



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“LA MUJER DE LOS REMOLINOS DE VIENTO: PROCESO  
SALUD – ENFERMEDAD Y ATENCIÓN MÉDICA.”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**MICHELLE MARTÍNEZ AYALA**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ**

**REVISORA: DRA. GABRIELA EUGENIA RODRÍGUEZ CEJA**

**Octubre de 2022**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

Al proyecto PAPIIT IA300617, titulado "El pluralismo médico ante el padecimiento sojkem'jol, entre ch'oles calakmuleños", que fue financiado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, de la UNAM.

A Gabriela Eugenia Rodríguez Ceja, quien me abrió la puerta a nuevas formas de conocimiento, por su orientación y solidaridad fraterna.

A Rigoberto León Sánchez, quien dio equilibrio, orientación y claridad en este proceso.

Al cuerpo académico que apoyo en la revisión de este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, un espacio de contención y de oportunidad para la formación humana. Gracias a sus recintos, docentes y apoyos para los estudiantes, desde las becas alimenticias, descuentos para libros, actividades culturales y un largo etcétera del cual pude anclarme.

Extiendo mi deseo para que las personas que provenimos de ambientes de desigualdad y marginación, podamos tener elementos que nos permitan contrarrestar los efectos adversos tal como me lo permitió esta institución.

## **Dedicatoria**

*A Delfina, la familia Betanzo y a Laura por brindarnos la oportunidad de construir este proyecto a partir de su valioso conocimiento, cariño y apoyo.*

*A mis amigos, la familia que elegí, Delfina, Rodo, Emi, Carlos, María Elena y a la gente que me apoyo en este valioso proceso formativo.*

*A Zeia, un pie de apoyo incondicional que me oriento y orienta a cada paso*

*A Misael por su cariño y compañía llena de amor.*

*A mi madre por prepararme para enfrentar los retos que ofrece la vida y a quien intento honrar en cada momento.*

## Índice

|   |     |
|---|-----|
| Agradecimientos .....   | I   |
| Dedicatoria.....  | II  |
| Índice.....   | III |
| Resumen .....   | V   |
| Introducción.....   | 1   |
| Capítulo I. Proceso salud, enfermedad y atención médica .....                   | 3   |
| 1.1 El modelo salud-enfermedad.....   | 3   |
| 1.1.1 Procesos salud enfermedad y atención.....                                 | 5   |
| 1.1.2 Algunos antecedentes de la relación entre lo hegemónico y subalterno..... | 6   |
| 1.2 Sistemas de atención médica.....  | 12  |
| 1.2.1 Atención popular y/o tradicional.....                                     | 16  |
| 1.2.2 Modelo médico hegemónico y biomedicina.....                               | 19  |
| 1.2.3 Tiempo de cambio en la biomedicina.....                                   | 21  |
| 1.2.4 Estratificación social y los sistemas de atención médica.....             | 23  |
| 1.3 Enfermedad mental. la estructura singular de un mundo sin salud.....        | 27  |
| 1.3.1 La enfermedad y la historia individual.....                               | 28  |
| 1.3.2 Alienación histórