededor de 45.
Ambos terminaron la Normal Primaria.
Ambos son evangélicos.
Ella trabaja como Maestra en Cruztón.
Él vende y compra maíz y transporta personas en su camioneta los días de mercado o en viajes especiales.
Ella ha sido operada de pterigión pero se autodiagnostica como enferma de tracoma usando el término en español.
Él ha perdido la agudeza visual.



Contexto de la entrevista

El mismo día que me presenté en la localidad conocí a Don Alejandro. Él me contó que su esposa recientemente había sido operada y me invitó a que un día pasara a visitarlos. Pocos días después, el 3 de septiembre del 2003, me presenté en su casa acompañado por Lety, ya había oscurecido, él nos recibió con amabilidad y nos invitó a sentarnos a su mesa. Antes de hacer la entrevista sobre la enfermedad de su esposa platicamos sobre varios temas, principalmente de su familia y su trabajo. Inicialmente, pensé pedir que el relato de la enfermedad fuera en español, pero como noté que Doña María prácticamente no había hablado durante la charla previa, le sugerí que si quería podría platicarnos sobre su enfermedad en tseltal. Ella prefirió de ese modo. Don Alejandro participó activamente en el relato. Al final tomamos café y cenamos carne de res en caldo.

Personas

Doña María trabaja como maestra en la escuela de Cruztón desde hace muchos años. Ella es originaria de Ts'unun, un paraje de Oxchuc. Se conoció con su esposo, Don Alejandro, durante sus estudios en la Normal para profesores. Él es originario de Cruztón, es profesor, pero se ha retirado de la enseñanza.

Doña María: Como maestra Doña María tiene un estatus diferente al que tienen las mujeres de Oxchuc. Ella puede sentarse a la mesa junto con los hombres y sus compañeros maestros, mientras que en la mayoría de los actos públicos la mujer está claramente detrás de la escena ocupada en las labores domésticas. A pesar de esta distinción, Doña María no ha dejado de usar su traje típico, se lo pone cuando va al mercado a Oxchuc o cuando viene a algún mandado en San Cristóbal. Cuando tiene tiempo, Doña María también ayuda en algunas tareas relacionadas con la milpa, tiene a su cargo las labores domésticas y comparte con su esposo la atención de su pequeña tienda en Cruztón.

Don Alejandro: Tal vez Don Alejandro sea la persona más próspera de Cruztón, es el único que posee una camioneta y todos los sábados y domingos la utiliza para llevar y traer personas entre Oxchuc y Cruztón, cobra 8 pesos por persona. Entre semana, cuando no tiene que hacer algún viaje especial, atiende su milpa. En Oxchuc tiene casa propia y una tienda en donde compra y vende maíz, en ocasiones hace viajes a Comitán para comerciar su producto. Don Alejandro fue destituido como maestro en Cruztón porque tuvo problemas de alcoholismo. Ahora ya no toma. Pudo dejar la bebida cuando se convirtió de católico a evangélico hace un par de años. Sus hijos mayores son profesionistas y viven en Tuxtla, Comitán y San Cristóbal. Ha viajado al DF y a Guanajuato. Tiene un trato muy afectuoso con sus hijos y esposa (se preocupa por ella y le habla con cariño). Sus hijas de seis y siete años no son tímidas –como noté que los pequeños de Cruztón suelen ser ante los extraños– al contrario fueron muy sociables y desinhibidas desde la primera vez que las vi; su papá les habla en español y tseltal. En este año (2004), Don Alejandro, según pudo comentarme, ha participado en la campaña presidencial de la ahora presidente electa C.P. María Gloria Sánchez y tendrá un cargo público durante su administración.

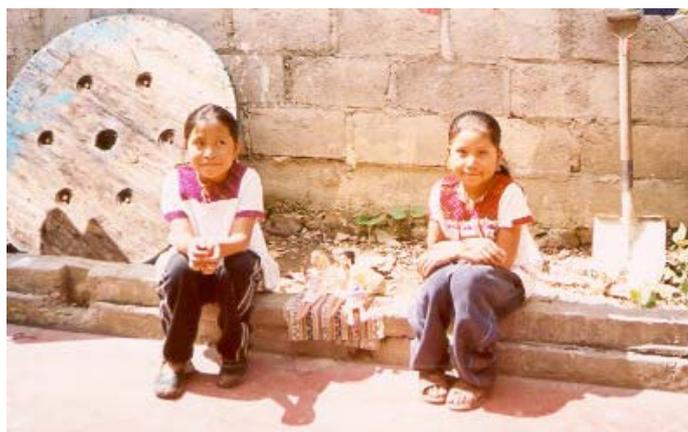


Foto de las hijas de Don Alex y Doña María

Historia y descripción de la enfermedad

Doña María cuenta: “Bueno esta enfermedad me agarró dentro del temascal, has de cuenta que fue basura que entró en mi ojo y así es como comenzó. Le dije a mi esposo que lo viera, pero no había nada, yo pensé que era basura, pero no es, salió dos o tres meses y ni así se curó, al contrario me agravé más”. “Después empezó a nublarse mi vista, ya no miraba bien, hasta ahora sigue igual y aparte de eso me da mucho dolor de cabeza”. “Y cuando me duele mucho se me tapa de nuevo la vista, como si hubiera basura, pero no hay, sólo que se siente como basura. “Así comenzó, poco a poco, tiene como dos o tres años, pero desde hace un año me molesta mucho, porque no veo bien, luego me da mucho dolor de cabeza y no tiene ninguna mejoría”. “Tengo dolores, me lloran mis ojos y en las noches o a la media noche me duele bastante”. Doña María fue operada en agosto del 2003. Un mes después de la entrevista comenzó a usar lentes.

Don Alejandro cuenta: “Siento que igual me está empezando como a mi mujer”. “...tiene dos semanas todavía que comencé a ver borroso”. “Tengo la vista borrosa, tiene como dos semanas que mis ojos comenzaron así, se siente como si tuviera algo adentro. Cuando quiero manejar en la noche, ya no veo”.

Explicación sobre el origen de la enfermedad

La maestra María, al igual que su vecina homóloga, relaciona su enfermedad con el baño de temascal: “Empezó porque antes era puro temascal, puro baño de temascal tomaba. Así fue como me empezó, has de cuenta que entró basura en mi ojo”. “Algunos me decían que estaba enferma porque alguien me quería hacer daño, pero no les creí y ni creo, por eso no creo en los espiritistas, sólo en los médicos, sí Dios quiere que me cure, bien, y si Dios quiere que me voy, va a llevarme, ni modos, me voy”. Por su parte Don Alejandro se ha dado cuenta que su visión ha aminorado, pero no tiene ninguna explicación sobre lo que lo ha originado. Comparte con su esposa el escepticismo ante brujos y espiritistas.

Acciones de manejo terapéutico

Doña María: **1)** Comentó que ha buscado y usado muchas cosas desde que inició su enfermedad: “Ya pedí bastantes inyecciones para mis ojos, bastante remedio, bastantes pastillas para curarme”. **2)** Fue al Hospital de Esquipulas en San Cristóbal de las Casas por consejo de un hermano **3)** Acudió dos veces a buscar al médico del INI en Oxchuc pero no lo encontró. **4)** Alguna vez fue al Centro de Salud SSA en Oxchuc: “El tracoma” **5)** Compró gotas de uña de gato con un médico del mercado **6)** Acudió a revisión ocular que INI-MSF-SSA hizo en Cruztón. **7)** Fue contactada por ACASAC y operada por ellos en San Cristóbal (las gestiones las hizo Don Alejandro cuando se encontró con los promotores de la organización). **8)** Fue a consulta con un oftalmólogo en San Cristóbal, éste checó cómo quedó la operación y le hizo su graduación optométrica. **9)** Compró sus lentes en la óptica que está en el consultorio particular del mismo doctor.

Don Alejandro: **1)** Acudió a la revisión ocular de INI-MSF-SSA en Cruztón **2)** Usa las gotas de su esposa **3)** Sabe que necesita lentes pero se está aguantando. Prefirió no tomar consulta con su esposa en San Cristóbal, como dijo que haría, probablemente para evitar más gastos.

María Gómez López



Datos generales

Doña María vive en el Barrio Natilwitz.
Tiene 50 años de edad.
No estudió.
Es Católica.
Trabaja en la casa y en la milpa.
Ha sido operada de “nube” (catarata) y de *chalam tsots* (triquiasis).

Contexto de la entrevista

El 5 de octubre del 2003, junto con Lety, nos encaminamos muy temprano a casa de Doña María. La encontramos en la semi oscuridad de su cocina. Mientras ella hacía las tortillas, a la luz del fogón, nos platicó sobre sus dos enfermedades. Estaba presente Héctor, su hijo menor –de unos 25 años– y su única hija –de alrededor de 30–. Doña María vestía su traje típico porque una hora más adelante asistiría a la ermita a la misa dominical. El relato fue en tseltal. Héctor que habla español me mantuvo al tanto de lo que se decía.

Persona

Doña María es originaria del Tsay, un paraje vecino. Vino con sus hijos a Cruztón porque ellos tuvieron una pelea allá (al parecer disputaban la propiedad de unos terrenos) y temen regresar. Como la gran mayoría de las mujeres de Cruztón trabaja al mismo tiempo en la casa y en la milpa. Su esposo y dos de sus 5 hijos viven en San Cristóbal. Cuenta con apoyo del programa Oportunidades. Recibe \$300 pesos bimestrales, justo lo que cobran las mujeres adultas que ya no tienen hijos en edad de estudiar.¹³⁰

Historia y descripción de la enfermedad

Sobre la “Nube” nos dijo: “Empezó cuando nací, nada más estuve bien dos semanas, dicen que me creció nube...” “...lloré cuando me empezó (...) ¡porque duele!. En ese tiempo yo no pensaba todavía, como era niña, no sabía pensar”. “Me dolió mucho no podía dormir por eso, como antes no sabían curar, sólo sabían pulsar la mano, así lo hacían los viejitos antes...” Doña María no especifica el origen de esta enfermedad pero comenta que de niña su mamá la llevó a que la pulsaran, lo que significa que probablemente se atribuyó a la brujería. *Sobre su segunda enfermedad nos dijo:* “...y luego me creció el *chalam tsots*, era yo de este tamaño” –señala la altura metro y medio–, “me empezó primero que ya no miraba bien, empecé a ver borroso y entonces mi pobre mamá me dijo, ‘hay hija veo que tu enfermedad es *chalam tsots*’, y entonces me quitaba las pestañas”.

Acciones tomadas durante su proceso terapéutico

Para atender la “Nube”: **1)** Su mamá la llevó a que los viejitos de “antes” le tomaran el pulso. **2)** Doña María cuenta que estuvo en una búsqueda constante de remedio, pero no lo encontraba. **3)** Hasta hace unos 15 años, se enteró que unos doctores especialistas estarían por 15 días operando en el Centro de Salud del IMSS en Oxchuc y decidió operarse con ellos.

Para atender el “chalam tsots”: **1)** Su mamá la depilaba cada 15 días con el objetivo de que las pestañas no la lastimaran. **2)** Alguien le habló de la operación y fue al “Tracoma” (Centro de Salud SSA en Oxchuc) a preguntar por la operación. **3)** Es operada por primera vez hace seis o siete años. **4)** Pasados tres o cuatro años va a la revisión ocular que realizó INI-MSF-SSA en Cruztón. Como las pestañas habían vuelto a su ojo le propusieron volverla a operar. **5)** Se vuelve a operar hace tres años junto con varios de los enfermos de triquiasis que hay en Cruztón. **6)** Actualmente ella se lava la cara diariamente con jabón y sigue los consejos que se le dan en las pláticas porque considera que así no va a recaer en la enfermedad.

¹³⁰ Actualmente el programa ya no apoya a ancianos o padres de familia que no tienen hijos estudiando, por fortuna Doña María alcanzó a obtener el apoyo antes de este cambio.

Diego López e Hilaria Sántiz

Datos generales

Viven en el Barrio Centro.

Él tiene 62 años, ella 56.

Él llegó a 3° de primaria, ella no estudió.

Ambos son católicos.

Él trabaja en la milpa, ella además de la milpa atiende el hogar.

Don Diego fue operado de triquiasis, Doña Hilaria tiene molestias en sus ojos pero no está segura qué enfermedad tiene. Ella piensa que es *chalam tsots*.



Contexto de la entrevista

Lety y yo visitamos la casa de Don Diego y Doña Hilaria el 11 de octubre del 2003. Ese día Don Diego acababa de llegar de Oxchuc y se probaba las botas que compró allá. Su esposa estaba descalza. El suelo de la cocina, donde tuvo lugar la entrevista, es de cemento. La casa se veía limpia y ordenada. La entrevista fue en tzeltal, aunque por momentos Don Diego se dirigía a mí en español.

Personas

Don Diego y su esposa Doña Hilaria viven solos porque sus hijos ya se casaron. Varios de ellos migraron a Tuxtla y San Cristóbal. Don Diego ha pasado por todos los cargos civiles de la localidad y ahora es principal. Doña Hilaria recibe \$300.00 bimestrales de apoyo por parte del programa Oportunidades. Como Don Diego habla un poco de español, antes de que nos fuéramos, me pidió que le diera algún consejo. Fue algo totalmente inesperado para mí, realmente no sabía que decir, me sentí un tonto al decirle que trabajara duro y que fuera responsable.

Acerca de la enfermedad

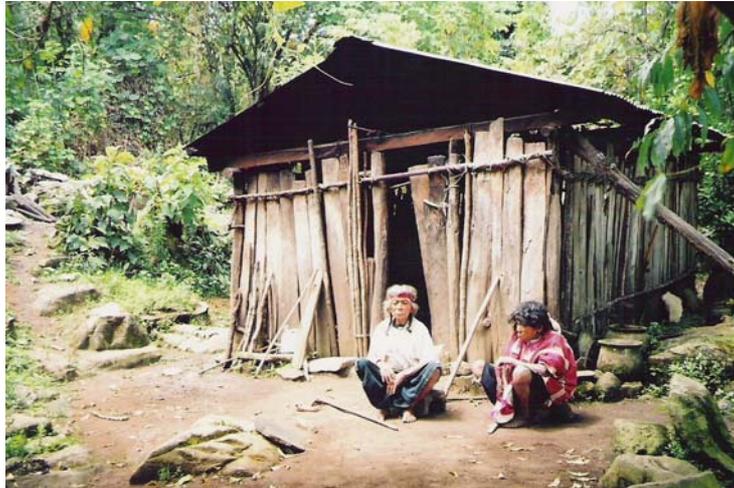
Don Diego utiliza dos términos para referirse a su enfermedad: La palabra biomédica *tracoma* y la palabra tzeltal *chalam tsots*. Dice que tiene como 35 ó 40 años que se enfermó y piensa que fue por contagio: "Comenzó porque el difunto, mi papá, también estaba enfermo de los ojos y yo era quien le quitaba o le arrancaba las pestañas y por eso pasó su enfermedad hacia mí". Además considera que su condición de campesino lo ha perjudicado: "...como trabajo en el monte, varias veces le pegué con las ramas y me entraba tierra en los ojos". Él describe las molestias de su enfermedad así: "Cada día siento el humo, siento como si tuviera chile; siento fuerte el calor, cuando hace calor no puedo caminar, sólo cuando hay sombra". Sobre la enfermedad de Doña Hilaria Don Diego comenta: "Tiene *chalam tsots* le nacieron otras pestañas adentro del ojo y esas la lastiman. Pero no son igual nuestras pestañas, son totalmente diferentes. No se pueden quitar, no se ven bien, son muy pequeñas, no cualquiera puede sacarlas". Ella dice: "Los doctores tampoco me dijeron qué enfermedad es la que tengo". "Creo que mi enfermedad es diferente a la de mi marido, porque la de él, todos los días tiene rojos sus ojos, en cambio los míos no, por eso dice el doctor que están bien, así es como estoy". Don Diego explica que dada su condición de mujer y falta de apoyo familiar, ya que ya no tiene hijas que puedan ayudarla, ella no desea operarse. Además comenta que si ella se operara no habría quien lo atendiese a él.

Acciones de manejo terapéutico

Don Diego: 1) Lo depilaban periódicamente. 2) Acudió a comprar gotas a una farmacia de Oxchuc. 3) Fue a consulta con Don Agustín en Cruztón. 4) Acudió a la revisión ocular que hizo INI-MSF-SSA en Cruztón. 5) Fue operado en Oxchuc. 6) Después de la operación ha buscado otros tratamientos para aminorar los malestares que tiene, usa gotas, seguramente de Cloranfenicol.

Doña Hilaria: 1) Acudió a la revisión ocular de INI-MSF-SSA en Cruztón. 2) Le ha puesto gotas y pomada de terramicina que consigue en la Casa de Salud de Cruztón.

Dominga y Juana Gómez López



Sentadas frente a su casa



Doña Dominga

Datos generales
Viven en el barrio Xuktawits.
Dominga tiene alrededor de 85 años y
Juana cerca de 90.
Se dedican a criar gallinas.
No tienen ningún documento legal.
No figuran en los censos de SSA.
Ambas son ciegas.
Juana por tracoma
Dominga, al parecer, por catarata.



Doña Juana



Doña Juana caminando junto a las casas de sus gallinas

Contexto de la entrevista

La entrevista se realizó el 4 de octubre del 2003. Yo conocí a las señoras unos días antes, pues Don Agustín me pidió que lo acompañara a visitarlas y que le hiciera el favor de tomarles unas fotos: “Quiero que me acompañes a ver unas viejitas. Ellas están enfermas y yo quiero ayudarlas. Quiero que el presidente municipal les mande lámina para componerles su casa, pero para que vea que sí, necesito llevarle fotos” –me dijo– y yo accedí interesado a su pedido. Salimos ese mismo día como a las 11 de la mañana. Después de caminar 30 minutos por una vereda pedregosa –que trepa y luego rodea el escarpado *Xuktawits* (cerro cercano al barrio Centro)–, cruzando por pleno matorral cuando acabó la vereda, arribamos a una choza pequeña y semidestruida. Realmente me sorprendí al ver a Doña Juana y Doña Dominga y conocer sus condiciones de vida. Ese día Dominga se encontraba amasando una bola de *pozol* en su metate –bastó que se distrajera un momento ante nuestra presencia para que los dos cachorros caninos que las acompañan, aprovecharan para robar una mordida de la masa en el metate–. Un poco aturrido ante la crudeza de su vida en aquel rincón de la montaña, cumplí con el pedido, hice unas pocas preguntas a través de Don Agustín y nos retiramos. Unos días después, el 4 de octubre, regresé a visitarlas acompañado por Lety y Don Mariano quien accedió a mostrarnos el camino. La casa es una choza pequeña, no tiene muebles, ellas duermen en unas tablas que acomodan por las noches. En el centro está la fogata, donde cocinan y se arriman para calentarse, a los costados hay estantes hechos con tabla donde hay morrales sucios, canastos, ollas de barro, bultos y cubetas donde las señoras guardan sus enseres. Las tablas donde duermen nos sirvieron como asiento. Ese día hervían unas papas que una amiga –quien normalmente les ayuda y les hace encargos– les trajo del mercado. La entrevista fue en tselal; la hicimos con Doña Dominga porque su hermana se mostró tímida y reservada.



Dominga en su metate

Su situación en la localidad

Aisladas en un rincón del bosque, sin ningún documento legal, sin acceso a los programas gubernamentales y olvidadas por la mayor parte de la población, Doña Juana y Doña Dominga virtualmente no existen. Exceptuando a sus pocos amigos, a los sobrinos que están como responsables y a sus vecinos –quienes por vivir en el mismo cerro ocasionalmente pasan cerca de su casa– nadie parece recordarlas. Cuando mostraba sus fotos a diferentes personas, era evidente su sorpresa, algunos apenas las recordaban, otros era la primera vez que sabían de ellas.



Juana caminando

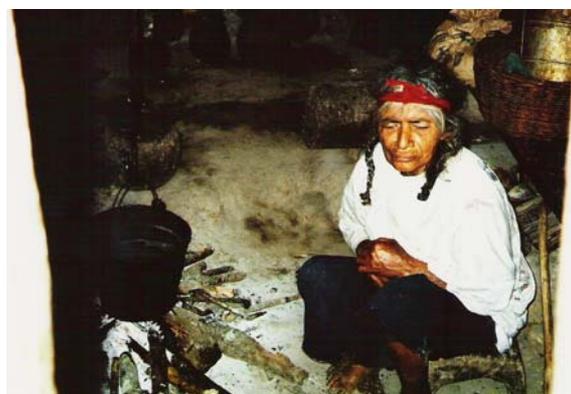
Personas

Dominga nos cuenta: “Fuimos cinco mujeres dentro de mi familia. No tengo hermanos, tengo sobrinos, hijos de los hermanos de mi papá. Cuando se murió mi papá, quedamos huérfanas, se quedaron los muchachos a nuestro cargo. Ellos se hicieron responsables de mí, me tienen que ver porque todo el terreno de mi papá les quedó a ellos, por eso es su responsabilidad traernos comida, traernos sal, todo”. A pesar de ello, Doña Dominga se queja de que, Don Agustín (quien me las presentó) y Don Calixto, sus sobrinos, a veces se olvidan de atenderlas, tardan en visitarlas para llevarles leña y reniegan de su responsabilidad de darles el maíz necesario para su sobrevivencia avergonzándolas con regaños cuando reclaman que no les alcanza. Quizá por ello, ellas prefieren mantener un margen de independencia: “Yo también busco la forma de cómo conseguir mi comida, produzco pollos, gallinas, vendo huevos o vendo un pollo y así ya compro según lo que quiera comer, compro mi maíz” –comenta Dominga con orgullo–. Por otra parte, no han aceptado la oferta de sus sobrinos de ir a vivir a sus casas para que las puedan cuidar mejor. Ellas temen que sus señoras las maltraten y, seguramente, se dan cuenta que fuera del cerro en el que han vivido y conocen a la perfección estarían doblemente desvalidas.

Doña Dominga y Doña Juana quedaron ciegas desde muy pequeñas y esa condición significó no poder formar su propia familia. Cuando Lety preguntó a Doña Dominga si alguna vez se casó, ésta contestó: “Sí, pero fui devuelta. Porque aunque te cases, como vas a saber mantener tu esposo, como vas a asear tu casa, (...) aunque estés bonita, aunque tengas ropa bonita, de qué te sirve si no ves cómo es el mundo, por eso nos quedamos solas”. “¿Y no tuvo niños?” –inquirió Lety– “No” –negó Doña Dominga– “no tuve porque no estuve ni un año con mi marido. Nada más estuve como cinco o seis meses y por eso no tuve niños. Luego yo era una niña, no sabía la razón, todavía no era mujer”. Doña Juana por su parte también fue devuelta. Ambas sufrieron maltratos, Dominga cuenta que les pegaban con la espalda del machete. A pesar de su ceguera, por las noches, Doña Dominga cuenta con un espacio por donde mirar, recuerda que de pequeña conoció los rostros de sus padres y hermanas y hasta hoy los ve: “A veces sueño que viene mi mamá, que viene mi papá, que vienen mis hermanas que ya están enterradas y cuando vienen les hablo. A veces no les hablo, sólo los veo que están ahí, sólo los veo pero nunca he comido con ellos en mi sueño, sólo los veo”. Y en estas frases Dominga muestra su preocupación diaria, ella no piensa en recuperar su vista, ella sólo quiere comer bien... Compartir la comida con los que quiere.



Doña Juana dando de comer a los pollos



Doña Dominga junto al fuego

“No sé cuántos años tengo ni cuántos años tiene mi enfermedad, lo único que sé es que siempre estoy sentada aquí”

A pesar de lo triste de su vida, Doña Dominga sonrió al recordar los juegos que realizaba en su niñez: “Jugaba con mis 4 hermanas, éramos 4 compañeras que jugábamos: brincábamos los barrancos, hacíamos maromas, jugábamos a las resbaladillas... Esos eran nuestros juegos, así es como era de niña”. Y se rió aún más, de forma jocosa, cuando preguntamos a que cosas tenía miedo: “Sí tenía miedo” –dijo entre risas– “le tenía miedo al Diablo. Cuando escuchaba un ruido, cuando alguien tocaba sobre la puerta o sobre el techo, o cualquier cosa que cayera e hiciera ruido me daba miedo. Porque decían que era el Diablo, pero yo le decía ‘¿qué es eso?’ ‘No me espante señor’, así le decía yo, ‘no me espante abuelo’, ‘¿acaso te he hecho algo?’, ‘¿que te he dicho?’, ‘¿acaso me quieres comer?’, ‘¿acaso te estoy molestando tu chile [tu pene]?’”.



Doña Dominga sonriendo

Historia y descripción de la enfermedad

Dominga cuenta: "Era de este tamaño" –señala un metro de altura, más o menos– "cuando crecí no miraba bien de por sí. Mi difunta mamá me decía: 'anda a cortar verdura, frijol, pepena el maíz', pero no miraba nada, me decía mi mamá: '¿qué te pasó?', le decía yo que no sabía, pero que no podía ver". "Llegó el momento que ya no miraba nada, no miraba mi camino, cuando iba al baño, me quedaba en el monte". Mariano comenta que aún ciega Doña Dominga podía visitarlo: "Cuando me casé llegaba a mi casa. Me iba a visitar me iba a ver, se tratan de cuñada con mi hermana, porque somos puros kulubes los que vivimos aquí, por eso me da tristeza de verlas así". "Cuando yo vine a vivir aquí en 1980 ella caminaba todavía, llegaba a la casa de mi hermana, a donde pasamos hace rato, iba a visitar, pero tiene como dos o tres años que ya no sale a visitar. Y me llegaba a mirar también; para que llegara a mi casa, venía alguien a traerla para que no se fuera a caer, porque una vez que le enseñabas el camino, ella sabía caminar bien, pero te digo que tienen dos o tres años que ya no sale". Lety preguntó por el tiempo que ella lleva enferma pero no supo contestar, al preguntar por su edad ella contestó: "No sé cuantos años tengo ni cuantos años tiene mi enfermedad, lo único que sé, es que siempre estoy sentada aquí". Lety prosiguió: "¿Cuando usted era niña vio cómo eran sus papás y sus familiares?" "Sí, vi cómo eran mis papás, vi cómo era su cara, cómo era su ropa, entonces sí podía ver bien, pero ahora ya no veo nada" –contestó Dominga– "...me acuerdo cómo comenzó, me enfermaba mucho de los ojos, me salían muchos cheles hasta se me cerraba los ojos por eso, pero nunca le tomaron importancia, nunca me curaron, ni le pusieron yerbas y como me iban a curar si no había remedio. Cuando me comenzó, me dolían los ojos, igual está mi hermana".

El caso de doña Juana es aún más triste, ella tiene *chalam tsots*, sus ojos se han pegado, ya no los abre. Además Doña Dominga comenta que una hermana que murió también tuvo *chalam tsots*: "La otra mi hermana también estaba enferma de los ojos, pero ella ya se murió, ya tiene siete u ocho años que murió ella también era cieguita, las tres estábamos ciegas". "Éramos iguales, no sabíamos dónde ir a traer leña, ni donde ir a traer agua porque no miramos nuestro camino y no sabíamos por donde ir". "¿Qué le pasó a tu hermana que se murió?" "Mi hermana se enfermó, se hinchó". "Mi hermana" –se refiere a la que está viva– "comenzó su enfermedad con puro lagrimeo de sus ojos. Tardaba de una a dos semanas Y mi hermana, la que murió, igual se enfermó, ya estaba un poco grande cuando se agravó de sus ojos. Cuando se agravó no quería que le abrieran sus ojos. Sus pestañas entraron adentro y entonces se le pegaron los ojos y ya no podía ver y cuando le queríamos abrir le dolían. Así es como las tres nos quedamos ciegas".

Explicación sobre el origen de la enfermedad

Doña Dominga comenta que sus papás atribuyeron su enfermedad a la brujería: "Entonces mi mamá empezó a decir, y como antes decían que había Diablo, por eso mi mamá decía que era el Diablo que provocó que me quedara ciega, dicen que antes había muchos nagueles y eso no permitía que crecieran los niños, no todos crecíamos, moríamos". Dominga comenta respecto a la enfermedad de su hermana Juana: "Ella también se enfermó. Vivíamos juntas, juntas nos comenzó, éramos tres ciegas, por eso decía mi mamá que era el Diablo que hizo que me enfermara y poco a poco me fui agravando". Ahora Doña Dominga y su hermana simplemente han aceptado su condición. Su preocupación es comer bien y tener una casa mejor.

Acciones de manejo terapéutico

Con Doña Juana y Doña Dominga encontramos dos formas diferentes de acciones de *manejo terapéutico*, las primeras corresponden a los intentos que tuvieron en el pasado para curarse y aminorar sus malestares. Estas acciones las podemos enumerar así: **1)** El pulsador con el que fueron de pequeñas y, **2)** En el caso de Doña Juana tal vez la depilaron cuando sus papás aún vivían, aunque no se comentó al respecto y tanto ella como su hermana muerta dejaron que se pegaran sus ojos. Por otro lado, encontramos los *cuidados y atenciones* que reciben ante una situación que se ha aceptado como irreversible, en este sentido, Doña Juan y Doña Dominga cuentan con la ayuda de: **1)** Sus sobrinos que son sus responsables. **2)** La amiga que las ayuda. **3)** Los vecinos que de vez en cuando las visitan y les llevan algo. **4)** Y de los viejitos –"autoridades tradicionales"– que ocasionalmente reprenden a los sobrinos y les dicen que no se olviden de las viejitas.

Josefina Sántiz Gómez

Datos generales

Vive con sus papás y sus 5 hermanos en el Barrio Xuktawits.

Tiene 6 años de edad.

Estudia primer grado de primaria.

Sus papás son: Mariano Sántiz y María Gómez.

Ambos trabajan la milpa, cultivan café y plátano y además se turnan para atender una tienda pequeña en el Barrio Centro.

Doña María además realiza las labores domésticas.

Josefina muestra signos de tracoma folicular, pero llama la atención que dichos signos persisten pese a los tratamientos que ha recibido y a que su familia manifiesta seguir todas las normas de prevención e higiene que indica el programa Oportunidades.



Contexto de la entrevista

Visité su casa junto con Lety el 4 de octubre del 2003. Esa mañana nos encontramos con Mariano, su papá, en el mercado de Oxchuc y ahí nos pusimos de acuerdo para vernos en su tienda del Barrio Centro e ir a su casa en el Barrio Xuktawits. Desde la tienda, caminamos cerca de media hora, cruzando el espeso follaje que hace oscura la vereda unos minutos antes de llegar a su casa. Ésta se encuentra a la orilla de un pequeño acantilado, el suelo es irregular con grandes piedras que se deben rodear. Aunque la casa y el paisaje a su alrededor –con matas de plátano y café en las cercanías– me parecieron muy bellos, Don Mariano no lo cree así, para él es feo y le apena que su casa esté entre las piedras. La entrevista fue en el interior de su cocina, que se apreciaba limpia y ordenada como otras veces que los visité. Nos invitaron a comer un elote asado. El relato de Mariano fue muy fluido y abierto, Doña María intervino algunas veces para complementar a su esposo cuando se refirió al programa Oportunidades.

Personas

Josefina es una niña muy bonita. Es un tanto tímida, las veces que visité su casa, nos observaba a la distancia pero cuando le preguntábamos algo sonreía y ocultaba su rostro sin contestar. Mariano, su papá, es un hombre joven, tiene 40 años y manifiesta ser respetuoso hacia las normas de la comunidad, cumpliendo los mandados de los viejitos y demás autoridades. María, la mamá, es una mujer de 37 años, recuerda que de joven trabajó de empleada doméstica en Tuxtla y que allá aprendió a lavar la ropa seguido como le pedían sus patrones, por lo que siempre cuida que sus niños estén limpios y arreglados. Mariano nos contó que, en 1998, al ver lo difícil de la vida en Cruztón, decidió ir a vivir a la selva para probar fortuna. Tenía todo preparado, pronto saldrían con su hermano, sin embargo tuvo un sueño. Una mujer muy linda, que como él dice “tal vez fue la virgen”, le dijo que no se fuera, que pronto tendría buenas cosecha. Y fue verdad, se quedó y ese año produjo bastante maíz, café y plátano. Poco después –en un cuarto que le presta su pariente Don Agustín en el barrio Centro justo frente a la ermita–, pudo poner una pequeña tienda que día con día se da tiempo de atender, sobre todo los domingos cuando las personas que vienen a misa aprovechan para comprar azúcar, un poco de galleta, pan, huevo, que son algunas de las pocas cosas que él expende. Don Mariano y Doña María tienen 5 hijos aparte de Josefina, en total son 3 niños y 3 niñas. Mariano valora el tener hijos varones. Después de Josefina, habían pensado en planificar pero decidieron tener un hijo más y para su “fortuna” resultó niño. Ahora Mariano, analiza la posibilidad de hacerse la vasectomía, sólo que si lo decide no lo dirá a nadie pues luego otros hombres podrían criticarlo. Don Mariano y su familia son católicos. Mariano terminó su primaria, Doña María sólo llegó a tercero porque sus padres la sacaron de la escuela para que ayudara en el trabajo, tiempo después se fue a Tuxtla donde, como ya comenté, fue empleada doméstica.



Josefina y su familia

Historia y descripción de la enfermedad

Josefina tiene tracoma folicular, ese fue el diagnóstico que hizo la organización Médicos sin Fronteras. Por lo que entendí esta organización visitó la casa de Mariano en el 2001. Mariano relata que, de no ser porque lo visitaron, él no se habría dado cuenta que Josefina estaba enferma: “¿Cómo comenzó su enfermedad?” –preguntó Lety– “...se puede decir que es cuando nació” –contestó Mariano– “En ese tiempo no había ningún doctor que te visitara a tu casa, cuando me di cuenta que estaba enferma, ni recuerdo cuantos años tenía ella” “Los médicos de la frontera [Médicos sin fronteras] me dijeron que esa enfermedad es la que tenía.” “Ahí es donde supe que ella estaba enferma”. Ahora Mariano sabe incluso diagnosticar las diferentes fases del tracoma, pues un médico del INI le dio un folleto y le enseñó como era el proceso de la enfermedad. Sin embargo, está muy preocupado porque a pesar de todos los tratamientos recibidos y que él sigue los consejos del programa Oportunidades, Josefina sigue con sus párpados inflamados y aún muestra folicúlos en el interior. Mariano teme que, de seguir así, Josefina se vuelva ciega como sus parientes: Doña Juana y Doña Dominga. Por ello, para recibir apoyo para curar a Josefina, me pidió que trajera su plática –la grabación– a los doctores.

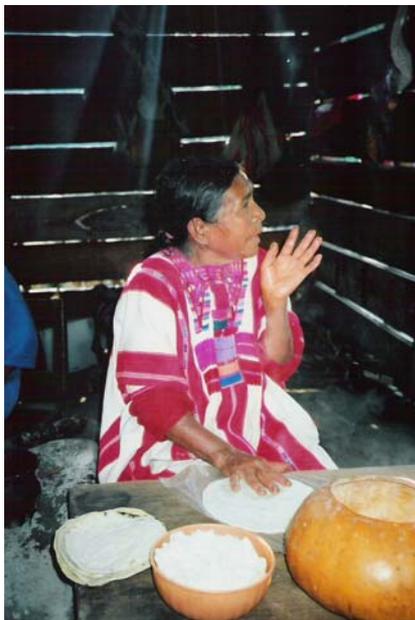
Explicación sobre el origen de la enfermedad

Mariano piensa que su hija se enfermó porque Doña Dominga lo visitaba cuando ella era recién nacida. Él analiza que dado que la viejita está muy mal de sus ojos, un día que la invitó a tomar un baño de temascal y entraron junto con la pequeña, la señora le pasó el mal: “Entonces yo y mi esposa pensamos que desde ahí agarró la enfermedad, como ya escuchábamos las pláticas, de que nos contagiamos entre nosotros. Entonces empecé a molestar a mis otros hijos diciéndoles que se encerraran en la otra casa para que no se enfermaran también. Y digo, tampoco es culpa de la viejita de que se contagie uno, pero así es como nos contagiamos”. Mariano sabe que la higiene es importante, pero admite que en época de secas a veces es difícil encontrar agua para bañarse. Para llegar a la olla del agua más cercana, sin carga, se camina entre 20 y 30 minutos.

Acciones de manejo terapéutico

1) Diagnóstico de tracoma folicular y atención con Azitromicina, antibiótico que en una sola dosis quita la infección, por parte de Médicos sin Fronteras en Kanteal. 2) Viaje a San Cristóbal, pero sin recibir atención pues se trataba de una convención de médicos para hablar sobre el tracoma. 3) Consejos y capacitación por parte del doctor de INI en Oxchuc. 4) Diagnóstico de los médicos del ejército en Kanteal –quienes dijeron que harían los trámites para traer la medicina de Josefina y ya no regresaron–. 5) Diagnóstico y atención de Nicolás supervisor de la SSA y Agustín el auxiliar de salud de Cruztón. 6) Barrido de la SSA para detectar tracoma en Cruztón. 7) Administración de azitromicina en Cruztón: lo hice yo, la azitromicina fue donada por ACASAC. 8) Seguramente las medicinas que llegaron meses después para las personas enfermas detectadas en “el barrido” de la SSA en Cruztón. 9) Las acciones cotidianas de prevención que realiza la familia.

Hilaria Gómez López



Datos generales

Doña Hilaria tiene 57 años de edad.
Vive en el barrio Natilwitz.
Es analfabeta.
Es católica.
Trabaja en la milpa y en el hogar.
Fue operada de triquiasis hace 3 años

Contexto de la entrevista

La entrevista fue la mañana del 12 de octubre del 2003. Lety me acompañó para ayudarme en la traducción. Esa mañana Doña Hilaria usaba su traje tradicional porque más tarde iría a misa. Durante la entrevista Doña Hilaria hacía las tortillas golpeando la masa en la mesa, algo que luego complicó la traducción y transcripción de la grabación. Su esposo Tomás estaba presente y participó en el relato. También estaba un nieto de unos 7 años. Al finalizar la entrevista nos invitó a desayunar tortilla recién hecha con huevos asados en el comal. La casa estaba limpia y ordenada.

Persona

Originaria del Tsay, un paraje vecino, Doña Hilaria vive con su esposo Tomás de 59 años y un nieto de unos siete u ocho años, que su hija le dejó porque al morir su esposo se casó con otro hombre. Dado que el niño no es suyo, no cuenta con beca de Oportunidades, lo que en un futuro cercano puede significar que no asista a la secundaria. Los nueve hijos que tuvo Doña Hilaria ahora se han casado. Ella y su esposo Don Tomás viven con lo mínimo. Hilaria recibe \$300 pesos de Oportunidades lo cual, junto con lo que reciben de vez en cuando al vender alguna gallina, es su único ingreso monetario. Como no tienen cafetal su trabajo se concentra en el cultivo de la milpa para el autoconsumo.

Acerca de la enfermedad

Doña Hilaria nos dijo sobre su enfermedad: “Dicen que se llama tracoma, el *chalam tsots* que le dicen en tselta”. “Ya tiene años que estoy enferma, cuando me enfermé nada más tenía un hijo. Cuando comenzó el *chalam tsots* fue hace como 35 años”. Haciendo cuentas ahora Doña Hilaria lleva 22 años desde que se le manifestó la triquiasis. Ella aún recuerda el proceso doloroso que vivió: “Comenzó poco a poco. Cuando comenzó me escocía mucho, tardé varios días así. Conforme pasó el tiempo empezaba a lagrimar, ya no miraba bien, tal vez tardó como 5 años hasta que después se fue agravando”. Una vez enferma, su tratamiento fue depilarse las pestañas, Doña Hilaria cuenta que sus hijas la ayudaban a quitarlas. Comenta que a raíz de la operación, ha descansado un poco, sin embargo, una vez más las pestañas la están volviendo a molestar y ya no tiene quien le ayude a sacarlas. No quiere volver a operarse, porque considera que a partir de la operación ve menos.

Sobre el origen de la enfermedad

Doña Hilaria no explica el origen de la enfermedad, pero comenta que antes cuando enfermó no había personas que supieran curar –“ni los viejitos sabían”–. Recuerda que en una ocasión su mamá la llevó a pulsar y –aunque al parecer fue para atender otra enfermedad– es posible que también el tracoma se haya atribuido en un inicio a la brujería. Hoy Doña Hilaria habla de los pulsadores como algo del pasado.

Acciones de manejo terapéutico

1) Depilación periódica. 2) Acudía con Don Agustín en Cruztón para recibir medicamentos como pomada o gotas para sus ojos. 3) Asistió a la revisión ocular INI-MSF-SSA y fue operada en Oxchuc.

Doña Catarina¹³¹

Datos generales

La señora tiene 82 años.
Vive en el Barrio Natilwits.
Es analfabeta.
Ahora se dedica sólo a ayudar en el hogar.
Es católica.
Padece ceguera, sordera y ha sido operada dos veces de triquiiasis.

Contexto de la entrevista

Visité la casa de la señora el 11 de septiembre del 2003, regresábamos con Lety y Nicolás, supervisor de auxiliares de salud de la SSA, de conocer el barrio de Elumilja. Nicolás nos guió hacia su casa. Como la señora no escucha, su esposo, Don Marcelo, hizo el relato de la enfermedad. La entrevista fue hecha frente a la cocina de su casa aunque al final tuvimos que entrar porque comenzó a llover. Estuvo presente su nuera y un par de niñas. La cocina se veía limpia y ordenada.



Persona

La señora vive con su esposo, un hijo, la mujer de éste y los nietos. Ella ha vivido enferma de *chalam tsots* la mayor parte de su vida. Aunque camina con dificultad, los domingos acude a la ermita a escuchar misa. Don Marcelo, su esposo de 93 años –quien es parte del grupo de viejos que son autoridades tradicionales (es un “cornal” (coronel) apoya al *ch’uyk’aal* en todo lo que hace)– ha asumido su tutela y parece que se preocupa genuinamente por ella y por su salud (él ha gestionado los diferentes tratamientos que ha tenido). Aunque no conocí el número de hijos que tuvieron, supe que dos de ellos viven en San Cristóbal y otro en Tuxtla. Don Marcelo también manifestó estar mal de los ojos y que nadie le quiere dar remedio. Comenta que cada vez ve menos, pero en Oxchuc (en el Centro de salud la SSA) le dicen que está bien.¹³²

Origen, descripción e historia de la enfermedad

De sus 82 años, la señora ha vivido 60 con la enfermedad. Según cuenta Don Marcelo se enfermó desde los 22, poco tiempo después de que se casaron. Si hacemos cuentas, ella estaba enferma desde 1943. Respecto a cómo se enfermó, Don Marcelo nos dijo: “Así nomás comenzó hace muchos años, no lo sé, a lo mejor fue el Diablo el que la enfermó, porque antes, existía mucho el Diablo. Yo digo que es el Diablo porque una vez vino un señor que quería que mi mujer le tejera su ropa, pero ella no quiso, no quiso tejer, al poco tiempo le comenzó su enfermedad, pero este señor ya tiene años que murió”. “¿Este señor sabía enfermar?” –preguntó Lety– “No sé, pero sí sabía pulsar, sabía escuchar la enfermedad” –prosiguió Don Marcelo– “así empezó, después de que no quiso tejer, pasó como una o dos semanas y empezó a decirme, me preguntaba qué tenían sus ojos, me decía que sentía como si tuviera algún pelo en los ojos y que eso le molestaba. Antes ella estaba bien”.

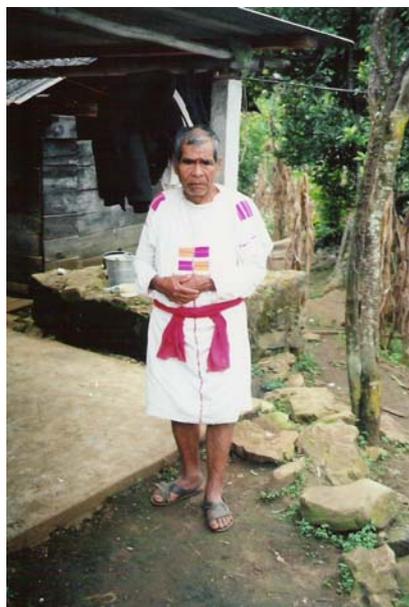
Acciones de manejo terapéutico

Antes, hace tiempo, éstas fueron las opciones que tomó: **1)** Depilarse periódicamente. **2)** Don Marcelo le puso gotas de una hierba que le recomendó su abuelo. **3)** Seguramente fue pulsada. *Ahora:* **1)** Don Marcelo la llevó con los doctores de “El tracoma” en Oxchuc y le dijeron que la tenían que operar. **2)** Hizo su primera operación. **3)** Probablemente fue a la detección INI-MSF-SSA y luego tuvo su segunda operación, aunque no quedó claro cómo decidió volverse a operarse. **4)** Ante la ceguera derivada de la operación volvió con los doctores de Oxchuc que le dijeron que ella ya no tiene nada. **5)** Sólo le hicieron la propuesta de quemar las pestañas. **6)** En este momento, Don Marcelo espera a los doctores que le dijeron que irían a “quemarle” las pestañas, pero no han regresado.

¹³¹ Fue la primera entrevista y por la premura no se preguntó el nombre, Catarina es un nombre ficticio.

¹³² Según lo que pude observar, le está apareciendo “nube” alrededor de la pupila.

Don Lorenzo¹³³



Los encuentros

Fui a la casa de Lorenzo en el barrio Cot el 26 de Noviembre del 2003. Lo conocí porque fue a buscar a Don Agustín un día que Roberto y yo trabajábamos en su casa traduciendo entrevistas de audio a audio. Noté que sus ojos tenían huellas de triquiasis y le pregunté a través de Roberto. Él dijo que ya lo habían operado. Yo traté de hacer una cita con él pero no lo logré, me evadió diciendo que tenía muchas ocupaciones y no sabía cuándo me podía recibir. Como no pude convencerlo un día que andaba cerca de su casa con Roberto y Elías (el Auxiliar de Salud de Balaxil) lo visitamos de improviso. No estaba pero nos pudimos dar cuenta –por la actitud de su hija y su esposa– que el señor no quería recibirme. Aunque no hubo propiamente entrevista, su hija, que nos recibió de manera hostil,¹³⁴ –entre explicaciones de por qué no deseaban la entrevista– nos contó algunas cosas sobre la enfermedad de su padre. Roberto se enteró después que se habían escuchado rumores sobre mí y lo que andaba haciendo y que Don Lorenzo no quería platicar conmigo por desconfianza. A parte de eso sólo sé que él forma parte de los músicos tradicionales de Cruztón, con quienes toca el arpa.

Acerca de la enfermedad

Su hija dice que a su papá: “Le duele allá dentro de sus ojos, dice que hay una agujita que lo está tocando”. Después la operación las molestias desaparecieron, pero ahora, después de 3 años, han regresado las molestias.

Explicación sobre el origen de la enfermedad

Según la hija de Don Lorenzo, la enfermedad se derivó de un accidente, ella dijo: “no sabemos cómo empezó la enfermedad.” “Se golpeó con un palo cuando estaba trabajando en la milpa, ahí es donde empezó la enfermedad”.

Acciones de manejo terapéutico

1) Su hija comentó que lo depilaban antes de la operación 2) Asistió a la revisión ocular de INI-MSF-SSA y se operó el mismo día que se programó la operación de varios de los enfermos de triquiasis antes mencionados 2) Su hija contó que él pidió terramicina en la casa de salud para aminorar sus malestares 3) También nos contó que a veces usa gotas de Cloranfenicol. 4) Aunque hace poco regresaron los malestares no considera volverse a operar.

¹³³ No se obtuvieron los apellidos porque Don Lorenzo y su familia no accedieron a una entrevista formal.

¹³⁴ Ella decía que ya había venido otros que venían con cámaras y luego engañaban a la gente y la robaban.

Regina Sántiz Gómez

Datos generales

Vive en el Barrio Balaxil.
Tiene 52 años de edad.
Es analfabeta.
Asiste a la ermita católica.
Trabaja en la casa y la milpa
Ha sido operada de triquiasis dos veces



Contexto de entrevista y persona

La visité junto con Roberto el 26 de noviembre del 2003. La entrevista se hizo frente a la cocina de su casa. Estuvimos sentados en unas sillitas. Doña Regina nos contó que cuando fue a la escuela no pudo ver las letras, por lo que su maestro le dijo que regresara a su casa, que se fuera a curar. Cuenta que no tardó muchos días en la casa del señor con quien se casó porque no la trató bien. Doña Regina tiene 3 hijos pero no cuenta con Oportunidades porque ellos ya son grandes. Doña Regina vive con su mamá, en la entrevista en varias ocasiones tomó la palabra su mamá ya que ella padece sordera. Mientras nos platicaba, su madre suspiraba continuamente con sufrimiento.

Acerca de la enfermedad

Doña Regina cuenta que su enfermedad empezó cuando ella era aún muy pequeña: "Ya no estoy enferma nomás que te estoy explicando que desde niña empezó la enfermedad, tenía siete u ocho años cuando empezó el *chalam tsots*". Cuenta que nunca se pudo curar entonces, además comenzó enferma de su oído y no escucha bien. Comenta que, por estos problemas no pudo estudiar. Dado que Doña Regina cuenta que de muy niña le comenzó el *chalam tsots* y este es un término tzeltal que casi siempre se corresponde con la fase triquiasis del tracoma (definida por la biomedicina) la cual afecta principalmente a adultos, hay tres explicaciones probables: 1) que esté confundiendo la enfermedad, 2) que realmente haya padecido triquiasis a una edad muy temprana, o que 3) se haya asociado la fase de triquiasis, con las conjuntivitis que le dan origen desde la niñez.

Acciones de manejo terapéutico

1) En la época en que no había doctores fue con Don Pedro un curador *Kaxlán* que atendía en Tzontelajá. Le dio pomada y gotas. 2) Se depilaba periódicamente. 3) La han operado dos veces, la última hace tres años después de la revisión de INI-MSF-SSA. 4) Ahora sólo pide pomada de terramicina a Don Elías.

Rosa Méndez Sántiz

Datos generales

Vive en el Barrio El Pozo.
Tiene 50 años de edad.
Es analfabeta.
No sabe cuál es su religión.
Trabaja en casa y en la milpa
Fue operada por triquiasis



Contexto de entrevista y persona

La conocí junto con Roberto el 24 de noviembre del 2003. Nadie nos había comentado que había una persona operada de triquiasis en El Pozo, y fuimos al lugar a realizar otro tipo de entrevistas. Como ella era parte del comité de salud, junto con otras 3 mujeres, nos recibieron y tuvieron el encargo de atendernos; los hombres habían ido a trabajar en el arreglo de la brecha. Después de recorrer el barrio, mientras tomábamos *posol* en la casa del auxiliar de Salud, Don Miguel, Roberto advirtió que la señora tenía tracoma. La entrevista fue ahí mismo. Doña Rosa es originaria del paraje Ts'unun pero se caso con un hombre de la localidad. Cuenta con el apoyo de Oportunidades.

Acerca de la enfermedad

Dice que hace 4 años empezó la enfermedad. Le dijeron que si no se operaba empeoraría la enfermedad, por eso fue a Oxchuc a operarse hace 3 años. Dice que eran dos las pestañas que entraron dentro de su ojo. Antes le ayudaban a quitarse las pestañas, pero luego pasaron unos doctores a ver quienes tenían la enfermedad y cuando supo de la operación, lo pensó y eligió operarse. Cuenta que le dolió la operación, que le pusieron una inyección en el párpado de arriba y en el párpado de abajo para anestesiarse su ojo, luego la dejaron vendada. Comenta que no aguantó estar vendada de los ojos, y aunque le dijeron que se las quitara a los quince días se las quitó a los tres. Es probable que hacer esto la haya afectado, pues cuenta que cuando le quitaron las vendas sintió que había quedado peor que antes. Ella considera que la operación afectó su vista, aunque la cirugía se realiza en el párpado y no tiene efecto dañino en la visión.

Acciones de manejo terapéutico

1) Se depilaba periódicamente 2) Usó una planta llamada *moem*. 3) Fue a la revisión de INI-MSF-SSA y salió a operarse hace 3 años. 4) Se quitó las vendas de la operación a los 3 días y no a los 15 como le indicaron. 5) Buscó quien le quitara los puntos antes de tiempo 6) Se puso pomada después de la operación. 7) Pidió gotas con el auxiliar de salud de su barrio.

Pareja de Balaxil



Datos generales

Viven en el Barrio Balaxil.
Ella tiene 60 años de edad, él 64.
Ambos son analfabetos.
El trabaja la milpa, ella cuida la casa
y las gallinas.
Son católicos.
Los dos padecen triquiassis y no han
sido operados



Contexto de entrevista y persona

Visité la casa de esta pareja, acompañado por Elías (auxiliar del barrio Balaxil) y por Roberto. Viven en un solo cuarto que es al mismo tiempo cocina y habitación. No tienen fogón en alto como las personas que cuentan con apoyo del programa Oportunidades; cocinan y se calientan con una fogata al ras de piso. Son muy pobres. No alcanzaron el programa Oportunidades porque la primera vez no los encontraron y ahora el programa no da apoyo a quienes no tienen hijos en la escuela. Todos sus hijos se han casado. Los acompañan dos perros pequeños.

Acerca de la enfermedad

Cuenta la señora que hace alrededor de 50 años, unos meses después de casarse le comenzó el *chalam tsots*. Recuerda que durante 6 semanas no pudo ver nada. Fue entonces que sus pestañas empezaron a meterse dentro de sus ojos. Su esposo comenta con tristeza: “El *Chalam tsots*, le está cerrando su ojo” y ella complementa diciendo: “ahora ya sólo veo con un ojo pero no mucho, estoy sufriendo, así estoy, no puedo ver bien”. Por su parte, el señor cuenta que él también tiene *chalam tsots*, le comenzó hace cinco años, dice que sintió que le entraba una basurita y que le empezó a doler. Cuando vinieron a revisar los doctores para ver quiénes necesitaban operación, ambos se anotaron, pero al final decidieron no salir.

Acciones de manejo terapéutico

Ambos han hecho lo mismo: **1)** La señora lleva muchos años depilándose, ahora sólo lo hace cuando la visita alguna de sus hijas. El señor comentó que se ha depilado, pero al parecer aún no lo hace con frecuencia. **2)** El señor le consiguió una gotas en la clínica de Oxchuc que ambos han usado. **3)** Fueron a la revisión de INI-MSF-SSA pero decidieron no operarse. **4)** Usan una planta que se llama *moem*, de cuyo tallo salen gotas blancas.



La pareja sentada junto a su casa



La señora junto a sus cachorros

Pedro Sántiz Gómez

Datos generales

Vive en el Barrio Centro.
Tiene 60 años de edad.
Llegó a tercero de primaria: sabe leer y escribir.
Trabaja en la milpa y el cafetal.
Es catequista católico.
Padece dolor en sus ojos, pérdida de agudeza visual y pterigión.



Contexto de la entrevista

Visité junto con Lety la casa de Don Pedro el 27 de septiembre del 2003. Yo ya había estado en varias ocasiones ahí. Don Pedro es una de las personas con quienes más conviví en Cruztón, comía en su casa siempre que me quedaba en el Barrio Centro. No podíamos platicar mucho porque él dominaba muy poco español y yo muy poco tseltal, pero a pesar de ello hubo una muy buena amistad. Él y su familia fueron muy amables conmigo sin pedir nada a cambio. La entrevista se realizó en su cocina, estaban presentes su esposa y sus niñas pequeñas de cuatro, seis y siete años de edad, más o menos.

Persona

Don Pedro cuenta que quedó huérfano de padre desde muy chico: "Mi papá murió en 1963 y como tenía bastantes hermanos y no había quien los mirara, pues mi mamá ya era bastante grande, yo tuve que hacerme responsable de ellos y por eso ya no pude estudiar. Sólo mis hermanitos estudiaron pero nadie le echó ganas, prefirieron casarse y ahí se acabó todo". Don Pedro ahora es "principal", pues completó ya todos los cargos de la comunidades, él cuenta: "En 1993 no sé cómo me hayan visto los viejitos, me nombraron como agente auxiliar, ahí es donde terminé mi periodo como autoridad". Actualmente Don Pedro funge como catequista católico y cada dos semanas va a un retiro a la comunidad La Frontera en Oxchuc donde recibe instrucción. Don Pedro tiene nueve hijos, 3 pequeñas y un hijo que viven con él en Cruztón, y 5 que están fuera, uno de ellos en Tuxtla. En su casa tiene una tienda pequeña y un molino eléctrico, que de vez en cuando alguien le alquila.

Historia y descripción de la enfermedad

Don Pedro nos contó sobre tres enfermedades de los ojos, una que fue hace tiempo y dos que padece en la actualidad. Sobre su primera enfermedad comenta que no conoce el nombre y dice: "Ya tiene años, me agarró dolor de los ojos, me dolían bastante" "Era soltero todavía, no era casado" "Al mismo tiempo me dolía el estómago, por poco me moría, porque ahí estaba el dolor de mis ojos y de mi estómago". Sobre las enfermedades que ahora padece nos dijo: "No sé cómo se llama, sólo digo que se está tapando mi vista", "quiero ver la palabra de Dios, quiero leer mi Biblia y no se ve". "Ahora ya me lagrimea". Además comenta que también padece dolores de cabeza.

Explicación sobre el origen de la enfermedad

Sobre su primera enfermedad comenta que no supo porque le empezó, sobre las que ahora tiene explicó: "Un rato pienso que tal vez por la edad estoy perdiendo la vista, ya no es como cuando era joven que estaba fuerte, no que ahora, ya me estoy volviendo a regresar, está acabando mi fuerza". "Luego no se me quita para nada es el dolor de cabeza, todas las noches me duele, tal vez por eso me duelen los ojos" También considera que lo ha afectado su trabajo como campesino; él dice: "Creo que me enfermé porque cuando es tiempo de seca, cuando hace mucho calor, hay mucho polvo, aunque te bañes, pero como regresas a trabajar te vuelves a empolvar, eso es lo que pienso".

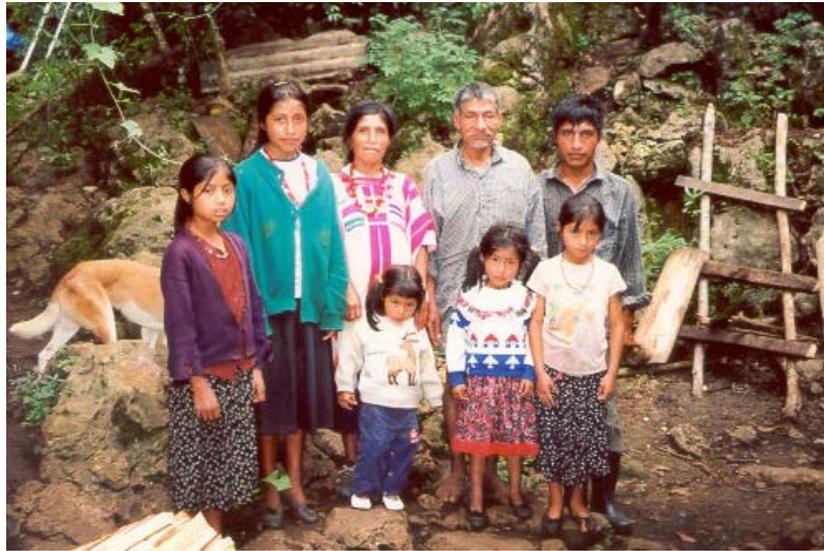
Acciones de manejo terapéutico

En su primera enfermedad: **1)** Fue con Don Agustín quien le administró inyecciones pero no logró que la enfermedad se fuera. **2)** Ante ello, fue al Tsay, un paraje cercano con Vicente Carcoma, no explicó que tipo de curador era Don Vicente ni el tratamiento que recibió, pero comenta que finalmente se curó. Respecto a lo que ahora padece: **1)** Asistió a 2 revisiones de la vista, una de las cuales fue realizada por INI-MSF-SSA y **2)** Pide pastillas para el dolor a Nicolás.

Vicente Sántiz López

Datos generales

Vive en el Barrio Natilwits.
Tiene 64 años de edad.
Es analfabeto.
Trabaja en su milpa y produce un poco de café.
Es católico.
Tiene catarata.



Don Vicente y su familia

Contexto de la entrevista

Visité a Don Vicente el 11 de octubre del 2003 en compañía de Lety. Lo encontré con dos de sus hijas, quienes trabajaban en el aseo de la cocina (tienen entre seis y siete años de edad). Más tarde llegó su esposa, había ido al mercado de Oxchuc, junto a sus hijas más pequeñas, la niña más grande y el hijo joven que aún vive con ellos. Compraron algunas cosas en el mercado de las cuales sólo pude observar un poco de pan. El señor se encontraba descalzo, vestía un short con una camisa a cuadros. Mientras Lety guiaba la entrevista observé que en la cocina había muchas cosas y estaba desordenada; sin embargo, se veía limpia.

Persona

Don Vicente es “principal” porque ya ha cumplido con todos los cargos que le impone la comunidad. Tiene 17 hijos, tuvo ocho con una esposa de la que enviudó y nueve con su esposa actual; de éstos, seis aún viven con él, cinco son niñas y un joven de unos 17 años. La familia de Vicente recibe apoyo de Oportunidades. Mientras nos habló de su enfermedad, mantenía las manos entrelazadas y las separaba para gesticular y señalar.

Acerca de la enfermedad

Don Vicente inició su relato así: “Estoy enfermo de mis ojos, estoy enfermo de nube, así nomás se me tapó la vista, por eso estoy muy triste, por más que lo he intentado curar, no quiere sanar, de en balde me dicen muchos que me cure, que tiene curación, aún así no he podido curarlo”. Comenta que hace poco que ha empeorado: “Tiene siete meses que se me agravó, siete meses tiene que se me tapó por completo la niña de mis ojos y por eso se tapó mi vista, con un ojo ya no veo. Si tapó éste, el otro sí ve, por eso es que todavía veo un poquito, sino cómo voy a caminar, sólo con un ojo veo”. Sobre el origen de su enfermedad Don Vicente dijo: “Así nomás comenzó, no sé qué pasó, no sé si porque se terminó la sangre de mis ojos, no lo sé”. Al parecer esto significa que considera que la enfermedad está relacionada con su vejez.

Acciones de manejo terapéutico

1) Le pone pomada de terramicina que reparten en la casa de salud. 2) Una vez compró gotas para los ojos en una farmacia de Oxchuc. 3) Un señor le recomendó manzanilla, la usó pero ya se le terminó y no pudo conseguir más. 4) Probablemente asistió a la revisión ocular realizada por INI-MSF-SSA.¹³⁵

¹³⁵ Aunque la revisión fue general, algunos no mencionaron haber asistido. En el caso de Don Vicente fue una de las primeras entrevistas y no tuve oportunidad de corroborar como se hizo en otros casos, en que se procuró preguntar si habían asistido a tal revisión.

Ana López Gómez



Datos generales

Vive en el barrio Natilwits.
Tiene 80 años.
Es analfabeta.
Trabaja en el hogar.
Asiste a la ermita católica.
Tiene "nube" en el ojo.

Contexto de la entrevista

Conocí a Doña Ana el 11 de octubre del 2003, junto con Lety. Ella se encontraba de visita en la casa de su hija Magdalena. Estaba presente su yerno y dos niñas y un niño pequeños. Magdalena llegó después, había ido al mercado de Oxchuc junto con sus dos hijos mayores. La entrevista fue en una cocina provisional, ya que la otra la estaban reconstruyendo. Había desorden y suciedad en comparación con otras casas. Podría pensar que era por ser provisional, pero ya la había visitado en su otra cocina, y estaba sucia, además siempre vi que sus niños estaban bastante sucios excepto los dos varones más grandes.

Persona

Ana cuenta: "Ahora ya no puedo trabajar, ya no es como antes, aunque mi corazón quisiera ir a trabajar y a veces me pongo a pensar que sí pudiera yo trabajar y me da tristeza porque lo que yo no tengo es dinero y no sé cómo conseguirlo porque a veces quiero una Pepsi, me gusta mi pan, y por eso lloro porque no tengo la paga, no tengo dinero y luego no me tocó el Progres, no me tocó Oportunidades". Doña Ana tiene 3 hijos y 2 hijas, todos viven ahí en Cruztón, nadie salió a trabajar fuera, tampoco salieron a estudiar porque no tenían dinero y ella no los podía ayudar para que siguieran estudiando: "como soy viuda, no encontré suficiente dinero para mandar a mis hijos a la secundaria, porque cuando ellos crecieron ya había secundaria así que nadie ha salido".

Historia y descripción de la enfermedad

"Tiene nube mis ojos. Así nomás comenzó. Comenzó con escozor y escozor y luego me lagrimeaba, entonces le pedí a uno de mis hijos que me viera que me había pasado y me dijo, 'tiene nube tus ojos, ¿qué te pasó?', le dije que no sabía y luego me empezó a salir muchos cheles, me salía bastante que hasta vergüenza me daba. Le decía yo a mis hijos, que me daba vergüenza porque siempre estaba yo 'chelona', y cuando me dijeron que tenía nube mis ojos me dio mucha tristeza, porque me puse a pensar como iban a comer mis hijos, porque estaban bastante chicos. Por eso me daba mucha tristeza. Pero cuando comenzó no me dolía, sólo que estaba siempre con cheles y me molestaba, después que empecé cada dos o tres días me daba dolor. De que ya no puedo ver bien, no tiene mucho, tiene aproximadamente un año, casi es nuevo, se me dificulta caminar cuando salgo, me voy por uno y por otro lado y luego como es pura piedra, es difícil"

Explicación sobre el origen de la enfermedad

Doña Ana piensa que su enfermedad comenzó por llorar cuando su esposo murió: "...creo que mi enfermedad comenzó porque lloraba mucho cuando me quedé viuda. Decía: '¿Por qué me tuvo que tocar a mí?'. Y es que es muy triste quedarse viuda. Yo me ponía a pensar que no tenía ropa, que no tenía comida. Pensaba que para que pudiera comprar mi ropa y mi comida tenía que tener dinero, y lloraba mucho por eso, porque veía que no tenía maíz que no tenía frijol". Doña Ana también piensa que se enfermó por vejez: "He escuchado decir a algunas personas que cuando nos hacemos viejos ya no podemos ver bien, entonces eso fue lo que me hizo pensar que ya había yo llegado a la vejez y por eso ya no podía ver bien". Sin embargo es consciente que sus condiciones económicas le impiden buscar ayuda: "Eso es lo que he llegado a pensar, pero también he pensado que si yo tuviera mucho dinero, ya hubiera ido a curarme".

Acciones de manejo terapéutico

1) Acudió a la revisión ocular que hizo por INI-MSF-SSA; le dieron gotas 2) Su hija Magdalena le preparó un remedio. Cuenta que Don Agustín le da inyecciones pero para otra enfermedad.

Agustín Gómez Sántiz

Datos generales

Vive en el barrio de Kanteal.
Tiene 30 años de edad.
Estudió hasta sexto grado de primaria.
Trabaja en la milpa, tiene cafetal y se alquila para cortar madera con su motosierra.
Es católico.
Le apareció un grano con pus en el párpado superior, por dentro.

Contexto de la entrevista

Visité a Agustín el 4 de noviembre del 2003. Me acompañaba Roberto pero dado que Agustín habla muy bien español la entrevista la realicé yo. Ese día Roberto y yo lo dedicamos a visitar algunas familias del Barrio Kanteal platicando sobre las medicinas que tenían en su casa. No esperaba encontrarme con alguien enfermo de los ojos pero obtuve un buen relato; la entrevista tuvo lugar en una explanada de cemento que se usa para secar café. Cuando terminamos Agustín nos invitó a ver en su cuarto una película de Jean Claude Van Damme.



Agustín con su esposa y su hijo más pequeño¹³⁶

Persona

Agustín habla muy bien español, él comenta que eso se debe a que, cuando era pequeño, vivió en San Cristóbal y trabajaba en una casa como sirviente. En la actualidad, sembrar la milpa y cultivar café son la base de su subsistencia. De la milpa come y ocasionalmente vende si tiene buena producción de maíz o frijol. De la venta de café obtiene dinero para sus gastos. Además de ello, le gusta tallar tira piedras de madera que ocasionalmente logra vender y posee una motosierra con la que se alquila para cortar madera. Por el corte de 12 tablas cobra \$50, la madera pertenece a la persona que lo solicita. Pocas personas poseen televisión en Cruztón, Agustín es uno de ellos. Por otra parte, le gusta mucho jugar básquet y pertenece a uno de los dos equipos oficiales de Cruztón: “Los Dragones”.

Origen y descripción de la enfermedad

Acerca de su enfermedad Agustín nos contó: “Empezó el miércoles en la tarde. Estaba yo lijando una madera, lijé madera todo el día, y de pronto sentí que entró un poco aserrín en mi ojo. En la tarde me empezó a dar un poco de comezón, yo lo tallaba con mi mano y ya de noche me empezó a doler y en la mañana siguiente, me dolió más, ya el jueves, todo el día del jueves me seguía doliendo”. “El día sábado yo estuve en Oxchuc y llegué tarde aquí, mi ojo seguía igual, no era mucho, pero me daba ardor y dolor. Para el domingo ya se me hinchó, noté que estaba creciendo un granito. Me dicen está creciendo, yo me veo en el espejo y miro que sí está creciendo, así seguía pues ayer y hasta hoy. Ayer le salió un poco de pus”. “Me dolió bastante, bastante, así siguió anoche me seguía doliendo pues, hasta ahora así estoy”.

Acciones de manejo terapéutico

Antes que reventara el grano: **1)** Talló su ojo con su mano para aliviar la comezón y lo lavó con jabón. Después que reventó: **2)** Le puso parche, que el mismo improvisó, para que no lo lastimara el sol. **3)** Preguntó a Don Agustín por remedio en un encuentro casual; le recetó manzanilla que no pudo encontrar. **4)** Usó gotas de orín, “agua de vida” para curarse más rápido. **5)** Ha decidido quedarse en casa a descansar. Sabe que la enfermedad tiene un ciclo y está esperando a que termine. **6)** Probablemente asistió a la revisión ocular realizada por INI-MSF-SSA.

¹³⁶ Agustín porta un parche hecho con los resortes que servían para sujetar una lámpara frontal de baterías.

Manuela¹³⁷



Datos generales

Vive en el Barrio Kanteal.

Tiene alrededor de 30 años de edad.

Trabaja en la milpa, en el cafetal y en el hogar.

No sé si estudió o no.

Es católica.

Tiene estrabismo.¹³⁸

Contexto de la entrevista

Visité la casa de Manuel el 4 de noviembre del 2003 junto con Roberto con la idea de hacer una entrevista acerca de las medicinas que tienen en su casa.¹³⁹ Durante la plática me di cuenta que la señora tenía estrabismo y le pedí a Roberto que le pidiera que nos relatará cómo se enfermó y qué cosas ha hecho para curarse. La cocina de Manuel se encontraba muy limpia y ordenada y tenía muy buena ventilación para el humo. Estuvieron presentes su esposo Manuel y un hijo de siete años de edad. Aparte de él tiene cuatro hijos más.

Acerca de la enfermedad

La señora cuenta que cuando empezó la enfermedad los ojos le daban vuelta, se le hincharon y se le oscureció la vista, “era como si fuera de noche”. Ahora cuando se va ir a dormir le duelen los ojos. Dice que cuando se levanta aún tiene sueño como si no hubiera dormido toda la noche. En este momento todavía no se ha curado, sigue igual.

Acciones de manejo terapéutico

1) Pidió pomada en el centro de salud, con Don Agustín. **2)** La pomada no lo alivió y pensó que la razón fue que era gratuita, por eso, mejor fue a comprar gotas con Don Isidro a su farmacia particular. **3)** Se lava con agua y con jabón todos los días porque escucha en las pláticas que eso es bueno para los ojos. **4)** Probablemente asistió a la revisión ocular realizada por INI-MSF-SSA.

¹³⁷ Está es un nombre ficticio, como se realizó en el contexto de otra que hacíamos a su esposo Manuel, olvidamos pedir todos sus datos.

¹³⁸ Estrabismo es una enfermedad ocular en la cual uno de los ojos se desalinea respecto al otro.

¹³⁹ Además de hacer entrevistas a enfermos oculares, diseñé otros guiones para acercarme al conocimiento local, entre ellos con Roberto realicé varias donde pedía a la persona que me mostraran las medicinas que tenían en casa, fueran fármacos o plantas.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS

ABANICO DE ESTRATEGIAS Y OPCIONES USADAS

En el capítulo anterior presenté el repertorio de opciones terapéuticas que las personas de Cruztón tienen a su alcance dentro y fuera de la localidad. A continuación, basándome en los tipos de estrategias manejo terapéutico que esbocé (autoatención, búsqueda de atención en la localidad, búsqueda de atención en Oxchuc, búsqueda de atención fuera de Oxchuc, apoyo social en la localidad y proyectos asistenciales) presentaré el abanico opciones que fueron usadas en el manejo terapéutico de las personas entrevistadas. Esto me permitirá comenzar a vislumbrar los rasgos comunes y las diferencias entre los procesos terapéuticos registrados.

Con la intención de ser más claro, al inicio de cada apartado presento como título la estrategia de manejo terapéutico que se empleó y coloco un cuadro donde se muestra el total de recursos usados por las personas. Posteriormente describo la forma en que se usaron dichos recursos. Para lograrlo me apoyo en breves citas extraídas de los relatos recopilados.

Autoatención

Opciones mencionadas en los relatos		
Plantas	Fármacos	Otros tratamientos
Planta moem Manzanilla Flor de sácate Gotas de uña de gato Otras no especificadas	Penicilina Gotas de cloranfenicol Gotas lubricantes Pomada de terramicina	Higiene personal Orinoterapia Depilación

Plantas

Siete de las personas que entrevistamos dijeron explícitamente que no se atendieron con ninguna planta porque no conocían una que fuera buena para los ojos. Así lo expresó Don Mariano, el papá de la pequeña Josefina:

“No. No sé que hierbas se pueden poner en los ojos. No sé que hierbas ponerle, entonces mejor no le pongo, no vaya a ser que en vez de curarla, la termine de cegar por completo”.

Algunos incluso hablan de las plantas medicinales como algo del pasado, una época en según su parecer "no existía remedio" o "no se sabía curar", Doña Hilaria, quién de joven algunas veces visitó a los pulsadores lo dijo así:

“Yo creo que antes tal vez también te daban algún remedio de planta, pero no sé bien. Existía sólo tomar pulso, no había otro remedio, y es que desde antes no se conocía quien curara sobre el *chalam tsots*, ni los viejitos sabían”.

Don Diego comentó lo siguiente:

“Nunca usé hiervas. Es que los viejitos no sabían curar, solos buscábamos nuestro remedio. Algunos viejitos sí sabían de hierbas, pero a mí nunca me enseñaron, por eso sólo iba con los doctores”.

Por otro lado sólo cinco personas mencionaron haber utilizado alguna planta en el tratamiento de su enfermedad. Doña Rosa de El Pozo y la pareja de Balaxil utilizaron como tratamiento la planta llamada *moem*.¹⁴⁰ Así lo cuenta Doña Rosa, quien fue operada de triquiasis:

“Cuando aún no estaba operada, le di una planta medicinal que se llama ‘moem’. Me ayudó un poco, unas tres semanas estuvieron bien mis ojos, luego empezó otra vez”.

Esta planta generalmente crece en la milpa y al romper sus tallos sale un líquido lechoso que se aplica en forma de gotas en los ojos. Las personas comentan que arde como chile. Según me platicó Don Isidro, auxiliar de Snajalaw, quien me mostró la planta, ésta es efectiva para el tratamiento de la conjuntivitis. Por su parte, Nicolás (SAS) me contó que le habían dicho que es efectiva para la carnosidad, pues quema la carne que ha nacido y ésta se cae. Sin embargo la planta fue mencionada por tres enfermos de triquiasis y es posible que también en el caso de doña Catarina, esposa de Don Marcelo, quien no dio el nombre de la planta que usó con su esposa (hace casi 60 años), pero describió el mismo procedimiento.¹⁴¹

Las personas que usaron plantas en su tratamiento en general –cómo Doña Rosa (citada arriba)– comentan que su eficacia fue mínima, aliviando temporalmente sólo algunos malestares. Don Marcelo, reafirma la percepción de que las plantas son un remedio de una época anterior y comenta que la que él uso no pudo curar a su esposa:

“Antes cualquier enfermedad que padecieras, no encontrabas remedio, porque no había doctores, ¿a dónde ibas ir a curarte?, ¿a dónde ibas a pedir medicamento si no había?. Aunque había una hierba que dicen que curaba los ojos, pero a final de cuentas esta hierba no curaba. Fue el abuelo de mi papá el que me dijo que esa hierba servía para la vista, que era muy buena, por eso se la puse a mi esposa, pero no la curó, no quiso regresar [irse] la enfermedad”.

Otra planta que se mencionó fue la manzanilla, la cual, a veces puede conseguirse en el mercado del pueblo y es recomendada por Auxiliares de Salud como Don Agustín y Don Isidro y por personas que la han utilizado. Don Vicente de Natilwits comentó que un compadre le aconsejó hacer té de manzanilla para

¹⁴⁰ No pude obtener el nombre en español (las personas no supieron referírmelo) ni el nombre científico.

¹⁴¹ La planta *moem*, según pude constatar, es el único tratamiento para atender enfermedades oculares que puede considerarse de origen local. Respecto a su efectividad, los enfermos de triquiasis que han usado la planta al parecer han logrado aminorar por breve tiempo los síntomas y malestares que la enfermedad produce en la conjuntiva.

poner gotas en sus ojos: “ponte esas gotas –me dijo– a lo mejor te sientes mejor, dos veces, uno por la mañana y otro por la tarde”. Don Vicente lo hizo así pero, como se le terminó pronto y en Cruztón no crece, dejó el tratamiento.¹⁴²

Doña María del Barrio Centro, por su parte, señaló que cuando le entra tierra en el trabajo usa flor de zacate para limpiar sus ojos, pero se trata de una acción preventiva antes que curativa. Por último, Don Alejandro, cuando se dio cuenta que su vista aminoraba, probó usar las gotas de uña de gato que compró su esposa en el mercado.¹⁴³

Fármacos

Prácticamente todas las personas entrevistadas han usado fármacos para atenderse aunque de ellos sólo 2 mencionaron haberlo hecho sin mediación de un terapeuta especializado. Doña María del Barrio Centro, tomó la recomendación de un amigo de ponerse penicilina y a la Maestra María le regalaron sus familiares unas gotas “americanas”. Así lo contaron ellas:

Doña María

“Un señor me dijo que yo le pusiera penicilina, pero con eso se me pusieron bien rojos los ojos, pero después me ayudó muchísimo y le pedí más, es lo que le puse. Me dijo que le pusiera tres veces al día, con eso se me tranquiliza un poco, no es que se me curé de una vez, solo me ayuda un rato”.

La maestra María:

“Donde encontramos las gotas americanas es en la casa de una hermana de mi esposo, le puse eso a mis ojos, pero ni así, no quiso curarse, sólo me ayudaban un poco, como tenía mucho ardor mis ojos, mucho ardor y dolor, esas gotas me ayudaban a que refrescara un poco mis ojos”.

Los demás enfermos, sin embargo, cuando llega la medicina del sector salud (gratuita), piden cloranfenicol en gotas y pomada de terramicina en las casas de salud. No es necesario pedir consulta, las personas que lo necesitan lo reciben directamente. Así refiere Don Vicente la entrega de medicina por los Auxiliares de salud:

“Me dieron mi medicamento ese día que repartieron en la casa de salud y ya le puse. Me dieron este [nos muestra terramicina en pomada] y me dieron gotas, sólo que ya se perdió su casa [caja del medicamento].

Las gotas de cloranfenicol son muy conocidas; en varias casas que visité me las refirieron, e incluso, en tres de ellas las tenían a mano por si acaso. La pomada de terramicina es aún más popular, en varias casas me la mostraron, casi siempre a punto de caducar.¹⁴⁴

¹⁴² También Agustín de Kanteal (el del parche) fue aconsejado para usar manzanilla, pero no pudo conseguirla.

¹⁴³ La uña de gato es un producto que hace varios años fue publicitado incluso en televisión, según recuerdo venía de Perú y se promovía como un medicamento milagroso y eficaz contra el cáncer; sin embargo, después de un tiempo, al parecer, pasó de moda.

¹⁴⁴ Muchas veces escuché que mucha de la medicina que llega se reparte entre los beneficiarios sin requerir consulta. Esto tiene sentido si se piensa que, como pude comprobar, los medicamentos que la SSA manda apenas tienen unos meses antes de que caduquen. Si se retienen en la casa de salud seguramente caducarán sin ser utilizados.

Otros tratamientos

Aunque las prácticas de higiene, generalmente no son recomendadas como tratamientos para la enfermedad, sino como modos de prevenirla, varios de los entrevistados mencionaron seguirlas como tratamiento. Manuela comenta:

“Cuando me levanto siento sucios los ojos como si no los hubiera lavado, pero cuando los voy a ver en el espejo: no hay nada. Lo que hago es lavarlos con agua y jabón, un rato me alivia, pero después me salen lagrimas. Así los lavo 2 ó 3 veces al día”.

Por otra parte, los padres de Josefina –quien tiene los síntomas del tracoma folicular– cuidan que se mantenga aseada porque les han dicho que sólo así se ira la enfermedad. Doña María del Barrio Natilwits, a su vez dijo: “yo escucho las pláticas y, como quiero curarme, todos los días me lavo la cara con jabón”. Ella no pierde la esperanza y con un método preventivo refuerza su fe en mejorar. Don Diego comenta lo mismo, y muestra que en las pláticas se ha generado una confusión respecto a la higiene, la cual no ha sido entendida como un método preventivo permanente sino como un tratamiento:

“En las pláticas me han dicho que sí tiene remedio, que el remedio es que nos lavemos con agua y jabón, pero ya no quiere, ya se acostumbraron nuestros ojos a esta enfermedad”

Por otra parte, depilarse las pestañas es un tratamiento que han hecho todos los enfermos de triquiasis o *chalam tsots*. Algunos de ellos han dejado esta práctica gracias a que han sido operados y otros lo han vuelto a hacer cuando las pestañas vuelven a molestar sus ojos –por lo regular dos o tres años después de la operación–. Para la pareja de Balaxil, que no se ha operado, la depilación es su principal tratamiento. Doña Ana describe como depilaba a su difunta mamá:

“Me decía mi mamá que le quitara las pestañas porque no servían sus ojos, le molestaban. Yo le quitaba las pestañas que tenía adentro, era muy difícil porque tenía que agarrarlas desde la raíz. Cuando hacía esto se quedaba tranquila unos días, descansaba, descansaba dos o tres semanas y de ahí volvía de nuevo. Decía mi mamá, ‘ya volvió a crecer de nuevo’, me esta molestando otra vez. Así estuvo mucho tiempo mi mamá y cuando ella estaba enferma no había remedio como ahora, así nomás estaba”.

Finalmente, aunque en dos ocasiones escuché hablar de los poderes curativos de la orina –y Nicolás me contó que un padre de la iglesia que da catecismo dio un curso de “orinoterapia”– Agustín de Kanteal fue el único que la ha usado específicamente para los ojos. Él la llamó en español “agua de vida” y comentó que usándolo como gotas en el grano que le salió en el ojo, sanaría más pronto.

“Me puse orín en el ojo porque muchos me han comentado que es bueno eso y también lo he comprobado, cuando me corto con un machete o con un cuchillo (lo que sea pues) hago orín y me lo pongo luego y con eso se cura rápido”.

Búsqueda de atención en Cruztón

Opciones mencionadas en los relatos			
Pulsadores	Casas de Salud	Farmacias	Rezadores
En el pasado fue una opción para algunos de los entrevistados. Actualmente la gente se refiere a los pulsadores como algo del pasado	Nicolás (SAS) Don Agustín (AS) Don Isidro (AS) Don Elías (AS) Don Miguel (AS)	Don Agustín* Don Isidro* * Ambos atienden y venden medicina comercial en sus casas.	Ninguno de los entrevistados manifestó haberlos usado para los ojos, aunque varios los mencionaron haciendo una valoración positiva de ellos.

Pulsadores

Mencionaron haberse pulsado, Doña María del Barrio Natilwits, a quien sus papás llevaron con un pulsador cuando comenzó a salirle “nube”, y las ancianas Juana y Dominga –las *Chulmetik*– que nos contaron que de niñas sus papás las llevaron a pulsar. Así lo contaron ellas:

Doña María

“Me dolió mucho cuando comenzó a salir la nube no podía dormir por eso. Era muy pequeña y como antes no sabían curar, solo sabían pulsar la mano, entonces me llevaron; porque pobre mi mamá quería que yo sanara, así era antes, no se conocía remedio”.

Doña Dominga

“Antes sí me pulsaron, sólo los nos pulsaban y nos daban algunas hierbas, a veces nos los daban en la boca estas hierbas, eso era el único remedio que había cuando comencé a perder la vista”

En estos casos y en los procesos terapéuticos de enfermedades no oculares que me fueron relatados, se habló de los pulsadores como cosa del pasado.¹⁴⁵ Del mismo modo, aunque Don Marcelo piensa que la enfermedad de su esposa la originó la brujería, asegura que eso era asunto de una época anterior: “es que antes había mucho el Diablo” –dijo– en el sobreentendido de que ahora casi no se practica la brujería. Así, cuando preguntaba si en la actualidad había alguna persona que pulsara o “echara” enfermedad, se me decía que tal vez, pero no sabían quién. Don Agustín me comentó que los viejitos –autoridades tradicionales– como Don Marcelo y Don Marcos, sabían pulsar; sin embargo, cuando pregunté a través de Lety, ambos dijeron que no sabían, que ya no había pulsadores y hablaron de ello como algo del pasado. En otras charlas entendí que ellos pulsan sólo para diagnosticar el *xibel*, es decir, el espanto. Al parecer después de la llegada de la iglesia las prácticas de brujería fueron desacreditadas y ahora se usan poco, por lo menos en Cruztón. De cualquier modo, varios me dijeron que se debe respetar a los ancianos y saludarlos pues si ellos se enojan, algunos tienen el poder para “mandar enfermedad”.¹⁴⁶

¹⁴⁵ A pesar de que otros no lo mencionaron, es probable que varios de los enfermos crónicos de triquiasis o *chalam tsots* que llevan más de treinta años con la enfermedad se hayan “pulsado” en algún momento.

¹⁴⁶ Las personas que podían “enviar enfermedad” (brujos) son conocidos en tseltal como *akchamel* (quien pone la enfermedad). Actualmente sólo se acepta públicamente y es valorada positivamente la presencia del *Yomel*, ritual realizado por los ancianos católicos (como Don Marcelo y Don Marcos), en el cual se hace una ofrenda a algunos objetos importantes para la persona, (entre ellos un paliacate y una cruz que las

Casas de Salud

Las casas de salud y los auxiliares que las atienden son un recurso que probablemente todas las personas entrevistadas usaron, a pesar de que no todos lo mencionaron en su relato. Incluso Doña Dominga y Doña Juana que no salen de su casa hace 6 años, las usan indirectamente, pues quien las atiende es precisamente Don Agustín –sobrino responsable de su cuidado y auxiliar de salud del Barrio Centro–. En los relatos, 9 personas mencionaron haberse acercado a las casas de salud y a los auxiliares. Casi todos obtuvieron lo único posible: gotas y/o pomada y eso cuando la SSA ha mandado medicina, es decir sólo durante una o dos semanas cada dos meses, pues en cuanto llegan los medicamentos la gente acude a consulta y los fármacos se terminan.¹⁴⁷ Así lo comenta la hija de Don Lorenzo:

“Ya pidió terramicina de la que reparten allá en el Centro en la casa de salud, pero no se alivia, sólo hasta que le dan gotas, ahí se alivia un poco. La terramicina no le ayuda mucho, el que le ayuda es el cloranfenicol en gotas”.

Sólo Doña Rosa de El Pozo visitó la casa de salud por una razón diferente, ella deseaba que le quitaran los puntos antes del tiempo indicado, nos comentó que nadie quería hacerlo, pero finalmente convenció a Don Isidro, auxiliar de Snajalaw.

Farmacias

La única en mencionar que fue a comprar a la farmacia en Cruztón fue la esposa de Manuel. Ella originalmente fue a la casa de salud de Don Agustín en el centro. Él le dio pomada de terramicina gratuita pero, como la pomada no la alivió, pensó que era mejor pagar por la medicina, y decidió ir a la farmacia de Don Isidro, quien la revisó y le vendió gotas.

“Primero fui con el auxiliar en Cruztón –porque ahí hay pomada, pastilla y jarabe gratis– y le pedí que me diera algo para mis ojos. Me dio pomada pero no me curó y por eso pensé que mejor la voy a ir a comprar”.

Es probable que muchos otros hayan usado las farmacias y no lo mencionaron en sus relatos. En las farmacias particulares de la localidad, siempre se tienen a la mano algunos medicamentos que sirven para atender las enfermedades de los ojos.

Rezadores

Aunque ninguno mencionó que se haya realizado un rezo con motivo de su enfermedad, en algunos relatos salió a colación su importancia como complemento terapéutico y pude observar que los rezos tienen una

personas guardan), a los cuales se les debe rezar cuando viene la enfermedad. Esta práctica es una de las pocas que han sobrevivido a la llegada de la iglesia.

¹⁴⁷ Se supone que la medicina llega cada dos meses pero suele retrasarse. En septiembre cuando llegué, no había medicina en la casa de salud del centro. Había llegado a mediados de agosto y se terminó pronto. El tres de octubre los auxiliares firmaron una carta donde presionaban para que les mandaran medicina, ésta llegó hasta poco antes de iniciar noviembre.

valoración muy positiva en la localidad. Así describe Don Marcelo un rezo que se realizaba a una vecina que cayó enferma –según me dijeron luego– por una embolia.

“Ya vinieron todos los viejitos, los católicos le vinieron a rezar pero no se mejorara y le trajeron música para ver si sana. Yo sólo los fui a acompañar, porque no sé tocar música, no sé tocar arpa, el que si sabe es un viejito, al rato va ha venir él, va venir con su guitarra, para que le sigan rezando a la señora, van a venir a encender velas, van hablarle a Dios”.

Los rezos también pueden ser preventivos y son practicados tanto por católicos como por presbiterianos. Así los describe Don Tomás –esposo de Doña Hilaria– que, a propósito de la valoración negativa que su mujer hacía de antiguos pulsadores, contrapuso “el yomel” –nombre que dan los católicos a estos rituales– como una costumbre valiosa que es realizada por personas especializadas.

“El yomel es otra cosa, es cuando le haban a dios, cuando rezan, eso es *el yomel*. Donde le piden a dios para que estén bien, para que vivan bien, pero si no haces esto te puede enfermar: porque no le hablas a Dios, no le das gracias a Dios por la vida. Cuando hacen *el yomel*, llevan velas e incienso, pobres los viejitos, tienen que caminar bien temprano hasta la iglesia de Oxchuc, porque son ellos quienes hacen esto y les van a pedir a Santo Tomás. Tienes que aprender primero para que puedas hacer esto, es escogido la persona que lo hace”.

La razón por la cual los enfermos no mencionaron los rezos es que éstos muchas veces se emplean en momentos de suma gravedad y, dado que la mayoría de las enfermedades oculares que me relataron son crónico-degenerativas, se puede “convivir” cotidianamente con los malestares. En mi opinión, no hubo un momento especialmente grave para que se pudiera solicitar un rezo: la enfermedad llega lentamente y se instala en la vida de la persona sin darle más opción que aguantar.

Búsqueda de atención en Oxchuc

Opciones mencionadas en los relatos			
<i>Medicinas del mercado</i>	<i>Farmacias</i>	<i>Centros de salud e instituciones</i>	<i>Otros parajes</i>
Gotas de uña de gato Gotas no especificadas	No especificadas	“El tracoma”: Centro de Salud SSA. IMSS INI	Tsontealja El Tsay

Medicinas en el mercado

Mencionó haber comprado medicina en el mercado Doña María del Barrio Centro, la cual comenta que su esposo Don Miguel, escuchó a un vendedor que a grandes voces anunciaba en español unas gotas especiales para la vista. Así lo comenta Doña María:

“Me pongo también otras gotas que compró mi esposo un día que fue a Oxchuc, estas gotas las compró con esos que venden en la calle, esos que dicen `compren sus remedios, porque cura de esto y del otro, compre para la nube del ojo, para carnosidad”. Ese día fuimos a pasear a Oxchuc y en la calle el que vende lo platica así. Te dice que cura todo lo que tiene ahí, ‘aproveche comprarlo de una vez’, bueno, no sé cómo se lo platicaron a mi esposo, es que él solo se fue por el lugar donde venden y ahí fue donde compró ese medicamento”

También la Maestra María me comentó que compró gotas de uña de gato porque escuchó que un señor las anunciaba en el mercado. Así lo describe:

“Este medicamento nadie me lo recomendó, lo compré en la calle, con esos que venden, escuché que explicaban que tienen remedio y que es bueno la uña de gato en gotas, que cura la carnosidad y otras enfermedades de los ojos, entonces compré esas gotas y ni así, no me curé, no sentí ninguna mejoría”

Por mi parte, en una de mis primeras visitas a Oxchuc, escuché un señor que con un altavoz anunciaba varias medicinas, entre ellas, unas gotas que decía eran buenas para la nube, para la carnosidad e incluso para el tracoma, aunque la etiqueta no decía nada al respecto.

Farmacias

Cuatro personas, la Maestra María, Doña María, Don Diego del Barrio Centro y Don Vicente del Barrio Natilwits mencionaron haber comprado medicamentos para los ojos en las farmacias de Oxchuc. Don Vicente nos comentó que cuando fue, sólo pidió al encargado algo que fuera bueno para la enfermedad del ojo (*chamelsit*) y el farmacéuta le dio un frasco de gotas en cuya caja había dibujado un ojo (tal vez era sólo lubricante).

“Lo compré en la farmacia en Oxchuc. Sólo porque me perdieron la caja del medicamento, sino te lo mostraba, es que ahí viene el dibujo que es igual como nuestros ojos, es igual como lo blanco que tenemos en los ojos. Me lo recomendó quien vende en la farmacia. Me dijo que es muy bueno, pero hay sí no sé si es verdad”.

Centros de salud e instituciones gubernamentales

Todas las personas operadas de triquiasis, fueron intervenidas quirúrgicamente en el Centro de Salud de la SSA de Oxchuc, pero sólo tres personas asistieron por propia cuenta a buscar el servicio y no en respuesta a la oferta asistencial. Las tres han sido operadas en dos ocasiones: La esposa de Don Marcelo, Doña María de Natilwits y Doña María de Balaxil. La segunda operación fue concertada y realizada por intervención asistencial. Así cuenta Don Marcelo la manera como llevo a atender a su mujer por primera vez:

“Antes nunca la lleve al doctor, porque no había doctores y nadie sabía que existían los doctores. Por eso nunca la llevé a curar. No es como ahora que ya está bien el tiempo, que ya hay doctores en Oxchuc, en San Cristóbal. Ahora si ya la he llevado al doctor. La llevé a ‘El Tracoma’ de Oxchuc, cuando la llevé la primera vez lo primero que me dijeron es que la tenían que operar, hasta ahora, ya tiene dos operaciones. La primera vez que la operaron, le sacaron para afuera las pestañas, pero quedó igual, como que si no le hubieran hecho nada”

Por otra parte, Doña María de Natilwits se operó de catarata hace 15 años con un grupo de doctores que llegaron a la clínica del IMSS en Oxchuc. El señor de la pareja de Balaxil contó que fue a “El

tracoma”, y que ahí le dieron gotas que él usó en combinación con la planta *moem* para atenderse y atender a su esposa.

En lo relativo a quienes no están enfermos de tracoma, la maestra María cuenta que también fue a “El tracoma” pero no le dieron tratamiento para su enfermedad. Don Alejandro, a su vez, comenta con decepción que solamente le dieron gotas y no lo curaron. Por último, la Maestra María fue la única que tuvo intención de atenderse con el doctor de INI, pero como no lo encontró en dos ocasiones y volverlo a buscar implicaba volver a pedir permiso en su trabajo, ya no lo intentó.

“Y luego fui al INI, es que tengo mi abuelito que me dijo. Un día que mi hija estaba enferma de los ojos, le salían muchos cheles (lagañas), por eso me dijo que lo llevara al INI y que ahí me ayudarían. Fui para que me ayudara y como fui dos veces y no lo encontré, ya no fui. Fui varias veces, pero como trabajo ya no tengo tiempo para buscarlo. Luego nos dan permiso y si pedimos permiso otra vez dicen que para que tanto permiso, da vergüenza”.

Curadores particulares en otros parajes

Los enfermos que fueron con curadores particulares lo hicieron en otros parajes de Oxchuc. No es frecuente para las personas de Cruztón visitar otros parajes en busca de atención. Las dos personas que lo mencionaron lo hicieron hace mucho tiempo, tal vez porque aún eran limitadas las opciones de Cruztón. Don Pedro fue al paraje vecino del Tsay con un curador llamado Don Vicente cuya especialidad no fue especificada. La mamá de Doña María de Balaxil, cuenta que “en la época en que no había doctores”, supo de un médico *Kaxlán*, llamado Don Pedro que atendía en Tsontealjá y fue a visitarlo:

“De niña cuando empezó su enfermedad la atendió un señor que se llama Pedro, ahí es donde se curó un poco. Tres días llegamos en su casa de Don Pedro; dijo Don Pedro: “si te curas ya no vengas, si no te curas vas a regresar otra vez”. Él le dio pomada y un frasco de gotas. En ese tiempo todavía no había doctores, Don Pedro vivía en Tsontealjá, era *caxlán* [mestizo], antes vivía en Oxchuc, pero se fue a Tsontealjá.

Búsqueda de atención fuera de Oxchuc

Opciones mencionadas en los relatos
San Cristóbal de las Casas
Centro de Salud Esquipulas Centro Naturista Oftalmólogo Óptica

San Cristóbal de las Casas

En cuanto a la búsqueda fuera de Oxchuc, sólo la Maestra María manifestó haber salido. Ella, acompañada por su esposo, antes de tener contacto con ACASAC, fue a San Cristóbal varias veces. La primera porque

un hermano le comentó que en el Centro de Salud Esquipulas había una campaña para atender enfermos oculares, sin embargo para su mala fortuna la campaña ya había terminado.

“Escuché que hay un programa de ayuda, decían que una campaña, así que fui al Hospital de Esquipulas en San Cristóbal, ¡pero ya para qué!, ya había pasado la campaña y ya no me atendieron. Mi hermano que se llama Tomás fue quien me dijo, él fue ahí hace dos años para que le chequeran sus ojos. Pero ya no encontré a la doctora que atendió a mi hermano. Me dijeron que ya no había remedio para los ojos”.

En otra ocasión, cuando su vista empeoraba, su esposo la motivó para que salieran a buscar atención. Así fueron a un Centro Naturista en a San Cristóbal. Ahí preguntaron por algún remedio para los ojos y el dependiente le vendió unas gotas cuyo nombre o contenido no fue especificado en el relato.

“Como se estaba tapando la vista, le dije ‘vamos a buscar tu remedio, no vaya ser que te agraves más’. ‘Bueno pues’, me dijo y entonces fuimos a San Cristóbal y allá entramos a un Centro Naturista. El doctor que atiende ahí nos dijo ‘si tiene remedio, lleva estas gotas, son muy buenas’”

Por último, a través de mí, hizo una cita con un oftalmólogo, que dos meses antes la operó por parte de ACASAC. En tal cita, que pude presenciar, el oftalmólogo revisó la evolución de los ojos después de la operación, señalando que todo iba bien, pero ante los malestares manifestados por la maestra (dolores de cabeza principalmente) procedió a hacer una optometría, llegando a la conclusión que necesitaba lentes. Doña María compró sus lentes en una óptica de la misma ciudad.

Apoyo social local

Grupos de apoyo mencionados en los relatos		
Cuidados y atención	Autoridades tradicionales	Equipo de salud
Familiares Amigos Vecinos	“Los viejitos”	Es el puente entre la localidad y las instituciones públicas y privadas. Vigilan la salud ambiental. Coordinan todas las actividades de salud.

Cuidados y atención

Don Agustín y Don Calixto, son sobrinos de Doña Juana y Doña Dominga. Cuando éstas quedaron huérfanas y sin hijos, ellos quedaron a cargo de su cuidado y adquirieron el derecho a usar sus terrenos – de los cuales serán herederos–. Es su deber atender a las viejitas y –aunque por momentos lo hacen a regañadientes– cumplen con ello. Les llevan alimentos, leña y medicina cuando se enferman. Don Agustín les arregló hace 10 años su casita y ahora está solicitando lámina en el municipio para reconstruirla. Doña Dominga se muestra ambigua respecto a sus sobrinos, el día que la visité estaba molesta porque no le habían llevado leña y ella tuvo que salir y se perdió en el monte, se quejaba fuertemente de la

irresponsabilidad de sus sobrinos. Sin embargo, cuando le pregunté que quién era la persona que más quería, dijo que Don Agustín porque es quien ve por ella y la atiende cuando lo necesita. Por otra parte Doña Dominga y Doña Juana, que subsisten de la venta de pollos y huevo, tienen una amiga que las visita siempre y les ayuda a comercializar sus productos en Oxchuc. Ella les hace encargos y cuida que no les falte algo. Según supe, tienen además otras amigas (católicas) que acostumbran visitarlas de vez en cuando. Sus vecinos y parientes de linaje las visitan aunque en muy raras ocasiones.

Además, de Doña Dominga y Doña Juana, para quienes el apoyo social es imprescindible, en varios casos el manejo terapéutico a estado influenciado por el apoyo de familiares y amigos. Está el caso de la maestra María, para quien el apoyo de su esposo ha sido notorio en su búsqueda terapéutica y a quien sus familiares han orientado y apoyado en distintos momentos. Está el caso de Don Vicente, a quien un amigo le receto ponerse gotas de té de manzanilla en los ojos. Esta el caso de Doña María del Barrio Centro a quien un amigo le recomendó ponerse penicilina. Y están los casos de quienes requirieron ayuda de alguien para depilarse las pestañas. Pero además, debe tomarse en cuenta que seguramente hubo casos en los cuales el apoyo social no fue relatado, pues cuando se toman decisiones en torno a la salud, generalmente el enfermo no está solo.

Autoridades tradicionales

Los viejitos, autoridades tradicionales de la localidad también se han preocupado por el destino de Doña Juana y Doña Dominga y, según me comentó Don Mariano, ya han hablado con Don Agustín y Don Calixto para reprenderlos y decirles que cuiden y atiendan bien a sus tías. Doña Dominga valora mucho el papel de las autoridades tradicionales, ella dice que “ellos piden que dios nos cuide y rezan para que todos estén bien y que no haya enfermedad”.

Comités de salud

La labor de los comités de Salud –integrados por el auxiliar de Salud de cada barrio, los promotores y promotoras de Oportunidades¹⁴⁸ y los secretarios y tesoreros– es coordinar todas las actividades de salud y vigilar que las personas que reciben el programa de Oportunidades sigan las normas de salud. Aunque ninguno de los entrevistados lo mencionó, ha sido a través de los comités de salud que se han hecho posibles las labores asistenciales de las instituciones.¹⁴⁹ Por otra parte, en varias ocasiones me di cuenta cómo el comité realizaba supervisiones para ver que las personas mantuvieran limpias sus cocinas,

¹⁴⁸ El papel de las mujeres, que en teoría son las del cargo, es limitado en la toma de decisiones. En la mayoría de las actividades ellas asisten a los hombres y preparan la comida. Sólo en el plano educativo ellas han adquirido un rol importante, pues son las que se encargan de transmitir los conocimientos de las charlas a otras mujeres.

¹⁴⁹ O a particulares: A mí me prestaron su apoyo para realizar el trabajo presentándome a los enfermos y dándome información valiosa.

tuvieran trasteros, el fogón en alto y su letrina en uso y buen estado. Además durante las pláticas, observé que los auxiliares de salud como parte del comité, a través del discurso, realizan grandes esfuerzos por convencer y llegar a consensos respecto a la salud. Las reuniones se prolongan por varias horas en las que se escuchan las opiniones de todos.

Proyectos asistenciales en salud ocular

Opciones mencionadas en los relatos y en pláticas informales		
Instituciones Gubernamentales	Instituciones Privadas	Coordinados entre ambas
IMSS SEDENA INI SSA-Oportunidades	MSF ACASAC	SSA-MSF-INI INI-ECOSUR

Instituciones Gubernamentales

Hace alrededor de 15 años, Doña María de Natilwits que en ese entonces vivía en el Tsay, supo que en el Centro de Salud del IMSS de Oxchuc estarían unos “doctores” que hacían operaciones de los ojos. Acudió y fue operada de catarata, a la cual ella se refiere como “nube”. Ésta es la más antigua acción de asistencia gubernamental mencionada en los relatos. Es posible que Doña María se haya enterado porque en el Tsay existe una Unidad Médica Rural (UMR) del IMSS. Por otra parte, en el año 2000 ó 2001, Josefina recibió la visita de médicos del ejército (SEDENA) en su casa de Kanteal, éstos la revisaron y constataron que tenía tracoma folicular.

“Ya vinieron los soldados también y también ellos llevaron el nombre de Josefina, vinieron a ver quienes tenían tracoma y ahí vieron de nuevo que Josefina seguía igual mal de los ojos, que no se había mejorado nada. Entonces me dijeron que yo esperara que iban ha hacer sus papeles vamos ha hacer los tramites.”

Es un misterio saber cuál fue el proyecto que llevó al ejército a Kanteal. Mariano sólo cuenta que quedaron de ir a hacer trámites para traer medicina y no lo han hecho hasta ahora. Se puede dudar que hayan tenido una intención asistencial; sin embargo, por lo menos indicaron a Mariano la manera de prevenir el contagio de la enfermedad e hicieron énfasis en que la solución estaba en mejorar su acceso al agua. En este sentido supe –por Nicolás– que el INI gestionó obras como la construcción de ollas de agua para que las personas no sufrieran por el líquido y promovió la elaboración de letrinas donando materiales para hacerlas. Ambas acciones se hicieron con el propósito general de beneficiar a la localidad, pero en gran medida en la coyuntura de responder al problema del tracoma.

Por otra parte, en una bitácora de la casa de salud, me encontré que en el 94, se realizó en Cruztón una plática para la prevención del tracoma. Es importante hacer notar que en aquel tiempo el INI era quien estaba a cargo de atender la salud en Cruztón. Fue hasta la llegada del Progreso, luego

Oportunidades, que la SSA apareció en escena y, poco a poco, sobre la base de lo que había hecho el INI,¹⁵⁰ asumió la responsabilidad del asunto.

Por último, según pude notar, el encargado de Oportunidades de la SSA en Cruztón, puso entre los temas el de la prevención de tracoma y enfermedades oculares. Casi todas las personas cuando les pedía hablar de la enfermedad me referían lo que han aprendido en las charlas; mencionaban el problema de agua y la necesidad de lavarse diariamente, algunos incluso sabían describir y nombrar las diferentes fases de la caracterización biomédica de la enfermedad. Gracias a esta iniciativa personal, el programa Oportunidades muestra estar teniendo muy buenos efectos en el conocimiento de las personas respecto a la prevención y el manejo terapéutico del tracoma. Don Diego comenta así la influencia de las pláticas de Oportunidades:

“Sé que para prevenir me tengo que lavar la cara por separado. Ahora ya sé esto, pero antes todos nos lavábamos con la misma agua. Supe esto cuando empezó el programa de gobierno, ahí nos empezaron a dar pláticas. Ahora ya nos lavamos cada quien, ya usamos agua por aparte, nos lavamos tanto las manos como la cara, igual mi esposa se lava antes de hacer la comida, y por fortuna mis hijos están bien de la vista”

Instituciones privadas

Médicos sin Fronteras (MSF) trabajó hasta el 2001 en la región promoviendo salud ambiental para contrarrestar el tracoma, detectando casos y atendiéndolos. En ese año –antes de que la visitara el ejército– Josefina fue diagnosticada con tracoma folicular y fue tratada con azitromicina, medicina que en una sola dosis elimina la bacteria del tracoma. MSF regresó seis meses después y llevó a Josefina a San Cristóbal a una reunión de médicos donde se discutió acerca del tracoma. Cuando conocí a Josefina, y la revisé junto con Nicolás, pude observar que sus párpados estaban inflamados y aún se veían folículos en su interior. Comenté esto a la organización civil ACASAC –que desde el 2001 ha proseguido con el proyecto de atención al tracoma en los municipios afectados de Los Altos– y ellos me proporcionaron azitromicina dándome instrucciones para administrarla a Josefina.¹⁵¹

ACASAC también atendió a la Maestra María operándola de pterigión. Cuenta Don Alejandro, su esposo, que se encontró con los promotores de ACASAC y les pidió ayuda para su mujer, ellos le comentaron que en ese momento no había programa para atender el pterigión de su esposa, pero

¹⁵⁰ Nicolás me contó que cuando él comenzó a trabajar para la SSA en Cruztón, quien lo apoyaba era el INI. De hecho la manera como están organizadas las casas de salud ahora fue pensada entre él y un doctor del INI. En aquellos años Nicolás ayudó al INI a capacitar a sus promotores de salud; a partir de esa experiencia hizo amistad con los trabajadores de esa institución y en ocasiones ha recibido apoyo de ellos, sobre todo cuando SSA le falla, por ejemplo cuando lo dejaron esperando con las 80 mujeres que habían aceptado hacerse el examen Papanicolau. Esto sucedió hace un par de años. La SSA no mandó la doctora a Cruztón y él –para no quedar mal con las personas– movió sus influencias para que el examen fuera posible: logró que le prestaran una camioneta en el municipio, consiguió dinero para la gasolina del INI y gestionó que en el Centro de Salud de Oxchuc alguien hiciera el examen.

¹⁵¹ A pesar de ello, y de que sus papás siguen todas las normas de higiene promovidas programa oportunidades, (lo que yo pude comprobar) Josefina sigue enferma, lo que me hace sospechar que se debe hacer una evaluación mejor, quizá en laboratorio.

prometieron avisarle cuando fuera posible. Así lo hicieron y en agosto del 2003 la maestra fue trasladada a San Cristóbal para ser operada. Médicos sin Fronteras y ACASAC además de ofrecer asistencia en salud han promovido la participación coordinada con las instituciones gubernamentales. En la actualidad ACASAC es la única organización civil que sigue trabajando para abatir el problema del tracoma en la región; ha gestionado la acción interinstitucional y tiene entre sus propósitos presionar para que las instituciones gubernamentales de salud tomen en sus manos la atención del tracoma, algo que de hecho a ellos les compete (Entrevista con Gabriel Torres y Rafael Alarcón. Agosto del 2003).

Coordinación entre instituciones gubernamentales y privadas

En el año 2000, MSF en coordinación con el INI y Nicolás, SAS de la SSA realizó una revisión ocular en la escuela de Cruztón donde se detectaron ocho personas enfermas de triquiasis,¹⁵² de las cuales seis fueron convencidas de operarse en el Centro de Salud de la SSA en Oxchuc: Doña María de Natilwits, Don Diego del Centro, Doña Hilaria de Natilwits, Don Lorenzo de Cot, Doña Rosa de El Pozo y Doña María de Balaxil. La pareja de Balaxil se anotó en la lista pero decidió no salir a la operación, y dado que la revisión no fue casa por casa, no pudieron identificar el caso de Doña Juana en Xuktawits. Según supe se realizó además otra revisión ocular como la mencionada. Don Pedro comentó que asistió a las dos; dijo que le revisaron sus ojos pero como no tenía tracoma no le dieron nada.

“Obedecemos lo que dice el comité de salud, nos dijeron que nos iban a revisar a todos y yo les dije que estaba bien. Como dos veces han venido los que vienen a revisar la vista. Una vez vinieron puros doctores y la otra puras doctoras. Dicen que venían de San Cristóbal y las dos veces me dijeron lo mismo: que era otra enfermedad la que tenía, me dijeron que no es tracoma, entonces no me quedo más que decir que ‘bueno’ y así he estado hasta ahora”

A Don Alex le realizaron una optometría y aunque sólo vio las letras grandes no le dieron ningún tratamiento. Doña Ana, Doña Hilaria (la esposa de Diego) y Don Vicente comentaron que a raíz de la revisión les dieron gotas. Todos los entrevistados, a excepción de las ancianas de Xuktawits, fueron por lo menos revisados en aquella ocasión; sin embargo, resulta probable que muchos ancianos que viven distantes del Barrio Centro no hayan asistido. Por otra parte, en la casa de salud de Elumiljá encontré un manual ilustrado y en lenguaje simple para la prevención del tracoma. Dicho manual fue editado por el INI y por El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Según me comentó Don Martín, auxiliar de salud de Elumilja, hace unos tres años los auxiliares recibieron un curso acerca de la enfermedad del tracoma en las oficinas del INI en Oxchuc; de ahí les quedó aquel manual.

En la siguiente página presento un cuadro general que sintetiza lo dicho en esta sección:

¹⁵² Según referencias, existen otras dos personas enfermas de triquiasis que no pude encontrar, una en Temash y otra en Balaxil. No supe si ya fueron operadas

Opciones que se mencionaron en los relatos				
<i>Tipo de manejo terapéutico:</i>	<i>Opciones generales:</i>	<i>Tratamientos / terapeutas / lugares:</i>	<i>Persona - Barrio:</i>	<i>Enfermedad:</i>
Autoatención:	1.- Remedios naturales	Planta <i>moem</i>	Pareja-Balaxil	"Chalam tsots"
			Rosa-El Pozo	"Chalam tsots"
		Manzanilla	Vicente-Natilwits	"Nube"
		Flor de sácate	María-Centro	Pterigión
		Gotas de uña de gato	Alejandro-Centro	Pterigión
		Orinoterapia	Agustín-Kanteal	"Grano"
		Otras no especificadas	Catarina-Natilwits	"Chalam tsots"
		Ana-Natilwits	"Nube"	
	2.- Fármacos	Penicilina	María-Centro	Pterigión
		Gotas de cloranfenicol	Casi todos, cuando llega medicina de la SSA	
		Pomada de terramicina	Casi todos, cuando llega medicina de la SSA	
	3.- Otros tratamientos	Higiene <i>como tratamiento</i>	María-Natilwits	"Nube" y triquiasis
			Josefina-Xuktawitz	Tracoma folicular
	Depilación	Todos lo enfermos de "chalam tsots", excepto Juana de Xuktawitz.		
Búsqueda en Cruzón:	1.- Los pulsadores	-hace más de 30 años-	María-Natilwits	"Chalam tsots"
			Hermanas-Xuktawits	Ceguera y triquiasis
	2.- En casas de salud de la SSA	Del Barrio Centro – Agustín	María-Natilwits	"Chalam tsots"
			Diego e Hilaria-Centro	"Chalam tsots" / (¿?)
			Josefina-Kanteal	Tracoma folicular
			Pedro-Centro	Dolor de ojos
			Vicente-Natilwits	"Nube"
			Manuela-Kanteal	Estrabismo
			Lorenzo-Cot	"Chalam tsots"
		Del Barrio Balaxil – Elías	María-Balaxil	"Chalam tsots"
		Del Barrio El Pozo – Miguel	Rosa-El Pozo	"Chalam tsots"
3.- En farmacias particulares	De Don Agustín en el Centro	Diego-Centro	"Chalam tsots"	
	De Don Isidro en Snajalaw	Manuela-Kanteal	Estrabismo	
4.- Con rezadores	-no mencionada-			
Búsqueda en Oxchuc:	1.- Medicinas del mercado	-no especificados-	Maestra María-Centro	Pterigión
			María-Centro	Pterigión
	2.- Farmacias	-no especificadas-	María-Centro	Pterigión
			Maestra María-Centro	Pterigión
			Don Diego-Centro	"Chalam tsots"
	3.- Centros de salud e instituciones	IMSS INI SSA	María-Natilwits	"Nube"
			Maestra María-Centro	Pterigión
			María-Natilwits	"Chalam tsots"
			Catarina-Natilwits	"Chalam tsots"
			María-Balaxil	"Chalam tsots"
	4.- Curadores particulares	Don Vicente en el Tsay	Pedro-Centro	Dolor de ojos
		Don Pedro en Tzontelajá	María-Balaxil	"Chalam tsots"
	5.- Centros de adivinación	-no mencionada-		
Búsqueda fuera de Oxchuc:	Todas las opciones posibles	Centro Esquipulas SCDLC	Maestra María-Centro	Pterigión
		Centro Naturista SCDLC	Maestra María	Pterigión
		Oftalmólogo y óptica SCDLC	Maestra María	Pterigión
Organización local y apoyo social:	1.- Familiares, amigos y vecinos	Los sobrinos Agustín y Calixto	Hermanas-Xuktawits	Ceguera
		La amiga	Hermanas-Xuktawits	Ceguera
	2.- Autoridades Tradicionales	-referidos como "los viejitos"-	Hermanas-Xuktawits	Ceguera
3.- Autoridades civiles	Los Comités de Salud	Beneficiarios de Oportunidades		
Proyectos asistenciales:	1.- Gubernamental	IMSS	María-Natilwits	"Nube" (Catarata)
		Oportunidades	Beneficiarios de Oportunidades	
		SEDENA	Josefina-Kanteal	Tracoma folicular
	2.- Privada	MSF	Josefina-Kanteal	Tracoma folicular
		ACASAC	Josefina-Kanteal	Tracoma folicular
			Maestra María-Centro	Pterigión
	3. Coordinados	INI-MSF-SSA	Todos los entrevistados excepto Doña Dominga y Doña Juana hermanas de Xuktawitz	

COMPARACION Y CLASIFICACION DE LOS CASOS

Después de presentar el repertorio de estrategias y opciones que usaron las personas, estoy en condiciones de apreciar en qué rasgos se identificaron y en que otros se diferenciaron los procesos terapéuticos relatados.

El común denominador

Hay dos cosas en las que coincidió casi la totalidad de los entrevistados. Asistieron a la revisión ocular que realizó MSF-INI-SSA y en algún momento la mayoría tuvo acceso a los fármacos gratuitos de SSA, pidiéndolos o a partir de una consulta en la casa de salud. Las únicas excepciones fueron Doña Juana y Doña Dominga de Xuktawitz.

El caso afortunado

Existe un caso especial. La maestra María ha sido la única que ha buscado atención fuera de Oxchuc. Ella es la única profesionista –de dos que viven en Cruztón: ella y su marido– y fue quien aprovechó todos los recursos a su alcance en Oxchuc además de que, cuando tuvo oportunidad, viajó a San Cristóbal en busca de alguna respuesta a su mal. Es evidente que su capacidad de interactuar en un contexto social mestizo, así como su mejor condición económica, le ha abierto posibilidades que la mayoría no tiene a su alcance. La maestra María por ser profesionista no recibe el apoyo de Oportunidades.

Los casos desoladores

En el otro extremo hay dos casos especiales. Tampoco tienen Oportunidades, pero por una razón totalmente opuesta a la de la Maestra María: Son demasiado pobres para que *valga la pena* apoyarlos.¹⁵³ La pareja de Balaxil y Doña Juana y Doña Dominga viven en las peores condiciones no sólo por su enfermedad sino porque son marginadas incluso por los criterios de ayuda a los marginados. Los cuatro han aceptado su enfermedad como condición de vida y sólo parecen preocuparse por la sobrevivencia cotidiana. Ninguno de ellos se ha operado, en gran medida porque no tienen la coerción tácita del programa Oportunidades, pero también porque sus circunstancias parecen imposibles de ser trascendidas. Para Doña Juana ya es demasiado tarde, sus párpados se pegaron e intentar operar no tendría mayor sentido. Ella y Doña Dominga ya no se plantean siquiera ser ayudadas en términos de sus enfermedades. Cuando se hizo la revisión, seguramente estaban en su pedazo de cerro cuidando sus gallinas o calentando algún alimento. Salir hubiera sido muy difícil y creo que les habría traído más molestias que

¹⁵³ Las políticas hacia la población pobre se basan en un criterio de costo beneficio muy claro. Generalmente responden a los criterios del Banco Mundial, que basado en sus propios estudios prevé y organiza estrategias de combate a la pobreza.

beneficios. La pareja de Balaxil, al menos el señor, acudió a la revisión ocular, se anotó y anotó a su esposa, pero finalmente se resignaron a no operarse. En principio no tendrían quien los acompañara y los ayudara a regresar (desde la brecha, subiendo una vereda muy inclinada su casa está a unos 30 minutos de camino). Además, en su convalecencia, mientras tienen en sus ojos gasas, no habría quien los apoyara. Cuando me contaban, pregunté por sus familiares, la respuesta fue que sólo tuvieron cuatro hijas y ya se casaron, tienen otros deberes y los visitan muy poco. Propuse todas las soluciones hipotéticas que se me ocurrieron pero a cada una encontré un argumento en contra. El límite básico, para ellos, es que no cuentan con apoyo social, al contrario, temen dejar la casa sola por miedo a que les roben lo poco que tienen. En el caso de la señora se combina su condición como mujer, pues su esposo nunca contempló la posibilidad de que ella se operara primero y él se dedicara a cuidarla.

Los casos tristes y Don Alejandro

Con este rótulo agrupé a las personas que no han buscado atención, es decir, quienes solamente se han autoatendido y asistieron a la revisión ocular de INI-MSF-SSA. Este es el caso de Don Alex, el esposo de la Maestra María. Cuando fue la revisión notó que sólo alcanzaba a ver las letras grandes, pero como no le dieron medicamento, sólo ha aprovechado para seguir algunos de los tratamientos que le dieron a su esposa. En los días que lo entrevisté apenas comenzaba a tomar en serio su enfermedad, pues se dio cuenta que cuando maneja su camioneta por las noches ya no puede ver bien. Por el momento –aunque esto afecta directamente su trabajo– no ha tenido la iniciativa de buscar tratamiento. Por otra parte Doña Hilaria, esposa de Don Diego, sólo acudió a la revisión ya mencionada donde le dijeron que no tenía tracoma, (como ella creía) pero le dieron unas gotas para sus ojos. En el relato que hicieron ella y su esposo es muy palpable que su condición de mujer la deja en desventaja frente a su esposo que ha explorado más opciones. De igual manera, Doña Ana que es viuda, fue revisada por MSF-INI-SSA y recibió atención por parte de su hija, pero por su propia cuenta no ha buscado más por falta de dinero. Estos dos casos son bastantes tristes porque responden a la pobreza de la familia, y a la alienación y falta de oportunidades para el género femenino.

Los que no fueron muy lejos

Aquí grupo a quienes recibieron la asistencia de INI-MSF-SSA y buscaron atención pero se limitaron a las opciones que hay en Cruztón, sin ir más allá. En total 5 de las personas sólo usaron las opciones de la localidad, éstos son Hilaria de Natilwits, la pequeña Josefina, la esposa de Manuel, Doña Rosa y Agustín. Todos ellos se han conformado con lo que tienen a su alcance en gran medida por razones de economía, pues saben que en la casa de salud hay medicina gratis. Solamente la esposa de Manuel buscó medicina

en una farmacia particular cercana a su barrio, pero porque notó que no funcionaba la medicina gratuita y reflexionó que era mejor comprarla. Agustín ni siquiera buscó, se encontró casualmente con Don Agustín y le pidió consejo. Cuando lo visité me dijo que el grano que le salió ya había reventado, preveía que pronto cumpliera su ciclo, por lo pronto sólo seguiría algunos cuidados y tratamientos caseros.

Quienes han buscado sólo en las opciones gratuitas del municipio

Lo que une a las personas que aquí mencionaré es que todas ellas buscaron en las opciones gratuitas de Cruztón y luego en las de la cabecera municipal. Entre ellos encontramos María de Natilwits, María de Balaxil y a Don Marcelo que fueron a preguntar al Centro de Salud de la SSA de Oxchuc y luego solicitaron la operación, Don Marcelo para su esposa. Aunque la pobreza pudo haber sido un factor limitante, fueron los únicos que se animaron a ir a al Centro de Salud de la SSA, los demás ni siquiera lo tomaron como opción.

Quienes además han buscado en las opciones pagadas del municipio

En este grupo ubico a las personas que, además de haber buscado las opciones gratuitas en Cruztón u Oxchuc, también decidieron ir a los lugares donde se tiene que gastar para obtener tratamiento. Doña María del Centro compró unas gotas con uno de los curadores del mercado y en otra ocasión pidió tratamiento en una farmacia de Oxchuc. Don Diego y Don Vicente también pidieron tratamiento en las farmacias particulares de Oxchuc. Don Vicente dice que no fue al Centro de Salud porque de todos modos de ahí lo mandarían a la farmacia, “para que dar doble vuelta”, además en la farmacia lo atienden en tseltal, sin necesidad de traductores.

ASPECTOS QUE AFECTARON EL MANEJO TERAPÉUTICO

En esta sección cumplo el objetivo general de está tesis: detectar y describir los aspectos que afectaron o influyeron en el manejo terapéutico de las personas. El argumento está hecho a partir de los datos de los relatos obtenidos, pero recupera el contexto histórico y etnográfico que se han planteado en los capítulos 2 y 3. Para realizarlo primero identifiqué las acciones de *manejo terapéutico*, tal como las muestro en la presentación de las personas en el capítulo 4, y luego procedí a reflexionar sobre los aspectos que las influyeron a luz de la vida local y regional. Esto me llevó a plantear una clasificación de aspectos que influyeron las decisiones acorde a la información que me brindaron las personas. En el siguiente esquema muestro dicha clasificación y a continuación expondré la lógica que tiene.

Aspectos que influyen el manejo terapéutico de enfermos oculares

<i>Condiciones¹⁵⁴</i>	<i>Circunstancias</i>	<i>Actitudes</i>	<i>Valores y conocimiento</i>
Pobreza de la localidad	Existencia de apoyo social	De resignación	Tiempo actual y fármacos
Acciones gubernamentales hacia los pobres	Capacidad de interactuar en otro ámbito cultural	De espera	El tseltal y los médicos de nuestra gente
Repertorio terapéutico limitado	Eficacia terapéutica Y calidad de atención	De búsqueda	Independencia y cambio
Asistencia focalizada		Reflexiva	Los consejos y el papel del discurso
Estratificación socioeconómica			Conocimiento local y explicaciones sobre la causalidad
Rol social de la mujer			

Siempre una clasificación es un intento burdo de encuadrar una realidad cuya complejidad es desbordante. Soy consciente de esto, el enfoque fenomenológico que he planteado ha tenido por objeto presentar la información de manera que quedé abierta a diferentes interpretaciones y propuestas teóricas. La clasificación que ahora presento es una entre muchas posibles, pero su lógica –que está basada en los datos encontrados– responde a un intento de no perder de vista que, para cada decisión, se conjugan diversas situaciones que configuran y reconfiguran las posibles opciones que se tienen para elegir en un momento dado.

Con *condiciones* me refiero a aquellas situaciones que se imponen a las personas y predeterminan “casi” de manera absoluta las posibilidades de elegir. Con *circunstancias* me refiero a situaciones coyunturales, cuya presencia no depende necesariamente de las condiciones establecidas (en ocasiones incluso ayudan a superarlas) y en las que se pueden conjugar factores que pueden considerarse un tanto fortuitos.¹⁵⁵ Con *actitudes* identifico las maneras particulares cómo las personas tienden a enfrentar un padecimiento; es decir, diferentes formas de posicionarse ante un mismo conjunto de condiciones y/o circunstancias. Por último, con *valores y conocimientos* me refiero a algunas tendencias que identifiqué en las maneras de entender y evaluar algunos aspectos de la realidad que vive la localidad.

Las condiciones, los valores y el conocimiento que menciono son en gran medida compartidos y se han conformado históricamente. Las circunstancias afectan a las personas diferenciando cada proceso terapéutico y son resultado de factores cuya conjunción es probable pero no necesariamente previsible. Las actitudes afectan las circunstancias y las condiciones abriendo o cerrando posibilidades; son influidas

¹⁵⁴ La pobreza, la política gubernamental a población marginada, el repertorio limitado de recursos terapéuticos, afectan a todas las personas de Cruztón de igual manera. La asistencia enfocada sólo al tracoma afecta a los enfermos oculares en general. La estratificación económica es una condición porque la norma es que haya pocos ricos y muchos pobres (esto aunque haya varios matices intermedios). El rol social de la mujer afecta a todas las mujeres.

¹⁵⁵ En potencia a cualquier persona podría pasar por este tipo de situaciones (como ir a trabajar de pequeño a una ciudad, aprender español y luego regresar con un conocimiento que aumenta la gama de posibilidades de atención); sin embargo, pasa en pocos casos.

por múltiples factores y es difícil establecer la razón por la que son diferentes en personas que aparentemente comparten un mismo contexto.

A continuación expongo las *condiciones, circunstancias, actitudes, valores y conocimientos* que identifiqué en los relatos. Al leer quedará más clara la lógica de esta clasificación.

Las condiciones

La pobreza de la localidad

Algo que influye significativamente en el manejo terapéutico y es básico pues de ahí deriva la propia enfermedad, son las condiciones locales de pobreza.¹⁵⁶ A excepción de la Maestra María (cuyo salario como profesora es de alrededor de \$11,000 mensuales) y su esposo Alejandro, (que trabaja haciendo viajes con su propia camioneta y es intermediario en la venta de maíz, lo que lo hace una persona con “buenas condiciones económicas”), podemos considerar a las demás personas de los relatos como pobres. Algunos de ellos tienen un grado relativo de prosperidad dentro de la localidad –ya sea por tener terrenos en los cuales se da café suficiente para vender,¹⁵⁷ por poseer más tierras o por tener tienda–;¹⁵⁸ sin embargo, estas ventajas sobre la población común –que sólo siembra la milpa y tiene como opciones para obtener dinero el apoyo del programa Oportunidades y la venta de pollos y huevo–, al comparar los relatos, no resultaron significativas con relación a su búsqueda de atención. La pobreza de Cruztón afecta a todas las personas en general, en el sentido de que no cuentan con agua potable ni drenaje y la luz eléctrica por cable sólo existe en los barrios cercanos al centro; también, porque en el municipio hay pocas opciones para atender enfermos de los ojos y las acciones asistenciales se enfocan sólo al tracoma cuando la incidencia de otras enfermedades oculares es notoria.

Las acciones gubernamentales hacia la localidad

Desde hace 6 años la atención gubernamental hacia Cruztón se ha vuelto notable.¹⁵⁹ Se ha invertido para mejorar el acceso al agua, se proporcionaron servicios de luz por medio de paneles solares y se han dado materiales para ayudar a las personas a construir letrinas y así mejorar la salud ambiental.¹⁶⁰ Por eso,

¹⁵⁶ Como se expuso en el capítulo 2 Oxchuc está entre los municipios de más alta marginalidad en México.

¹⁵⁷ En los relatos y en mi observación, sólo quedó constancia de que Mariano (el papá de Josefina) Agustín, la esposa de Manuel y Don Pedro cosechan café, pues tienen terrenos en los barrios cálidos: Kanteal, Xuktawitz, El Pozo y Temash. De los demás aunque puede ser que alguno tenga cafetal, por tener terreno en uno de dichos Barrios y no lo haya mencionado, la mayoría no tienen, pues viven en barrios fríos.

¹⁵⁸ Tienen tienda Mariano, el papá de Josefina, La maestra María y su esposo Alejandro, Doña María del Centro y Don Pedro.

¹⁵⁹ Las políticas del gobierno hacia la población pobre en el plano de la salud, al igual que en otros ámbitos, van al tenor de las recomendaciones y modas que marcan los organismos internacionales. En Los Altos, además, es claro que el contexto de conflicto social derivado de la aparición del EZLN ha redundado en la inyección de recursos para mejorar las condiciones de vida de los municipios como medida para evitar otra sublevación, lo cual es un buen efecto, aunque sea triste pensar que sólo de ese modo el gobierno se interese en invertir.

¹⁶⁰ Sólo en el Barrio Centro tienen luz por cableado eléctrico, en este momento (2004) otros barrios cercanos lo están gestionando.

aunque la iglesia católica y el INI habían realizado algunas obras en beneficio de la localidad,¹⁶¹ el panorama en Cruztón hace unos años era muy diferente: sin fuentes de agua accesibles a la mayoría, sin letrinas, sin luz, y con servicios de salud incipientes. Fue precisamente el INI, la institución que recientemente gestionó la construcción de 8 “ollas” de captación pluvial para acercar el líquido a la mayor parte de las personas y ayudó con materiales para que las personas construyeran letrinas. Por ello debemos considerar que la asistencia institucional no sólo se expresa en los procesos terapéuticos de las personas sino en las obras que se han hecho en beneficio de la localidad y contribuyen a la prevención de la enfermedad.

En este momento el programa Oportunidades es la nueva versión de la asistencia gubernamental (aunque en el papel no se maneja como asistencia) cuya estrategia notoriamente está afectando la vida de las personas –para bien y para mal o las dos cosas a la vez, eso sólo se mide de manera local y es otro tema muy interesante–. En el caso de Cruztón podemos decir que las políticas gubernamentales actuales hacia la pobreza han tenido efectos positivos en el manejo terapéutico de enfermedades oculares, pues muchas personas conocen como prevenir las enfermedades e incluso valoran las charlas que se dan como parte del programa. A partir de lo que observé y escuché puedo decir que en el aspecto educativo y de salud ambiental –en los que quiere incidir el programa Oportunidades– los efectos son notables; las personas no sólo realizan las actividades por coerción “tácita” del programa, realmente las aprecian como medidas que los benefician. Sin embargo, debemos advertir que estos efectos no se derivan sólo del Programa; como veremos adelante, aspectos sociales y culturales locales se combinan para que esos efectos se manifiesten.

El repertorio limitado de recursos terapéuticos para enfermedades oculares

En los relatos que recopilamos fue evidente que la escasez de recursos para atender enfermedades de los ojos es un aspecto básico que influye en el manejo terapéutico de las personas. Si pensamos en plantas medicinales encontramos que –aunque casi todas las familias tienen a mano plantas que consideran efectivas para la tos (*oval*), la calentura (*kak*), los dolores de estómago y otras enfermedades comunes– para enfermedades de los ojos (*chamelsit*) sólo se mencionaron tres remedios naturales, lo cuales fueron utilizados por cuatro personas y en general con eficacia muy limitada, pues sólo disminuyeron un poco los síntomas. Por otra parte, hoy se aprecia una tendencia general a utilizar fármacos los cuales son referidos comúnmente como la medicina (*te poxil*). Los fármacos se introdujeron con éxito a raíz de la llegada de la

¹⁶¹ Como ya se vio, la iglesia católica inició los servicios de salud, promovió costumbres de prevención e hizo algunas inversiones para mejorar el acceso al agua por lo menos en el Barrio Centro. Por parte del gobierno, el INI comenzó a brindar asistencia médica en la cabecera y algunos parajes de Oxchuc.

ermita, pero para los ojos se conocen y utilizan básicamente un par: las gotas de cloranfenicol y la pomada de terramicina, éstos son efectivos para la conjuntivitis pero, en general, las personas entrevistadas los utilizan sólo para contrarrestar síntomas y malestares periféricos de enfermedades de carácter crónico, como la “nube”, el tracoma y el pterigión.

Mas allá de las plantas y los fármacos –que se obtienen por iniciativa propia o por prescripción de los auxiliares de salud o los farmacéutas de Cruztón y Oxchuc– sólo tenemos a los Centros de Salud Públicos (los cuales pocos visitan) y los remedios naturales para los ojos que ofrecen los vendedores especializados en el mercado. Por ello, de no ser por los proyectos asistenciales directos que ocasionalmente se brindan, (es decir los que buscan a los enfermos y ofrecen sus servicios en la propia localidad) prácticamente ninguna enfermedad ocular –fuera de la conjuntivitis– podría ser combatida a fondo con los recursos permanentemente accesibles a las personas dentro del municipio.

La asistencia institucional focalizada

Esto nos da la pauta para entender por qué, si hay algo en común entre los enfermos oculares de Cruztón que conocí (excepto el caso de Doña Juana, que no puede salir de su cerro), es que todos por lo menos fueron revisados por los doctores de MSF, en coordinación con Nicolás –Supervisor de la SSA– y el INI que realizaron esta actividad en la escuela de Cruztón. Aunque hubo optometrías y a algunas personas se les dio tratamiento de gotas, en general esto no redundó en una solución para las personas. Sólo los enfermos de tracoma fueron tratados, casualmente los que cuentan con Oportunidades,¹⁶² privilegiándose una enfermedad sobre las otras.¹⁶³ Con todo, la asistencia institucional coordinada fue el único recurso que todos, excepto Doña Juana, tuvieron en común.

Por otra parte, en el plano educativo, Oportunidades está influyendo notoriamente en Cruztón a través de las charlas. Por lo que se aprecia en los relatos y lo que yo pude observar, el programa está incidiendo en la modificación de prácticas e ideas sobre la enfermedad y la atención.

Las diferencias socioeconómicas

Entre las personas que me relataron los procesos terapéuticos, se contaron los que a mi parecer son los casos más extremos en la diferenciación socioeconómica de la localidad. Contemplando *el caso afortunado* de la Maestra María y *los casos desoladores* de Doña Juana, Doña Dominga y la pareja de Balaxil, la

¹⁶² Lo que parece derivar del condicionamiento que hace este programa al entregar dinero a cambio de que la gente haga ciertas acciones, pues aún cuando no necesariamente se planteen como obligatorias, las personas tienden a creer que si no las hacen su apoyo será retirado.

¹⁶³ La razón de que se de prioridad al tracoma se justifica si se piensa que se trata de una enfermedad infecciosa; sin embargo, la mayoría de los casos que se atienden corresponden a la fase de triquiasis, en la cual la mayoría de la veces ya no se porta la bacteria que da origen a la enfermedad.

diferencia es enorme. La Maestra María y Don Alejandro, ambos profesionistas –los únicos que han estudiado y viven en Cruztón– son las personas más prósperas en la localidad. El salario mensual de un maestro es de alrededor de \$11,000 mensuales, una cantidad que quizá ni en todo un año o más juntaría alguna otra persona (imaginando que pudiera ahorrarlos). Don Alejandro, ya retirado como maestro, trabaja en su camioneta y es intermediario en la venta de maíz; no sé cuáles serán sus ganancias pero deben de ser buenas, pues, con su esposa, mantienen a sus hijos más grandes estudiando fuera, unos en Oxchuc (donde poseen una casa), otros en Tuxtla y en Comitán.¹⁶⁴ Es evidente que su formación escolar, combinada y relacionada con su prosperidad económica y sus relaciones laborales, propició que la maestra María sea la que más opciones tuvo para atender la enfermedad y que haya sido la única en buscar atención fuera de Oxchuc y poder comprar sus lentes. La Maestra María no cuenta con Oportunidades porque ella, por su profesión, tiene buenas condiciones económicas. Caso curioso, las personas con peores condiciones económicas en Cruztón –Doña Juana, Doña Dominga y la pareja de Balaxil– tampoco cuentan con Oportunidades, pues este programa sólo se ofrece a “pobres rescatables”. Para empezar Doña Dominga y Doña Juana, ni siquiera quedarían en el grupo de “pobres *no* rescatables” pues no existen en las estadísticas, y la mayoría de las personas ni siquiera las recuerdan. Su casa es una pequeña choza semidestruida perdida en una montaña.¹⁶⁵ En su caso la pobreza se ve compensada con apoyo social, algo que no tiene la pareja de Balaxil y, por ello, sus condiciones de vida son aún peores, como adelante veremos.

La condición y el rol social de las mujeres

Tal vez ser pobre sea común entre los habitantes de Cruztón. Sin embargo la marginación se incrementa si además de pobre, se es mujer y, más aún, si se padece alguna enfermedad ocular discapacitante. Ser mujer y ser ciega es la peor condición que alguien puede padecer en Cruztón. Doña Juana y Doña Dominga no pudieron tener familia. Cuando niñas, sus padres las casaron pero, como no podían atender a sus esposos a causa de la ceguera fueron maltratadas y duraron poco tiempo con sus parejas. Así, junto a la tercer hermana que ya murió y que también era ciega, les tocó envejecer juntas en una montaña con la única garantía de poseer el terreno que les heredaron sus padres y que sus sobrinos trabajan. Es irónico pero cierto decir que, en medio de sus males, ellas tuvieron la fortuna de no tener hermanos varones, pues seguramente estos hubieran heredado y sin esa posesión ellas no tendrían la garantía de comer que ahora

¹⁶⁴ Actualmente (agosto del 2004) asumió un cargo dentro de la campaña política del PRI para la presidencia municipal.

¹⁶⁵ Para llagar a visitarlas ni siquiera existe una vereda claramente definida.

tienen.¹⁶⁶ En general, ser mujer para aquellos que nos dieron sus relatos, ha significado tener menos opciones en su manejo terapéutico. En el caso de Doña Hilaria, esposa de Don Diego, esto es muy claro. Ella ha tomado las medicinas que su esposo compra pero en sí no ha hecho ninguna búsqueda de atención y, en la hipotética posibilidad de operarse, ella coincide con su esposo en que no puede: si lo hace quién cuidaría de la casa y de Don Diego.¹⁶⁷ En este sentido también el relato de la pareja de Balaxil es elocuente: el hombre ni siquiera se plantea la posibilidad de cuidar a su esposa mientras ella estuviera convaleciente por la operación, ese no es su papel. Por ello, a excepción de la Maestra María quien por ser maestra tiene un rol diferente al de la mayoría de las mujeres, es evidente que el rol femenino influye para que las mujeres tengan menores posibilidades de acceder a la atención médica. El abanico de posibilidades de la mayor parte de las mujeres entrevistadas se limitó a las opciones de Cruztón y a las asistenciales. Sólo Doña María del barrio Centro, quien por cierto, en su relato se mostró muy crítica respecto a su condición como mujer en la localidad, fue a comprar gotas a Oxchuc. A esto agreguemos que son las tareas de rol femenino las hacen más vulnerables a las reinfecciones de tracoma.¹⁶⁸ Catorce de los veintidós relatos obtenidos (dos terceras partes) fueron sobre mujeres enfermas de sus ojos de las cuales, la mitad tenían tracoma. De los hombres entrevistados, sólo tres tuvieron tracoma en la fase de triquiasis.

Las circunstancias

La existencia o no de grupos de apoyo para las personas

Una de las circunstancias que influyen de forma importante en el manejo terapéutico radica en el apoyo familiar o social con que cuentan las personas. Como ha sido evidente en los casos de Doña Dominga y Doña Juana, el apoyo social es importante no para su manejo terapéutico sino para su subsistencia. Ellas, ya sin la menor esperanza de dejar de ser ciegas, sobreviven gracias a la ayuda de sus sobrinos (quienes tienen, además, el deber por hacer uso de sus terrenos), una amiga y al apoyo moral de los viejos de la localidad que amonestan a los sobrinos para que las cuiden como se debe. Por el contrario, la falta de apoyo es el límite claro para que la pareja de Balaxil sólo soporte la enfermedad aun cuando está a su alcance la posibilidad de operarse y librarse temporalmente de sus males. Con relación a los demás casos, para la maestra María y para la esposa de Don Marcelo, el apoyo de sus esposos ha sido básico para que

¹⁶⁶ El caso de la pareja de Balaxil ejemplifica lo contrario, el no tener hijos varones significó para ellos, perder el apoyo familiar cuando sus hijas se casaron, pues ellas ahora viven como la mayoría de las mujeres: trabajando a la sombra de sus maridos y sólo visitan de vez en cuando a sus padres.

¹⁶⁷ En el relato se planteó el dilema de si Hilaria se operaba o no. Aunque los doctores le han dicho que ella no tiene tracoma, Don Diego insiste en que a ella la nacieron otras pestañas y no se les están metiendo las pestañas "normales".

¹⁶⁸ Son las constantes reinfecciones las que a la larga generan triquiasis y las mujeres, que pasan más tiempo en contacto estrecho con los niños, están mayormente expuestas a reinfectarse si los pequeños están infectados.

consiguieran tratamiento. En relación con la pequeña Josefina es evidente que sus papás se preocupan por ella y hacen todo lo posible por seguir “los consejos” que se supone deben propiciar que se cure. Otros casos no fueron tan explícitos respecto al apoyo familiar, pero siempre tienen alguien cercano que les ayude de algún modo. Una forma de apoyo que las personas tienen en común, principalmente las que cuentan con Oportunidades, es el que desempeña el equipo de salud. Éste, al realizar las acciones del programa está teniendo un papel importante en el conocimiento y manejo de las enfermedades oculares. Don Mariano –padre de Josefina–, Doña María de Natilwits y Doña María del Centro, Don Diego, Don Pedro y Don Agustín de Kanteal mencionaron explícitamente en sus relatos, haber aprendido de las pláticas y seguir de manera responsable las propuestas y acciones en salud del programa.¹⁶⁹

Idioma y capacidad personal de desenvoltura en la relación intercultural

Al comparar los relatos de Don Diego, Don Vicente y Doña María del Barrio Centro, fue palpable que ellos estuvieron buscando activamente; sin embargo, se limitaron a las opciones culturalmente accesibles, es decir, donde sabían que obtendrían atención en tseltal y sin intermediarios. Por otro lado, sólo la Maestra María ha hecho búsqueda más intensa. Sin embargo, en ella se manifiesta un factor muy importante: ella y su esposo, como maestros, tienen la capacidad de moverse de manera efectiva en situaciones y contextos en los que se necesita conocimiento del español. Doña María tuvo acceso a la información acerca del Centro de Salud de Esquipulas en San Cristóbal y no dudó en acudir y, además, fue a buscar tratamiento en un centro naturista de la misma ciudad. Por otra parte, Don Marcelo se animó a ir a Centro de Salud la SSA, en gran medida porque sabe un poco de español. Por ello, conocer “algo” o “dominar” el español es una ventaja, pues ayuda a las personas a desenvolverse en contextos sociales donde hay otras opciones de atención, lo que amplía en mucho las posibilidades de lograr encontrar una solución. Sin embargo, Cruztón es una localidad prácticamente monolingüe donde sólo algunas personas, con historias particulares, han logrado adquirir conocimientos del español. Agustín de Kanteal lo aprendió porque de niño fue sirviente de una familia de San Cristóbal. Don Pedro sabe muy poco; por ello, cuando le aconsejaron ir con un médico en San Cristóbal, decidió no ir porque, como él expresó: temía perderse; lo seguro es que el poco conocimiento que tiene del español le hubiera hecho difícil las cosas. Entre las circunstancias personales que pueden propiciar que una persona se resigne o simplemente espere, una de

¹⁶⁹ La solidaridad que se expresa en las diferentes formas de apoyo social que encontramos en Cruztón bien pueden tener doble filo en ciertas circunstancias. Si bien tienen un efecto positivo en los casos señalados, a veces sucede que si la persona no está con la mayoría, si es “alzado”, puede perder derechos que merece. En Cruztón todos pertenecen al PRI, y al parecer si alguien rompiera con esto podría tener bastantes problemas. Hubo un caso de un señor priista que fue acusado de utilizar su cargo de promotor de Oportunidades para hacer proselitismo político a favor de una facción de ese partido que no es fuerte en Cruztón, por ello fue destituido y ya no se le permitió a su mujer asistir a las pláticas y, por ende, “por faltar” perdió el apoyo. Entre otras cosas, esto significó que su hija abandonara la secundaria en Oxchuc y regresar a casa.

las que más han influido es, en mi opinión, el limitarse a las opciones cultural y lingüísticamente accesibles (en las que se habla en tseltal) por no saber como desenvolverse en lugares mestizos, o por temer una relación con personas de otro idioma y otra cultura.

La eficacia terapéutica obtenida y/o la calidad de atención recibida

En pocos relatos se hizo énfasis sobre la eficacia de los tratamientos, es obvio que para la mayoría la búsqueda de atención o la espera de alivio continúa ante la falta de efectos positivos de éstos. La mayoría de los tratamientos han sido para combatir síntomas y, en lo que respecta a la operación, a excepción de la Maestra María, María de Natilwits y María de Balaxil –quienes manifestaron conformidad con los resultados– los otros operados, llegaron a la conclusión de que los resultados no fueron buenos y por eso no piensan en volverse a operar, lo que ahora significa haber colocado un límite en sus opciones y optar por la resignación. Respecto a la calidad de atención, Don Marcelo reclama que los doctores quedaron de regresar a quemar las pestañas de su mujer y no lo hicieron y Don Mariano comenta que los médicos del ejército no volvieron con el tratamiento que prometieron.¹⁷⁰ Hubo más menciones sobre la calidad de la atención, pero dado que éstos responden a situaciones de accesibilidad cultural y valoración del idioma tseltal las manejaré en el apartado de *Valores y conocimientos*.

Actitudes personales

Actitud de resignación

Aunque la resignación está relacionada en gran medida con las condiciones estructurales, la considero una actitud personal por el simple hecho de hay quienes no se resignan a pesar de los límites que enfrentan. Los casos más claros en que ha habido una resignación ante la enfermedad son el de Doña Juana y Doña Dominga, pues su enfermedad ya es parte de su vida y sólo se preocupan por pasar lo mejor posible su día. La pareja de Balaxil presenta un caso similar y, aunque se anotó en la lista de los que serían operados, al sopesar los pros y los contras decidió no operarse. Ellos se resignaron frente a su enfermedad porque no habría quién cuidara su casa cuando salieran y, a su regreso, no habría quién los cuidara durante su convalecencia. Por otra parte, a excepción de María de Natilwits y María de Balaxil que están satisfechas con sus dos operaciones, todos los demás operados de tracoma, consideran que la operación les ha causado más molestias que alivio y, aún cuando a algunos aceptan que, por un tiempo, no les

¹⁷⁰ Yo mismo pude apreciar, que de las cosas que más se valoran son la responsabilidad y el cumplimiento de los compromisos que se establecen. Por una confusión derivada de los diferentes horarios, en una ocasión no pude cumplir un compromiso que tenía con las personas de la localidad y fui convenido a dar una explicación. Por otra parte Nicolás se preocupa por no quedar mal en los compromisos que hace con la localidad, aunque muchas veces no puede cumplir cuando se solicita por diferentes motivos su presencia en la Jurisdicción Sanitaria No. II.

volvieron a molestar las pestañas, dudan mucho ante la posibilidad de volver a operarse. En este momento parecen resignados.

Actitud expectante

También hay quienes no están buscando, pero albergan la esperanza de que su enfermedad puede tener remedio. Don Pedro, por ejemplo, ha reflexionado que su enfermedad es consecuencia de su condición de campesino y del envejecimiento.¹⁷¹ Él asistió a las revisiones asistenciales que se realizaron en Cruzón pero se decepcionó cuando le dijeron que como no tenía tracoma no lo podían ayudar; le dieron indicaciones de un doctor en San Cristóbal, pero tiene miedo de ir y perderse y por eso simplemente aguanta. El primer día que visité su casa (durante los primeros días de septiembre, antes de realizar la entrevista formal), me platicó de su enfermedad –a través de Nicolás– aún con la esperanza de que yo le pudiera ayudar, pero nuevamente fue igual. Yo sólo haría un trabajo escolar.¹⁷² Doña Ana está en una circunstancia similar, ella cree que al enviudar, pensó tanto en su mala suerte que eso la enfermó.¹⁷³ Por otro lado está conciente de que si tuviera dinero ya habría acudido a algún lugar a que la curaran de la “nube” que poco a poco la está cegando pero, como es muy pobre, sólo espera. Me pregunta por ayuda, yo sólo digo que no está en mis manos, pero que si sé de algún proyecto asistencial le avisaré. El caso de Don Vicente es igual, ha conseguido algunos remedios para aminorar sus malestares, la “nube” (catarata según mi observación) ya le cubrió un ojo, pero sólo está esperando. Creía que yo era doctor y que podría darle algún tratamiento. A estos casos se suman el de la esposa de Manuel con estrabismo para el cual parece que simplemente no hay nada que hacer en Cruzón;¹⁷⁴ el de la pequeña Josefina que por más que es tratada sigue igual; el de María del Barrio Centro que espera a ACASAC porque la maestra les dijo que la atendieron muy bien; incluso Agustín espera, pero él porque sabe que su enfermedad no es grave y cumplirá un ciclo para luego desaparecer.

¹⁷¹ Deseo hacer notar que muchas veces la resignación, así como la actitud expectante o de búsqueda (que veremos adelante) se relacionan o son resultado de otras actitudes o circunstancias de las personas como la desconfianza, los miedos, la actitud reflexiva y otras circunstancias que individualizan cada caso y lo complejizan. Estos aspectos son muy importantes pues muestran el fondo dinámico de la vida social y cultural. En esta tesis he ido mencionando algunos brevemente sin abundar en el análisis, por razones de tiempo y he decidido concentrarme en aspectos más generales.

¹⁷² Intente gestionar apoyo con ACASAC, pero en ese momento la organización no tenía presupuesto para realizar operaciones de otras enfermedades oculares.

¹⁷³ En una plática informal me comentaron sobre una enfermedad a la que se llama *pensal*, según entendí, se trata de un padecimiento en el cual la persona se enferma por pensar obsesivamente en algo. La Mtra. Gracia María Imbertón (2002:108) registra la presencia de ésta enfermedad entre los choles de la colonia Río Grande en el municipio de Tila, Chiapas.

¹⁷⁴ Observé otros 5 casos de estrabismo, incluso un maestro de primaria. Existe, según supe, una operación que corrige el estrabismo. En la localidad parece ser una condición que se asume como algo sin remedio.

Actitud de búsqueda

Cuando se trata de elegir entre opciones, es imprescindible valorar. En la resignación y la actitud expectante las personas han decidido no hacer más o esperar, en gran medida, en razón de los límites y circunstancias que enfrentan. Bajo el rótulo de *actitud de búsqueda* agrupo a las personas que, pese a las limitantes, se han movido en busca de opciones para aliviar su enfermedad. Hace unos seis o siete años cuando aún la oferta de asistencia para el tracoma y para otras enfermedades oculares no existía en Cruztón, sólo María de Natilwits, María de Balaxil y Don Marcelo –que fue a buscar ayuda para su esposa al Centro de Salud de Oxchuc– salieron de su paraje, preguntaron en las instituciones públicas existentes y lograron atención para su enfermedad.¹⁷⁵ En sus relatos mostraron que siempre habían tenido inquietud de buscar su alivio. María de Balaxil, incluso contó que cuando era niña y aun no había “doctores” fue con uno de los primeros que existieron (Don Pedro, *Kaxlán* que vivía en Tsontelajá, otro paraje de Oxchuc). María de Natilwits comentó que siempre había buscado cómo curarse pero que no había encontrado y Don Marcelo probó todos los remedios que tuvo a su alcance, y a pesar de que su mujer ya tenía alrededor de 50 años enferma, cuando se enteró de la operación fue a Oxchuc a preguntar y concertó la cita.¹⁷⁶

Actitud reflexiva

Es obvio que la gran preeminencia que tienen las condiciones estructurales –principalmente en cuanto al pequeño abanico de opciones y la pobreza– obliga a las personas a decidir a partir de las necesidades prioritarias; un problema en los ojos puede estar en segundo lugar frente a la necesidad de comprar comida. Por ello, no es casual que 16 de las 21 personas que contaron sus relatos se limitaran a utilizar las opciones gratuitas. Esto puede involucrar hacer una reflexión sobre las propias condiciones, aunque muchas veces ni siquiera es necesario pensarlo, se opta por lo menos costoso como norma. Para ser más específico, bajo el título de *actitud reflexiva* he decidido agrupar a aquellas personas, en cuyo relato la reflexión orientó su decisión más allá de las condiciones que enfrentan. María, del Barrio Centro, reflexionó extensamente sobre su condición como mujer, en tono de queja y de resignación, pero mostrando mucha agudeza en sus observaciones. Tal vez en eso radicó que, a pesar de todo, haya sido la única mujer que tomó una opción de atención no gratuita: las farmacias y los médicos del mercado de Oxchuc. Doña Ana también mostró una gran reflexión sobre su situación como viuda –de hecho dice que se enfermó de tanto pensar en eso–; ella no ha buscado atención y no lo hace porque sabe que necesita dinero. Cabe pensar

¹⁷⁵ Los tres repitieron la operación cuando habían vuelto los síntomas de la triquiasis. Esto mientras que la mayoría de las personas entrevistadas –antes de la llegada de los servicios asistenciales– se limitaron a buscar algún fármaco para aminorar los síntomas.

¹⁷⁶ En uno de mis primeros viajes a Oxchuc, en el Centro de Salud SSA, observé que un anciano preguntaba por la operación del tracoma. La persona que atendía la clínica, hablaba desde dentro asomando nada más su cuerpo y con signos de impaciencia escuchaba a las personas que afuera esperaban que el lugar abriera, fue un sábado al las 9 de la mañana.

que si no reflexionara tanto tal vez ya habría intentado comprar alguna medicina como otros pobres, como ella, han hecho. La esposa de Manuel, por el contrario, al observar la poca eficacia de la medicina gratuita que consiguió en la casa de salud, reflexionó que no era efectiva porque no costaba dinero y prefirió ir y comprar algo en una farmacia local. Agustín por su parte, se mostró reflexivo sobre su enfermedad y concluyó que sólo necesitaba cuidados y que la enfermedad se iría por sí misma; añadió que si no se iba, entonces sí comenzaría a buscar tratamiento. Unos días después lo vi aliviado, como él había previsto.

Valores y conocimiento

Valoración del tiempo actual y los fármacos

En los relatos de Marcelo, de Doña Dominga, de Hilaria de Natilwits, de María de Natilwits y de María de Balaxil y en muchas pláticas informales, encontré comentarios en los que se describe el pasado como una época triste en que no existía la medicina, sólo brujería y miedo. Por ende, se valora el tiempo actual en el cual existen personas que saben curar y recetan fármacos: “Ahora ya está mejor el tiempo”, dice Doña Hilaria; “Antes existía mucho el Diablo, moríamos mucho, no todos crecían” cuenta Doña Dominga y nos indica que el principal termómetro del cambio ha sido la salud.

Todos coinciden en que el cambio vino con “la palabra de Dios” y en que ahora es mejor, pues ya no hay brujos que asusten a las personas y, al existir medicina –*te poxil* como comúnmente se nombra comúnmente a los fármacos– la gente no muere tanto. Don Agustín, después de ser entrenado por los misioneros católicos hace casi cuarenta años, se convirtió en el primer curador nacido en la localidad; poco a poco otros jóvenes comenzaron a aprender y hoy Cruztón cuenta con varias personas que conocen y administran fármacos de patente, añadiendo a esto que muchas personas ahora se automedican.

De hecho, los fármacos están desplazando el uso de plantas; como ya mencionamos, varios de los entrevistados y otras personas con que platicué manifestaron no saber nada o muy poco sobre plantas medicinales, ateniéndose tan sólo a la medicina que se obtiene en las casas de salud y en las farmacias. El conocimiento de plantas se asocia con “los viejitos” y con el tiempo pasado.¹⁷⁷ Ahora, las pastillas, pomadas y gotas se ha convertido, al menos para las enfermedades oculares, en la opción más accesible para las personas. No es casual que se haga referencia a los fármacos como “la medicina”. Algunos guardan fármacos en sus casas para cuando se presenta la ocasión y pude constatar que se les considera un recurso de mayor jerarquía que las plantas; como me dijo Agustín, las plantas son los “primeros

¹⁷⁷ Casi siempre se hace referencia al pasado como la época en que no había medicina siempre se menciona que sólo existía el tratamiento de unas pocas plantas y el tratamiento de los pulsadores quienes cualquier enfermedad la relacionaban con una falta moral o una venganza de brujos y el tratamiento eran azotes de chicote. Se habla de que los viejos sabían de plantas pero a excepción de la planta *moem*, parece que no existía otra que entre los recursos locales se utilizara para enfermedades de los ojos.

auxilios” pero si con ellas no se puede obtener alivio entonces están los fármacos, para los cuales muchas veces se requiere dinero, pero cuyos efectos se consideran más contundentes. Entre los propios fármacos los recursos más valorados son las medicinas o vitaminas en presentación inyectable; para obtener una inyección irremediablemente se tiene que pagar, pues la SSA no manda este tipo de medicamento, a pesar de ser las medicinas más solicitadas. Varias personas me comentaron al respecto y pude observar, en los cestos de basura de algunas farmacias privadas locales, jeringas desechables recientemente usadas.

Valoración del idioma tseltal y de “los médicos de nuestra gente”

La valoración del tiempo actual está íntimamente relacionada con el surgimiento de médicos locales, llamados en tseltal *poxlawanec*.¹⁷⁸ Éstos, además de ser respetados por su conocimiento y trabajo, son valorados con relación a su proximidad y accesibilidad cultural –pues comparten un espacio, una forma de vivir y un idioma– y por su accesibilidad permanente, ya que, a pesar de trabajar en la milpa como cualquiera, dejan sus ocupaciones cuando se requiere atender a alguien.¹⁷⁹

“Antes no había doctores de nuestra gente” cuenta María de Natilwits y da a entender que ese ha sido un factor importantísimo para que ella encontrara atención. Por otro lado, es obvio en los relatos, que prácticamente no se buscó atención en los Centros de Salud de Oxchuc, donde serían atendidos por mestizos que si a caso tendrían un auxiliar de traducción. La mayoría se limitó a las opciones donde la atención se daría directamente en el propio idioma.

También es notorio que cuando llegaron las opciones asistenciales el papel de sus promotores tseltales fue fundamental para que la gente decidiera aceptar la asistencia. Don Mariano, el papá de la pequeña Josefina, comentó mostrando entusiasmo que lo fueron a visitar los doctores que hablaban como él; la maestra María y Alejandro –pese a que no tienen problema con el uso del español– comentan que les gustó la atención de los promotores de ACASAC porque “son como nosotros”. Doña María y Doña Hilaria de Natilwits, dicen que se convencieron de operarse porque llegó un doctor que hablaba como ellas.

Esto nos lleva a pensar en que la accesibilidad cultural de los servicios, principalmente en relación con el idioma, ha sido sumamente significativo en el manejo terapéutico de las personas de Cruztón. Don Vicente expresó que no fue al Centro de Salud porque no sabe español y no podría pedir su medicina.

¹⁷⁸ Quienes me hablaban en español se referían a ellos como enfermeros o como doctores. Como ya vimos, se trata de personas con diferentes grados de experiencia que fueron capacitados ya sea por la iglesia católica, por el INI o por el Programa de Desarrollo Social en Chiapas (PRODESCH).

¹⁷⁹ En las entrevistas que hice a los auxiliares de salud me comentaron que así trabajaban. Por mi parte yo lo pude observar en el caso de Don Agustín: una vez que dormí en su casa de Xuktawitz lo buscaron en la madrugada para que fuera a atender a un niño que tenía una hemorragia nasal que no se podía controlar. En otra ocasión fue llamado en la madrugada para atender un parto. En Cruztón la gran mayoría de los partos son atendidos por amigas y vecinas de la mujer, sin embargo supe que algunos de los auxiliares de salud son ocasionalmente llamados para atenderlos.

Comentó: “en cambio, en las farmacias particulares me tratan bien, ellos me hablan en tseltal y por eso entiendo que este medicamento es bueno para los ojos”. Por mi parte percibí que el hecho de que yo haya aprendido rápidamente a usar algunas frases y pudiera entender fragmentos de algunas conversaciones era valorado por las personas y muchos fueron muy amables y se preocuparon por enseñarme.

Valoración de la independencia y del cambio

La valoración del idioma y la valoración de los médicos de “nuestra gente” se combina con la valoración de la independencia de los mestizos “ladinos” que los tseltales de Oxchuc obtuvieron en la década de los ochenta. La relación histórica de los indígenas con los mestizos como ya vimos en el capítulo 2 ha estado permeada de injusticia y desigualdad, y ante ello se manifiesta una relativa actitud de desconfianza ante las personas de dicho grupo. Sin embargo, mi opinión, basada en la experiencia que tuve en Cruztón, es que, después de medio siglo de rápidos cambios, podemos considerar a las personas de la localidad y, en general, a las personas de Oxchuc, como receptivas y “relativamente” abiertas a aprender de *los mestizos del gobierno o de la iglesia*, las cosas que les pueden servir. En 50 años Cruztón ha cambiado tanto que parece haberse habituado al cambio, pero, en todo caso, eso no implica que la apertura sea total o incondicional y sigue latente la desconfianza ante los mestizos.

Puedo poner mi propia experiencia como ejemplo de ésta ambivalencia entre la apertura y la desconfianza, pues, como mestizo asociado a los servicios de salud y a la medicina,¹⁸⁰ tuve muy buena relación con las personas que visité en la localidad y,¹⁸¹ sin embargo, hubo algunos momentos en que sentí desconfianza hacia mí. Esto fue, primero durante mi segunda visita a la localidad, aún antes de que iniciara mi trabajo, pues se me hizo notar que quedé de visitarlos una semana antes para acompañar a las autoridades que resolverían un problema en el Barrio del Pozo y no acudí. Sin embargo, aclarado que se trató de una confusión de horarios (yo usaba “el horario de Fox” –el de verano– y ellos el “horario de Dios” –el horario normal– y, por ello, no me encontré con Nicolás cómo fue lo acordado) me volvieron a mostrar confianza y pude seguir trabajando. De ahí, sólo unos meses adelante enfrenté una situación de desconfianza pues, al visitar a Don Lorenzo –después de que él se había mostrado esquivo a darme una cita para entrevistarlos– se me recibió de manera hostil. Él estaba ausente, pero su familia me dijo que no quería recibirme, que no sabían quién era yo y si en realidad no estaba mintiendo sobre lo que hacía; por eso él prefería no hablar conmigo.

¹⁸⁰ Por el tema que elegí y porque la lógica de la investigación me llevó a relacionarme con los auxiliares de salud que me dieron su apoyo en las visitas que realicé a los diferentes barrios.

¹⁸¹ Como en todas partes unos se mostraron más comunicativos y otros más reservados, pero en general percibí mucha amabilidad y respeto.

Por otro lado, uno de los puntos más importantes que observé en Cruztón y que me hizo notar la valoración que los habitantes tienen de su independencia, fue en la organización de los propios servicios de salud. No hay ningún mestizo trabajando en Cruztón y las personas parecen conformes con la manera como trabaja el equipo de salud local. Incluso me llamó la atención que pese a que se supone que tienen derecho a utilizar la UMR del paraje de Joviltón donde trabaja una doctora mestiza –pues se planeó que ésta daría atención también a los parajes de Chakamuk y Cruztón– las personas de la localidad no reclaman ni se muestran interesados en que en tener acceso al servicio.¹⁸²

Valoración de los consejos y el papel de las asambleas

La organización en torno a la salud en Cruztón, compuesta por el comité, los auxiliares de salud de la SSA y Nicolás el supervisor, en el paso de unos pocos años, se ha legitimado y sus actividades tienen gran vitalidad. Don Mariano, Don Diego, Don Pedro, María de Natilwits y Don Agustín fueron explícitos en manifestar que obedecen y cumplen lo que los encargados de salud aconsejan. Los principales respaldan al comité salud activamente y promueven la obediencia de las personas; incluso las autoridades tradicionales (los ancianos rezadores) valoran mucho la actividad educativa del comité de salud. Por otra parte, las reuniones de Oportunidades se han convertido no sólo en espacios de pláticas de salud, sino que a menudo en ellas se tratan diferentes asuntos de la localidad y los líderes ejercen su poder de convencimiento.

En este sentido, por lo que pude notar, algo que se valora en una persona y le da estatus es su capacidad de hablar en público y de dar consejos. En mis primeras presentaciones en los barrios yo era muy concreto en mi discurso; pero, Nicolás me instaba a hablar más e incluso, al traducirme, tomaba la iniciativa de volver a explicar detalladamente cosas que yo sólo había dicho la primera vez. Con Don Diego me ocurrió que, cuando terminó la entrevista, él me pidió que le diera un consejo y se refirió a los distintos tipos de discurso que se usan en tzeltal. Comentó que aprendió a aconsejar, pero que no sabe de los rezos, haciéndome notar que hay diferentes especialidades del habla y que éstas son importantes. El valor del discurso se ve claramente en la manera que se realizan las asambleas, en las cuales se escuchan todas las opiniones, y en ocasiones se invierten muchas horas hasta lograr un consenso.

¹⁸² La raíz de esta situación está en que al momento de construirse la UMR participaron sólo las personas del paraje Joviltón y por ello ellos decidieron que los demás no tendrían derecho. El que no hayan participado los otros parajes refuerza la falta de interés en el servicio. Por ahorrar la inversión en mano de obra cuando se construyó dicha UMR del IMSS, lo que se logró es crear una clínica en que sólo se atiende a 50 familias. Según las conversaciones que durante los viajes tuve con el auxiliar de traducción de Joviltón, el IMSS ya le dijo a los habitantes de la localidad que si no dejan que personas de otros parajes acudan la UMR la va a quitar. Él dice que al personal le reclaman que no busquen y registren a las embarazadas de Chakamuk, pero que ellos no pueden hacer nada porque la localidad les reclama.

Conocimiento local y explicaciones sobre la causalidad

Con el término *conocimiento local* nos referimos también a todo valor, conocimiento o práctica que y ha sido apropiado por los habitantes de la localidad. En el campo etnomédico esto incluye al uso de fármacos y las actitudes preventivas que ahora son parte de la vida de Cruztón. Dos personas de los relatos y varias más con las que platicué, mencionaron que la manzanilla es una planta buena para los ojos que no se da en la localidad pero que se ha aprendido a usar. Otros más conocen y siempre tienen a la mano pomada de terramicina y cloranfenicol.

Hoy por hoy, la labor de fomento a la salud que han tenido la iglesia católica y el INI (y que en la actualidad continúa el programa Oportunidades) muestra haber logrado que se cambien y adapten muchas valoraciones y prácticas internas, mientras se adoptan y adaptan muchas representaciones y prácticas venidas de fuera. Varias personas se refirieron a la enfermedad como fruto del contagio, y mencionaron las conductas preventivas que se deben seguir tal como las postula el saber biomédico, incluso algunas se mostraron críticas respecto a las prácticas curativas tradicionales del pasado, específicamente la brujería. Don Mariano, la Maestra María y otras personas de mediana edad (entre 30 y 50 años) con las que conversé comentaron que antes la gente enfermaba de brujería porque creía en los propios brujos, lo que indica que piensan que el poder de éstos radicaba en la sugestión. Otros, de más edad como Don Marcelo y Doña Agustina de arriba de 80, simplemente afirmaron que “antes existía mucho el Diablo”, pero que ello cambió cuando “llegó la palabra de Dios”.

Las explicaciones etiológicas que las personas dieron en sus relatos fueron muy diversas (por brujería, por accidente, por el trabajo en el campo, el contacto con el humo del fogón, por la falta de agua, por la falta de higiene, por el uso del temascal, por la llegada de la vejez, por la condición de viudez, por pensar de forma obsesiva *-pensal-*, por contagio...) y no mostraron ser excluyentes. Por ello, al menos en los enfermos oculares que conocí, la explicación del origen de la enfermedad no necesariamente tuvo una relación determinante con la manera como se tomaron las decisiones respecto a el tipo de atención que se requería. Las personas pueden pensar en varias explicaciones etiológicas a la vez y usar diferentes formas de atención en diferentes momentos de su enfermedad –o incluso a un mismo tiempo– aún cuando puedan parecer opuestas.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RESULTADOS

RECAPITULACIÓN: EL ENFOQUE Y SUS LOGROS

En el capítulo anterior he desglosado las condiciones del contexto social que influyeron significativamente las opciones que tomaron las personas y he mostrado cómo se combinan factores circunstanciales, actitudes individuales y valores culturales en respuesta a estas condiciones en el manejo terapéutico de los enfermos.

Con esto he cumplido con el objetivo central de esta tesis: detectar qué aspectos de la vida de Cruztón, Oxchuc, Chiapas influyen en las decisiones que se toman para enfrentar enfermedades oculares, especialmente el tracoma.

La estrategia metodológica utilizada –en la cual me esforcé en no poner énfasis o dar preponderancia anticipada a un tipo específico de factores de influencia– me ha permitido describir la manera compleja como se combinan diversos factores para que se elija un opción en el manejo terapéutico de los enfermos. Por lo que, a pesar de las características comunes entre los procesos terapéuticos estudiados, también fue posible observar cómo se diferencia un caso de otro, aún cuando en ocasiones comparten condiciones y hasta circunstancias semejantes.

Para lograr esto, fue evidente la importancia del concepto de manejo terapéutico, pues su carácter descriptivo –que define un fenómeno existente en cualquier sociedad– me permitió abordar la toma de decisiones de las personas, sin predisponer mi mirada hacia un aspecto de la realidad en particular.

También fue crucial elegir un marco de análisis cultural que, al igual que el concepto de manejo terapéutico, no pusiera un énfasis anticipado a lo simbólico o a lo estructural. En este sentido, el concepto estructural de cultura planteado por Thompson –que permite ver a la cultura y a la estructura de forma relacionada– fue el que me resultó más adecuado. De acuerdo a su enfoque, no me propuse delimitar la cultura específica, sino identificar procesos de valoración de formas simbólicas, y a la sumo plantear tendencias en las valoraciones de las personas con quienes trabajé y conviví durante la investigación.

El resultado general de esta estrategia, en mi opinión, es la obtención de un panorama integral sobre las enfermedades oculares y sobre su atención en la localidad. Quizá en los detalles existan algunos temas sobre los que aún se pueda profundizar, pero en mi opinión lo encontrado constituye una base para pensar –no sólo yo, también los lectores, especialmente las autoridades y personal de salud que trabajan en la región de Los Altos– las posibles soluciones que contribuyan a resolver los problemas que se enfrentan en el campo de la atención médica en la región.

A continuación, a manera de conclusión general, para amarrar el argumento de esta tesis, presento una síntesis en la que retomo la importancia de los diferentes procesos sociales que ha vivido Cruztón y Oxchuc con respecto a la atención médica y la manera cómo la valoran las personas. La idea es mostrar cómo se ha conformado la situación actual y señalar la necesidad de tomar en cuenta la cultura de las personas (usuarios y agentes de salud) en el diseño e implementación de acciones que se propongan incidir en problemas de salud como el tracoma.

Finalizaré con dos textos que tienen un carácter práctico. En el primero hago un diagnóstico referente a la situación del tracoma en Cruztón retomando información que no manejé en los capítulos anteriores. En el segundo esbozo una propuesta que me parece podría ayudar a mejorar los servicios de salud en una región como Los Altos de Chiapas.

El capítulo va dedicado a las autoridades y al personal de las instituciones de salud gubernamentales y civiles. Pienso que el diálogo entre las personas que se dedican a la investigación y las personas que brindan los servicios debe promoverse y fortalecerse. Es muy importante lograr reducir la separación que existe entre “lo teórico” y “lo práctico” que, de hecho, se manifiesta en prejuicios entre ambas partes. Es lamentable que las investigaciones académicas, salvo contadas excepciones, se reduzcan a formular críticas a las acciones de salud y a la situación general sin que se hagan propuestas de trabajo. Igualmente es lamentable que, a pesar de que desde hace décadas la investigación en antropología médica haya señalado diferentes tipos de problemas que derivan de no tomar en cuenta los factores culturales durante la atención, aún ahora esos aspectos sigan siendo subvalorados y tiendan a ser olvidados en la práctica de las instituciones y programas de salud.

CONTEXTO SOCIAL ESTRUCTURADO Y MANEJO TERAPÉUTICO: JUNTANDO CABOS

En el capítulo 2, utilicé 4 ejes temáticos para relatar los acontecimientos históricos que ha sufrido la región: 1) la relación conflictiva entre indios y ladinos, 2) los efectos de las instituciones y proyectos gubernamentales, 3) la influencia de las nuevas religiones y 4) el impacto de las organizaciones y luchas sociales recientes. Estos procesos tienen importantes repercusiones en la vida de cotidiana de la región. A continuación, señalo la relación entre tales procesos y la atención médica con la intención de poner las bases para elaborar proyectos de salud adecuados. Finalizo la sección reflexionando sobre los alcances de la metodología de esta tesis cuyo eje fue el concepto de manejo terapéutico.

Relaciones entre indios y ladinos y manejo terapéutico

En Los Altos de Chiapas persiste actualmente una relación tensa entre la población indígena y la mestiza. Esta situación, en Oxchuc es evidentemente significativa dado que la mayor parte de la población ladina recientemente tuvo que salir del municipio ante la presión de la población indígena. En el ámbito de la atención médica la problemática de las relaciones entre indios y ladinos es importante porque hasta hoy, la mayoría de los agentes de salud del estado son mestizos, y el contacto durante la consulta y las diversas actividades de salud sigue estando afectado por prejuicios de ambas partes. Esto bien podría ser una de las razones principales por las que, a pesar de que cada vez se mejora más la cobertura de los servicios de salud gubernamentales, éstos, en general, tengan poca demanda de la población indígena de la región, la cual sigue muriendo por enfermedades prevenibles.

En Cruztón los servicios de salud gubernamentales son usados y tienen la aceptación de las personas precisamente porque son brindados por personas de la propia localidad que ya se dedicaban a curar desde antes que las instituciones de salud IMSS y SSA llegaran. Los agentes de salud en este caso se identifican como campesinos oxchuqueros y, cuando les pregunté por problemas en su trabajo, nunca hablaron de la población, más bien refirieron su relación con la institución (mestiza por excelencia), señalando la falta de equipo, la minúscula ayuda económica que reciben, los retrasos en la entrega de medicamentos y el incumplimiento de compromisos que se establecen; como cuando se encontraron 80 voluntarias para la toma del Papanicolau, todo quedó preparado en la localidad y la doctora no se presentó como había sido acordado.

Por lo que pude observar, las personas de Cruztón están contentas de contar con personas “de su propia gente” cuando necesitan atención. Sin embargo, esta situación es particular de Cruztón ya que, en muchas otras localidades de Los Altos, la atención es brindada por agentes de salud (médicos, enfermeras y otros) con poca identificación y vocación de trabajo para con la población. Esto vuelve a las relaciones entre mestizos y ladinos, traspoladas a las de agentes de salud-población un punto importantísimo a tomar en cuenta en el diseño de estrategias para mejorar los servicios de salud y la eficacia de los programas y proyectos que se establecen.

Influencia de las políticas gubernamentales y manejo terapéutico

Uno de los ámbitos en donde ha influido el gobierno a través de las políticas que ha implementado a lo largo de los años, es en la manera cómo se organiza la población tanto a nivel de cada paraje, a través del comité escolar, como a nivel municipal, con la influencia que ha tenido para alterar y reorganizar los grupos

de poder locales. Esto ha generado situaciones conflictivas que pueden influir el manejo terapéutico de las personas. Abundaremos sobre ello adelante, en el apartado *Conflictos sociales y manejo terapéutico*.

En el ámbito de la propia labor de los servicios de salud, instituciones como el INI (en los años 50) y la SSA y el IMSS-COPLAMAR (en los años 80) realizaron proyectos que intentaron introducir la biomedicina en Los Altos tomando en cuenta de alguna forma los aspectos culturales, principalmente, buscando relacionarse con los médicos tradicionales. Después de esto, no ha habido otra estrategia gubernamental con un enfoque cultural que tenga como meta mejorar los servicios de salud.

En esta tesis sostengo, como lo ha hecho la antropología médica aplicada durante décadas, que es imprescindible tener en cuenta la cultura local para realizar acciones de salud. Sin embargo, también sostengo que es preciso que esas acciones se enfoquen a la cultura de los propios agentes de salud institucionales, pues son ellos quienes tienen trato directo con las personas y de ellos depende en gran medida que las acciones sean efectivas.¹⁸³ La vocación de ayuda que las instituciones y programas – gubernamentales o no gubernamentales– manifiestan pueden ser contraproducentes, o poco eficaces, si no toman sus propias acciones y estrategias de una manera autocrítica; es decir, cuestionando su papel, observando los diversos aspectos y problemáticas que afectan en lo relativo a la salud y escuchando las necesidades y cuestionamientos de los usuarios y del personal con el que laboran.

Esto es aplicable al proceso de descentralización impulsada por la política neoliberal que mantienen los organismos internacionales. Dicha política, propone que los Estados o naciones se desliguen de gran número de las obligaciones que venían realizando dando espacio a la iniciativa privada. En este sentido, en el ámbito de la salud, la propuesta es que los gobiernos focalicen los recursos en la atención básica y se desprendan de la responsabilidad de brindar servicios de segundo y tercer nivel a la población general.

En México el proceso está en marcha y, aún cuando podemos no estar de acuerdo con él, ubicándonos dentro de su propia lógica –que es el ahorro– la focalización de recursos puede ser bastante infructuosa si los proyectos que se proponen se siguen realizando de manera vertical sin tomar en cuenta las diferencias regionales, los conflictos y las necesidades locales. Cada nuevo proyecto gubernamental, aun cuando se diseñe con la perspectiva de implementarse a escala nacional, se debería implementar sólo después de un diagnóstico local que tome en cuenta el papel de las personas que lo llevarán a cabo y las personas que los recibirán (sus condiciones, circunstancias, actitudes, valores y conocimientos). De otra

¹⁸³ Ante una *actitud expectante o de resignación* sólo puede incidir el compromiso de trabajo y la vocación de ayuda de el agente de salud. De igual manera el compromiso de trabajo y la sensibilidad al contexto redundaría en encontrar soluciones y comenzaría a romper con los prejuicios que comúnmente crean la barrera cultural. Como diría Favre al criticar que las acciones del INI sólo se enfocaron a lograr cambios en las costumbres indígenas: más que un Instituto Nacional Indigenista es necesario un Instituto Nacional Ladinista (Favre, 1984: 373).

manera, si se parte de ideas preconcebidas y fórmulas establecidas, se pueden generar más conflictos que soluciones.

El programa Oportunidades que se implementa a nivel nacional, es útil para brindar un ejemplo de cómo no basta con focalizar el gasto. Dentro de componente de salud, como vimos, una de las acciones básicas es la realización de pláticas a las que las personas beneficiarias deben asistir para no perder su apoyo económico. En contextos indígenas como los de Los Altos de Chiapas esto es en vano si las pláticas educativas que propone el programa continúan realizándose en español –como sucede en la mayoría de los lugares– y por una persona sin preparación y disposición de transmitir el mensaje. Las pláticas suelen convertirse en una aburrida obligación a la que se hace acto de presencia.¹⁸⁴

Religiones y manejo terapéutico

Como hemos visto, la religión, quizás más que las instituciones, ha logrado tener importantes efectos en el plano de la salud. En Oxchuc ha sido clara la influencia religiosa –tanto de la iglesia católica como de la presbiteriana– con relación a que la población incorporara hábitos preventivos y en que la biomedicina, principalmente a través de los fármacos, se introdujera con éxito y fuera valorada por la población.

Actualmente las instituciones públicas de salud (SSA e IMSS) tienen gran cobertura en la región y, a través de programas focalizados en la población marginada, están realizando fuertes inversiones de recursos en la zona; a pesar de esto, los centros de salud en las cabeceras generalmente se observan con poca concurrencia, pese a la gran morbilidad que existe. Es necesario conocer las razones del impacto que lograron las iglesias en la población para pensar en una estrategia adecuada para que los servicios de salud cobren popularidad.¹⁸⁵ Esto hace necesario invertir en investigación; sin embargo es un gasto necesario si se toma en cuenta que no basta que se tengan unidades médicas equipadas si la gente prefiere no usarlas o las sigue usando sólo en la coyuntura de lograr recibir apoyos gubernamentales.

Por otra parte, no se debe soslayar la importancia de la religión en la vida local. Tener en cuenta la filiación religiosa de las personas, sus creencias y valores, así como sus conflictos con otras denominaciones y su papel en la organización social de la localidad, es muy importante para que los servicios de salud no implementen estrategias que puedan generar problemas o contribuyan a acentuar el poco uso de los servicios de salud. En el campo de la educación sexual vale la pena, por ejemplo, conocer

¹⁸⁴ En Cruzón como hemos indicado, las pláticas están teniendo un metodología interesante y muestran tener buena aceptación e impacto entre las personas.

¹⁸⁵ Es probable que la vocación de servicio de los sacerdotes y pastores de las diferentes religiones, así como su interés por aprender el idioma y la estrategia de capacitar como paramédicos a personas de las propias poblaciones, hayan sido aspectos importantes para que las iglesias hayan tenido impacto en el plano de la salud.

la posición que las iglesias guardan hacia temas como el uso de anticonceptivos, buscando la manera de llegar a consensos sin caer en el autoritarismo.

En las localidades indígenas el papel de lo religioso es muy importante, existen elementos “tradicionales” y nuevos que se combinan de diversas maneras, tener un personal sensible a observar la influencia religiosa en el ámbito de la salud, y valorar los posibles beneficios o perjuicios de sus ritos y creencias, ayudará a entender la problemática y a hacer propuestas adecuadas para incidir en ella.

Conflictos sociales y manejo terapéutico

Ya hemos visto como las acciones de organizaciones campesinas, grupos políticos, ONGs y la guerrilla zapatista han tenido importantes efectos sobre las políticas gubernamentales en cuanto a presionar para que se preste mayor atención a la región inyectando recursos para mejorar las condiciones de vida. Esto tiene una coyuntura política muy específica: el conflicto armado en la región.

Tomar en cuenta todo lo relacionado con las cuestiones de poder a nivel local (el papel de la tradición y los tradicionalistas, el de los comités locales, el del municipio y todos los conflictos que existen alrededor de los diversos grupos de poder, la presencia o no de zapatismo, el trabajo de las ONGs, etc.), es muy importante para el desarrollo de cualquier proyecto o programa que se enfoque a la salud pues, muchas veces, el acceso, el funcionamiento y la eficacia de los servicios de salud dependen de la situación política de la localidad (por cierto, muy variada de una a otra) y de quiénes pueden tomar decisiones o imponer sus opiniones. En este sentido, grupos enteros pueden ser excluidos de los beneficios de los programas gubernamentales por tener una filiación política diferente a la del grupo en el poder.

En Cruztón el total de la población se asume como priista, lo cual ha significado evidentes beneficios dado que el PRI es el partido que ha gobernado el municipio a lo largo de los 90s. Sin embargo, existen grupos de poder internos al partido. Días después de mi llegada, el esposo de la promotora de Oportunidades del Barrio Centro –perteneciente a uno de los grupos de poder priistas– fue destituido con el argumento de que utilizaba su cargo para hacer proselitismo (algo totalmente prohibido por el Programa) a favor de una facción del partido poco popular en la localidad. Esto significó que ya no se le haya permitido a su esposa asistir a las charlas y a cobrar su pago de Oportunidades, lo que repercutió a su vez en que su hija, que estudiaba la secundaria en Oxchuc gracias al apoyo de la beca, ahora esté de regreso en Cruztón.

Los Programas de Salud y el concepto de manejo terapéutico

Los programas y proyectos de salud institucionales constituyen, en sí, el manejo terapéutico que el gobierno o las organizaciones civiles hacen de la población con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud. El impacto de tal manejo se puede conocer de manera efectiva siguiendo los procesos terapéuticos que realizan las personas que son objeto de atención y realizando observación etnográfica. El objetivo de la propuesta metodológica de esta tesis, fue brindar material útil para diseñar propuestas que puedan incidir en el mejoramiento de la calidad y efectividad de los servicios de salud. El concepto de manejo terapéutico, por su carácter sensible al contexto, a pesar de las limitaciones de tiempo para realizar la investigación, nos puso en contacto con diferentes aspectos que influyen las decisiones de las personas. Las condiciones, quizá sean fáciles de visualizar con los datos cuantitativos que existen, sin embargo, las circunstancias, las actitudes, los valores y conocimientos, requieren realizar además otro tipo de acercamientos. Los relatos de manejo terapéutico que nuestro corrobora la importancia de los factores estructurales, (las condiciones), pero muestran que debajo hay una gran variabilidad y que hay otros aspectos a tener en cuenta para tener logros en el ámbito de la salud. Las circunstancias, las actitudes y los valores y conocimientos fueron evidentemente significativas en Cruzón. En las siguientes secciones presento recomendaciones y propuestas que se basan en la información que he presentado, otro lector podría también imaginar propuestas diferentes, sería alentador para mí que éste trabajo sirviera para ello.

ATENCIÓN DEL TRACOMA Y ENFERMEDADES OCULARES: DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

Aunque al inicio de este trabajo no tuve como meta medir la prevalencia de las enfermedades oculares, recibí por parte de ACASAC una capacitación general para diagnosticar las diferentes fases del tracoma y para identificar algunas de las enfermedades oculares más comunes desde la perspectiva biomédica. Por ello aproveché mis visitas a diferentes casas para hacer una aproximación diagnóstica de las personas que estaban presentes y observé con atención los factores de riesgo que podría haber en la localidad.

Factores de riesgo

Acceso al agua

Respecto a la accesibilidad al agua pude corroborar que la mayoría de las personas cuentan en su casa con sistema de captación pluvial que les permite durante los meses de lluvias tener abasto suficiente del líquido. En el caso de Doña Dominga y Doña Juana no cuentan con canaleta ni tinaco Rotoplas, simplemente colocan un par de viejos cántaros a la orilla de su casa para captar el agua que escurre del techo. Por otra parte, en los meses secos (de abril a julio) las personas cuyas casas quedaron distantes de

alguna de las “ollas de agua” construidas recientemente, tienen que caminar de treinta a cuarenta minutos para acarrear agua a sus casas. Es por ello que en dichos meses –según lo que me contaron– son frecuentes los casos de conjuntivitis.

A pesar de esto, para los entrevistados, la situación es mucho mejor que hace unos años en los que sólo el barrio Centro tenía tanque, gracias al apoyo de la iglesia a mediados del siglo pasado. El mejoramiento del acceso al agua implica que las personas tengan líquido suficiente para emplearlo con mayor frecuencia en su higiene personal y, como consecuencia, el riesgo de infección y reinfección a partir de la bacteria que provoca el tracoma disminuye considerablemente. Cómo veremos adelante durante mi trabajo de campo sólo pude detectar dos casos de tracoma folicular, la fase infecciosa del tracoma.

Higiene familiar y ambiental

Respecto a la higiene, durante los 60s, con la llegada de la iglesia, algunas familias comenzaron a tener un mejor manejo de la basura y se hicieron las primeras letrinas y fogones en alto. Sin embargo, es hasta hace pocos años con la implementación del programa Progresá, ahora Oportunidades, que el uso de letrinas y fogón en alto y el aseo doméstico se volvieron un requisito. En general todas las casas que visité, excepto “los casos desoladores”,¹⁸⁶ contaban con letrina y fogón en alto. La disminución de eces fecales al aire libre, en las cuales puede dejarse la bacteria si la persona está contagiada, ha reducido el riesgo de contagio del tracoma.

Respecto al aseo personal, pude comprobar que las personas tienen la costumbre de lavar sus manos antes de cada comida. Por otra parte, la mayoría de los hombres toman un promedio de dos baños de temascal a la semana; las mujeres y niños lo realizan con menos frecuencia dado que por la cantidad de leña que se necesita es un lujo; a pesar de ello, el aseo facial se hace con regularidad. Por las mañanas cuando van a la escuela la mayoría de los niños se ven aseados aunque las condiciones del medio hacen que se ensucien rápidamente.

Esto significa que en la actualidad la higiene tanto ambiental como familiar y personal ha mejorado gracias al mejor acceso al agua y a la influencia de las iglesias y el programa Oportunidades.¹⁸⁷ Durante el mes de octubre del 2003 hubo una epidemia de conjuntivitis que afectó a algunas regiones de Chiapas y estuvo presente en varios estados de la república. Durante esos días sólo observé el caso de una niña hija de una de las maestras que acude a la escuela pero vive en Oxchuc. El mal no se extendió en la localidad.

¹⁸⁶ Sólo dos casas. Ver capítulo 5

¹⁸⁷ Los efectos positivos del programa Oportunidades están relacionados con la manera como se ha organizado este programa en Cruzón. En otros lugares de la región los efectos no han sido tan significativos debido a las limitaciones que ya hemos mencionado.

Enfermedades oculares detectadas

En total tengo registro de 44 casas en las que realice una aproximación diagnóstica de las personas presentes. Revisé en total 116 personas.

Tracoma folicular

De un total de 42 niños (entre 3 a 12 años de edad) sólo detecté los síntomas de tracoma folicular en dos pequeñas, Josefina y una hija de Don Vicente. A pesar de esto, Josefina es un caso peculiar en el cuál en mi opinión es posible que el diagnóstico de tracoma esté equivocado o la bacteria se sumamente resistente.¹⁸⁸ La hija de Don Vicente, por su parte, cuando la vi por segunda ocasión, con la intención de administrarle azitromicina, los síntomas ya habían desaparecido y, por tanto, lo suspendí.

Aunque no pretendo que esta muestra sea representativa, los resultados corroboran la opinión de expertos de ACASAC y SSA de que en la actualidad el tracoma folicular, la fase infecciosa de la enfermedad, se encuentra controlada en Chiapas. En esto evidentemente está teniendo impacto el mejoramiento del acceso al agua, la higiene ambiental y las pláticas de Oportunidades. Es relevante mencionar que las señoras conocen –en general, con algunos errores en los detalles– cómo se contagia el tracoma y cuáles son sus fases gracias a que escuchan tales pláticas.

Tracoma cicatrizal¹⁸⁹

El tracoma cicatrizal lo encontré de forma prácticamente general en 32 personas adultas que tienen más de 35 años de edad, sólo hubo dos excepciones. Esto parece indicar que la incidencia del tracoma folicular fue muy fuerte durante la década de 1960 y en décadas anteriores, pero entre 1970 y 1980 disminuyó y por ello, en los jóvenes que revisé (16 de entre 14 y 29 años), no se encontró ningún caso que se haya convertido en tracoma cicatrizal. En esta tendencia es palpable que los cambios asociados a la llegada de la iglesia comenzaron a tener efectos notables en la disminución de la enfermedad. Esto también corrobora la opinión de los especialistas de ACASAC, de que el mayor reto en el combate del tracoma es operar los casos de triquiasis que pueden derivarse de entre el gran número de casos de tracoma cicatrizal que existen.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Como mencioné en el capítulo 4, ella ha sido tratada varias veces con azitromicina, su familia sigue todas las normas de higiene y, a pesar de ello, han permanecido en sus ojos síntomas leves de tracoma folicular.

¹⁸⁹ No encontré ningún caso de tracoma folicular intenso.

¹⁹⁰ Como ya vimos es una fase de la enfermedad que en la que permanece latente el problema y al paso de los años provoca la inversión de los párpados. Las personas que lo tienen no lo perciben como un problema.

Tracoma en su fase de triquiasis

Pude entrevistar a 11 personas que padecen triquiasis, 8 de los cuales ya han sido operadas; dos de ellas en dos ocasiones. Además, supe de una persona enferma que no pude localizar y de 4 personas que murieron recientemente padeciendo la enfermedad. Tanto los que se operaron una vez como los que ya volvieron a operarse, probablemente requieran una vez más la operación, cuando el proceso de cicatrización provoque de nuevo las molestias. Esto sumado a que es posible que en los años siguientes prosigan apareciendo casos, hace necesario un programa permanente de detección y operación de enfermos de triquiasis.

Sin embargo, las diferentes instituciones (en este momento ACASAC y la SSA) que están tratando el tracoma en la región deben de tener evaluar la calidad de la atención en la operación, pues muchas personas operadas consideran que la operación no los benefició, algunos porque tenían la expectativa de mejorar la visión (algo que se debe explicar que no sucede, pues al parecer en muchos casos de Cruzón no fue aclarado) y otros, porque las molestias con sus pestañas les regresaron muy pronto y hubieran preferido evitar las molestias de la operación.

En relación con este descontento, aunque las personas se refirieron en sus relatos a la poca calidad del resultado de la operación, es muy probable que el método que se usó para detectar a los enfermos de triquiasis combinada con factores emotivos o de actitud individual, sean la raíz real de la inconformidad. Lo explico mejor:

La revisión ocular de Médicos sin Fronteras fue hecha en la escuela de la localidad. Para reunir a las personas se pidió el apoyo del auxiliar de salud de SSA (encargado de Oportunidades). Esta estrategia –me parece– provocó que, aunque Médicos sin Fronteras fuera una asociación civil, los enfermos hayan relacionado la revisión con el Programa Oportunidades, esto –en el contexto de que dicho programa pone como condición para recibir el apoyo la participación de los beneficiarios en varias actividades– pudo provocar que algunas de las personas que se decidieron operar, lo hicieran sin real convicción (coercionados tácitamente por el apoyo que reciben). Quizá preferían no operarse, tenían temor, habían aceptado su condición... y sin embargo se sometieron al procedimiento.

Tomando en cuenta las circunstancias de esta revisión, es comprensible la baja valoración de los resultados que obtuvieron al operarse, pues aunque aceptaron mejorías evidentes, como el hecho de que por un tiempo dejaron de depilarse, la tendencia fue enfocarse a las molestias que tuvieron, llegando

incluso a pensar que a raíz de la operación empeoró su vista.¹⁹¹ Casualmente los dos enfermos que no se operaron no son beneficiarios del programa Oportunidades.

Dada la poca demanda que se tiene de los servicios de salud, el tracoma, la mayor parte de las veces, es tratado gracias a proyectos asistenciales; sin embargo, se debe poner mucho énfasis en el diálogo previo con los enfermos, y siempre proceder una vez que las personas se hayan convencido y hayan tomado la decisión de someterse al tratamiento. Lo mismo debiera suceder en acciones que realiza el programa Oportunidades pues, aunque sin duda muchas de ellas van encaminadas al objetivo de mejorar la salud, si no se parte de un acuerdo mutuo, en realidad se está agrediendo la integridad de las personas. Un ejemplo es el examen del Papanicolau que en muchos lugares fuera de Cruzón es exigido como requisito del programa y, en mi opinión, sólo debería realizarse con el consentimiento de las personas. Se debe promover en todas las acciones asistenciales un proceso de diálogo, por medio del cual las personas hagan suya la necesidad y no lo hagan por temor a perder un apoyo gubernamental.

Otras enfermedades oculares

Por otro lado, registré 18 casos de pterigión, 6 de catarata y 4 de estrabismo, pero durante mis recorridos encontré muchas más personas enfermas.¹⁹² Dada la focalización del tratamiento hacia el tracoma, las perspectivas de encontrar atención para estas enfermedades es prácticamente nula y las personas las aceptan como parte de su vida. En el caso del tracoma la mayoría de las personas que lo padecían también la habían aceptado. La atención se ha derivado en gran medida a raíz de la asistencia y denuncia de organismos no gubernamentales. Esto sugiere que otras enfermedades oculares no serán vistas como un problema hasta que se realicen campañas de presión política.

En este momento los servicios de salud están inmersos en un proceso de descentralización que los conduce a concentrarse en sólo un conjunto de acciones de salud, consideradas básicas, dejando la atención de segundo y tercer nivel, como las cirugías, en manos privadas. Esta situación nos afecta a todos, pero de sobremanera a las regiones indígenas que –si bien hasta este momento en los Altos de Chiapas manifiestan poca demanda y confianza en los servicios de salud– en poco tiempo ni siquiera tendrán la opción “teórica” a su alcance.

Más allá de esta política, considero que debería haber un programa permanente que brinde atención a las enfermedades oculares más comunes en las áreas rurales. Para ello deberían capacitarse a

¹⁹¹ Dado que la operación es en el párpado es muy improbable que afecte la visión. Sin embargo, debemos tener en cuenta que un ingrediente importante para que un tratamiento sea eficaz es la confianza del enfermo en el terapeuta y su procedimiento. Si alguien desconfía o no ha sido plenamente convencido, muy probablemente predispondrá su mirada a ver sólo aquello que corrobora su desconfianza.

¹⁹² El total de los casos mencionados en los párrafos anteriores suman más de 116 personas porque muchos tenían al mismo tiempo tracoma cicatrizal y otra enfermedad ocular.

los diversos servidores de salud para detectar enfermedades oculares y referir a los enfermos oportunamente.¹⁹³

IMAGINAR: PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA REGIÓN

A pesar de que la tesis se centró en estudiar la atención de enfermedades oculares creo que, en general, brinda suficientes elementos para pensar en los problemas que enfrentan los servicios de salud en la región. Por ello propongo en este apartado algunas acciones que podrían ayudar a solucionar algunos de los problemas que enfrentan los servicios de salud y a bosquejar una propuesta que podría apoyar en la búsqueda de soluciones de fondo.

Hemos visto que los servicios de salud en Cruztón funcionan relativamente bien gracias a que las personas que los brindan son valorados por la localidad. En Cruztón es manifiesta una combinación en la cual se valora al mismo tiempo la independencia y el cambio. Esto implica que se es receptivo de todas aquellas ideas externas que contribuyen al mejoramiento de la vida local, pero al mismo tiempo se tiene algún grado de desconfianza hacia los agentes externos y se prefiere tratar con personas que hablan el mismo idioma.

En general, no se rechaza el apoyo institucional y, gracias a los logros de la iglesia y actualmente de Oportunidades, se valoran las medidas preventivas y la eficacia de los fármacos. El problema real para la atención médica en la región puede radicar, según mi opinión, en la tensión entre los mestizos y los indígenas llevada al escenario de la atención entre servidores de salud y usuarios. En concreto, creo que se relaciona con la falta de vocación de servicio del personal de salud de las instituciones públicas que se traduce en una mala calidad de atención. Seré más específico al respecto.

Durante los años 50 los misioneros comenzaron a aprender el idioma tseltal y ello significó gran éxito en su entrada a las comunidades. Por mi parte, durante el trabajo me esforcé lo más que pude por aprender el idioma logrando por lo menos seguir intercambios de palabras sencillos. Considero que ello me ayudó a ganar la confianza de muchas personas. En una ocasión en el barrio Temash se me dijo algo muy significativo. Nicolás platicaba y reía con un señor mientras comíamos. Luego me dijo que las personas decían que yo no parecía ni ingeniero, ni doctor, ni algún otro tipo de profesionista, según las personas yo parecía más bien un sacerdote.

Esta anécdota me da la pauta para pensar que la vocación de servicio y el interés por aprender el idioma es muy importante y sin duda la actitud de los sacerdotes redundó en el éxito logrado no sólo en el

¹⁹³ En el caso de que –a pesar de que existan las enfermedades y los medios para atenderlas– hubiese poca demanda de la atención, deberían investigarse los motivos y hacer estrategias de promoción adecuadas a las circunstancias encontradas.

proselitismo religioso sino en los cambios de las costumbres que ya hemos mencionado. Por lo anterior, ante la pregunta de por qué los servicios de salud gubernamentales tienen poca demanda a pesar de la gran valoración que se tiene de varios elementos de la biomedicina, podemos pensar que la actitud de servicio es la clave del asunto. Con base en esta interpretación elaboro las dos siguientes propuestas¹⁹⁴, a saber:

1.- Capacitar al personal de salud para tener sensibilidad en el contacto intercultural

Esta no es una propuesta nueva, pero sin duda es algo que no debe dejar de mencionarse. En mi opinión debería haber un programa permanente para capacitar al personal de salud para su trabajo en una zona rural e indígena. El objetivo, además de alentar la vocación de servicio, debería ponerse en despertar la sensibilidad del personal ante los problemas locales y ante la importancia de realizar su trabajo respetando las opiniones de “el otro” y con apertura para buscar caminos alternativos para solucionar los problemas que enfrentan.

En este estudio encontramos la peculiaridad de que en Cruztón no existe personal de salud mestizo. Esto no me dio oportunidad de realizar una etnografía sobre la vida laboral y los problemas que enfrentan estos servidores de salud. Investigaciones que se realizaron de manera paralela, por los compañeros de la línea de investigación de Antropología Médica en esta maestría, brindan información importante en este sentido.¹⁹⁵ A partir de lo que ellos han observado resulta obvio que poner en práctica un programa así y obtener una respuesta favorable en el personal no es algo fácil. La burocratización y el arraigo de gran número de actitudes que se reproducen constantemente constituye un círculo vicioso difícil de romper. A pesar de todo pienso que es imprescindible realizar acciones *permanentes* en este sentido.

2.- Poner en marcha un proyecto para la creación de la carrera en medicina rural

Evaluar las actitudes y expectativas que el personal de salud tiene en su trabajo es de suma importancia para proponer una solución de fondo. A partir de las discusiones que tuvimos durante los seminarios de Antropología Médica, aún antes de salir a campo, se planteaba como uno de los principales problemas de

¹⁹⁴ Aunque es obvio que una *actitud expectante* o *de resignación* puede en un caso particular definir el rumbo del manejo terapéutico y que muchas veces existen *circunstancias* que dan un rumbo diferente al previsto en una situación, en mis propuestas retomo principalmente los aspectos culturales, *valores* y *conocimientos*, pues me parece que es en ellos en los que más se puede incidir y repercutirían en cambios las *actitudes* e incluso ayudarán crear nuevas *circunstancias*.

¹⁹⁵ El Dr. Sergio Meneses, que tuvo como tema las relaciones interétnicas entre prestadores y usuarios de los servicios de salud institucionales en Los Altos de Chiapas, realizó una amplia etnografía del personal de salud en una localidad indígena. La Dra. de Hilda Arguello, que tuvo como tema eje la atención obstétrica, logró hacer una etnografía detallada del hospital regional de San Cristóbal de las Casas; el Antropólogo Joaquín Ventura Sique, que trabajó el tema del tracoma en otra localidad de Oxchuc, también realizó importantes observaciones sobre los servidores de salud y, finalmente, el Psicólogo Social Pablo Sánchez Tapia, que estudio la relación entre los enfermos de VIH y la institución, nos brinda importante información descriptiva sobre el personal de salud. (*Me baso en los borradores de capítulo que, como parte del seminario de Antropología Médica, nos mostrábamos periódicamente. No conozco aún las versiones finales de sus tesis.)

los servicios de salud la falta de vocación de los servidores de salud para trabajar en zona rural. Los programas de estudio de los médicos están enfocados al trabajo en ciudad y los médicos que llegan a las localidades rurales por lo general ven su trabajo como un rito de paso y no tienen suficiente tiempo para involucrarse en la problemática que enfrenta la población. Lo mismo sucede con el resto del personal cuya ambición principal es acercarse a la ciudad donde tendrá mayor comodidad.

Ante esto, resulta evidente que, para atacar este problema se debía ir hasta la misma formación del personal. Hace ya varias décadas, durante el periodo cardenista se impartió por pocos años una carrera en medicina rural en el Instituto Politécnico Nacional en la ciudad de México. No sé los motivos de su desaparición pero me parece que retomar un proyecto como aquel sería de gran importancia, pues las personas atraídas a estudiar sabrían de antemano cual es su campo de trabajo y ello redundaría en una mejor disposición hacia sus labores. Sin embargo, considero que requiere algunas adaptaciones para ser más eficaz.

En primer lugar, los centros de formación no deberían situarse en la ciudad sino en el mismo campo de manera similar a como se hace con las normales rurales. Esto permitiría a los estudiantes estar en contacto con los problemas de la región desde su misma formación además de que facilitaría que personas de la región ingresaran.

En segundo lugar, me parece que deberían plantearse programas de formación en diferentes niveles, los cuáles no fueran tanto opciones alternativas sino acumulables, es decir, plantear un curso de promotor de salud, con un área específica de trabajo, con la posibilidad de continuar para alcanzar el grado de enfermero o paramédico y luego como médico general.

En tercer lugar, los programas de estudio deben incluir contenidos sobre la vida y problemáticas sociales de la región así como contenidos en los cuales se reflexione sobre el papel de la cultura en el proceso de salud, enfermedad y atención. En este sentido la antropología médica debería tener un papel central dentro de los programas y la formación, enfocándose a crear a estudiantes con un perfil de investigadores con el fin de desarrollar e implementar proyectos acordes a la situación de la región.

Dada la valoración de la independencia y el cambio que existe en Oxchuc y, probablemente, en toda la región de Los Altos, me parece que un proyecto bien elaborado en este sentido sería factible de ser realizado y rendiría importantes frutos. Por ello, aunque requiere una gran inversión, en el fondo evitaría gastos infructuosos de recursos. Realizar grandes inversiones sin tomar en cuenta la problemática local suele redundar en que los programas no tengan los efectos que se esperan.

Sin duda los detalles a pensar son muchos, sin embargo, mejorar la calidad de la atención y lograr mejorar las condiciones de salud regionales es un reto que requiere comprometerse en una propuesta que enfrente la situación de forma integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arrizabalaga, Jon, 2000, "Cultura e historia de la enfermedad" en: Perdiguero, Enrique y J. M. Comelles (editores) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

Assaad, F. (1969) "Use of focal variation in trachoma endemicity in depicting interplay between socioeconomic conditions and diseases" en: *Bulletin of World Health Organization*. No. 41

Bailey, R.; Osmond, C. ; Mabey, D. (1989) "Analysis of the household distribution of trachoma en Gambian village using a Monte Carlo simulation procedure" en: *International Journal of epidemiology*. No. 18

Banco mundial, 1993, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington D.C.

Bartolomé, R. E., 1989, *Incidencia de tracoma en la población solidariohabitante de la UMR IMMS-COPLAMAR de Oxchuc*. Tesis de Licenciatura, Tuxtla Gtz., Chiapas, UNACH.

Bautista Martínez, Roberto Alejandro, 2002, *Espacios disputados y poder local en Oxchuc, Chiapas*, Tesis de Licenciatura en Antropología UNACH.

Berlin, Ann Elois, 2000, *Manual etnomédico de Oxchuc. Guía básica y Herbolaria*, Editorial Fray Bartolomé, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Berger, Peter y Luckmann, Thomas, 1983, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Brunham, R.; Laga, M.; Simonsen, J.; Cameron, D.; Peeling, R.; McDowell, J.; Pamba, H.; Ndinya, J.; Maittha, G. and Plummer, A. (1990) "The prevalence of Chlamydia trachomatis infection among mothers of children with trachoma" en: *American Journal of Epidemiology*. No. 132.

Campos Navarro, Roberto, 1992, "Prácticas médicas populares. Algunas experiencias sobre el proceso de auto atención curativa" en: Roberto campos (comp.) *La antropología médica en México*. Antologías Universitarias, Tomo 1, México.

Colby, Benjamin N.; Van Den Berghe, Pierre L., 1966, "Relaciones étnicas en el sureste de México" en Vogt, Evon Z. (ed.) *Los Zinacantecos*, INI, Colección "Presencias".

Coronado Monroy, Adalberto, (s/f), *¿Qué es una catarata?*, ISANO, <http://retina.uson.mx/atarata.htm>

Coutright, P.; Shepp, J.; Lane S.; Sadek, A.; Schachter, J; Dawson, C.; (1991) "*Latrine ownership as a protective factor in inflammatory trachoma in Egypt*" *British Journal of Ophthalmology*. No. 75.

Coutright, P., 1994, "Trachoma control: challenges and prospects" en: *Community eye health*. No. 7

Csordas, Thomas y Arthur Kleinman, 1995, "The therapeutic process", en Sargent C. y T. Johnson *Medical anthropology. Contemporary theory and method*. Praeger Press Londres, pp.3-20.

Dawson, C.; Daghfoust, T.; Messadi, M.; Hoshiwara, I.; Schachter, J. (1976) "Severe endemic trachoma in Tunisia", en: *British Journal of Ophthalmology*. No. 60.

Dawson, Chandler R., 1996, "Pathogenesis and control of blinding trachoma" en: *Duane's Clinical Ophthalmology*, Vol. 5, cap. 60.

De la Cruz Estrada, María del Socorro, 2000, *Situación actual del tracoma en los Altos de Chiapas* (Tesis para obtener el título de médica cirujana) Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez.

De Miguel, Jesús, 1980, "Introducción al campo de la Antropología Médica" en: Kenny M; De Miguel, J. M. *La antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona, España.

Favre, Henri, 1984, *Cambio y continuidad entre los mayas de México: Contribución al estudio de la situación colonial en América Latina*. México, INI.

Faal, H.; Mecaskey, J., 1994, "Trachoma control: reports from the frontline" en: *Community eye health*. No. 7

Freyermuth, Graciela, 1993, *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, CIESAS-Gobierno del Estado de Chiapas, México.

Giddens, Anthony, 1995, *La constitución de la sociedad, Bases para la teoría de la estructuración*, Argentina, Amorrortu Editores.

Good, Byron, 1977, "The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58.

Grayston, J.; Lung.jui, Y.; San-pin, W.; Cho.choa, K.; Palmer, R.; Gale, J., 1972, "Phatogenesis and immunology of trachoma", en: *Trans. Association of American Physicians*. No. 85.

Harman, Robert C., 1974, *Cambios médicos y sociales de una comunidad maya*, INI, México

Herrera Jacome, María Judith, 1997, *El tracoma en los Altos de Chiapas: Importancia del conocimiento médico local en el diseño de programas participativos de educación para la salud*. (Tesis para obtener el grado académico de Maestría en recursos naturales y desarrollo rural) ECOSUR; San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Imberton Dneke, Gracia María, 2002, *La vergüenza. Enfermedad y conflicto en una comunidad chol*. Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamerica y el Sureste, UNAM, Chiapas, México.

INEGI, 2000, XII Censo general de Población y Vivienda.

INI (s/f) *Informe de Trabajo*, Centro Coordinador Tzeltal, Oxchuc, Chiapas.

Janzen, John, 1987, "Therapy Management: Concept, Reality, Process", en *Medical Anthropology Quarterly*: 1(1):68-84.

Kleinman, Arthur, 1988, *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books, Nueva York.

Kleinman, Arthur y Joan Kleinman, 1991, "Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience", en *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 15(3): 275-301.

Kleinman, Arthur, Veena Das y Margaret Lock, 1997, *Social suffering*. University of California Press, Berkeley.

Köhler, Ulrich, 1975, *Cambio Cultural dirigido en Los Altos de Chiapas*, México, INI, Colección: SEP-INI.

Lenkensdorf, Gudrum, 1995, "La resistencia a la conquista española en Los Altos de Chiapas", en: Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

Lock, Margaret, 1993, "Cultivating the body: Anthropological and epistemologies of bodily practice and knowledge", en *Annual Review of Anthropology*, vol. 22: 133-155.

Médicos sin fronteras (s/f) *El tracoma en México: Una realidad que no hemos querido ver*. (Folleto informativo)

Medline Plus®, (s/f), *Información de salud para usted. Enciclopedia Médica: Pterigión*, página en internet: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001011.htm>

Menéndez E. L., 1990, *Antropología médica. Orientaciones y desigualdades*, Cuadernos de la Casa Chata 179, CIESAS, México.

Menéndez E. L., 1992, "Autoatención y automedicación" en: Roberto campos (comp.) *La antropología médica en México*. Antologías Universitarias, Tomo 1, México.

Menéndez E. L., 1997, "El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad" en: *Relaciones* No. 69, México.

Menéndez E. L., 2000, "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos" en: Perdiguero, Enrique y J. M. Comelles (editores) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

Merlau- Ponty, 1994, *Fenomenología de la percepción*, Ediciones Península, Barcelona.

Morales, R., 1996, *Prevalencia del tracoma en el Municipio de Oxchuc, Chiapas*, Tesis de Licenciatura, Tuxtla Gtz., Chiapas, UNACH.

Nichols, R.; Bobb, A.; Haddad, N.; McComb, D., 1967, "Inmunofluorescence studies of the microbiological epidemiology of trachoma in Saudi Arabia" en: *American Journal of Ophthalmology*. No. 63.

Nigh, Ronald (Coordinador), 1998a, "Perfiles Indígenas de Chiapas. Diagnóstico General" (No publicado: Biblioteca CIESAS-Sureste).

Nigh, Ronald; Robledo, Gabriela y Vargas, Gabriela, 1998b, "Perfiles Indígenas de Chiapas. Tzotziles y tzeltales de la región Altos" (No publicado: Biblioteca CIESAS-Sureste).

Oficina de representación para el desarrollo de los pueblos indígenas, 2002, "Programa Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas 2001-2006" ORDPI, INI, México.

Page, Jaime, 2002, *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*, UNAM-UNACH-IEI

Perdiguero, E. y Comelles J. M. (Eds.), 2000, *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

Pineda, Luz Olivia, 1995, "Maestros bilingües, burocracia y poder político en Los Altos de Chiapas" en Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

Pitarch, Pedro, 1995, "Un lugar difícil: Estereotipos étnicos y juegos de poder en Los Altos de Chiapas", en Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

Robledo, Gabriela, 1995, "Los tzotzil-tzeltales" en *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México: Región Sureste*. INI, México.

Rus, Jan, 1995a, "¿Guerra de casta según quién?: Indios y ladinos en los sucesos de 1869", en: Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

Rus, Jan, 1995b, "La comunidad revolucionaria institucional: La subversión del gobierno indígena en Los Altos de Chiapas 1936-1968", en: Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

Salvatierra, Benito; Estrada, Rene; Torres, Gabriel; Alarcón, Rafael; Nazar, Austreberta; Herrera, María del Carmen; Bencomo, Alíed (2002) "Pobreza y tracoma en los Altos de Chiapas" en: *ECOfronteras*, Gazeta ECOSUR, No. 15, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Sandra D. Lane y Marcia I. Millar, 1987, "The *hierarchy or resort* reexamined: Status and class differentials as determinants of therapy for eye disease in the egyptian delta" en: *Urban anthropology*. Vol 16 (2).

Schütz, Alfred, 1995, *El problema de la realidad social*, Amorrortu editores.

Seppilli, Tulio, 2000, "De que hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación" en: Perdiguero, Enrique y J. M. Comelles (editores) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

Serrano Carreto, Enrique; Embriz Osorio, Arnulfo; Fernández Ham Patricia, (Coordinadores), 2002, *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*, INI-CONAPO, México.

Scheper-Hughes, Nancy y M. Lock, Margaret, 1987, "The mindful body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology", en *Medical Anthropology Quarterly* 1 n.s. (1): 6-41.

Siverts, Heaning, 1969, *Oxchuc, una tribu maya de México*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

Taylor, Hugh R.; Velasco, Francisco M. y Sommer, Alfred (1985) "The ecology of trachoma; An epidemiological study of trachoma in Southern of Mexico", en: *Bulletin of the World Health Organization*. No. 63

Taylor, H.; West, S.; Mmbaga, B., 1989, "Hygiene factors and increase risk of trachoma in central Tanzania" en: *Archives of ophthalmology*. No. 107.

Thompson, John B., 1993, *Ideología y Cultura Moderna*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, DF.

Thygeson, P. (1963) "Epidemiologic observations on trachoma in the United States" en: *Investigations of ophthalmology*. No. 2

Torroella, J. y Portillo C. (1962) *Hallazgos de una zona en el estado de Chiapas con enfermos tracomatosis*. Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología.

Villa Rojas, Alfonso, 1990, *Etnografía tzeltal de Chiapas. Modalidades de una cosmovisión prehispánica*, Gobierno del Estado de Chiapas.

Viqueira, Juan Pedro, 1995a, "Las causas de una rebelión india: Chiapas, 1712", en: Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

Viqueira, Juan Pedro, 1995b, "Los Altos de Chiapas: Una Introducción General", en: Viqueira, Juan Pedro y Ruz, Mario Humberto (Eds.), *Chiapas: Los rumbos de otra Historia*, UNAM-CIESAS.

West, S.; Rapoza, P.; Muñoz, B.; Katala, S.; Taylor, H., 1991, "Epidemiology of ocular chlamydial infection in a trachoma-hyperendemic area" en: *The Journal of Infectious Disease*. No. 163.

West, S.; Muñoz, B.; Lynch, M.; Kayogonga, A.; Mmbaga, B.; Taylor, H. (1996) "Risk factors for constant, severe trachoma among preschool children in Konwa, Tanzania", en: *American Journal of Epidemiology*. No. 147.

WHO, 1996, *GET 2020 International alliance formed for the Global Elimination of Trachoma*, en:
www.who.ch/programmes/pbd/trachoma/pressrel.htm

Wolf, Eric, 1987, *Europa y la gente sin historia*, FCE, México.

Wuthnow, Robert et. al., 1988, *Análisis Cultural. La obra de Peter L. Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas*. Paidós, Argentina.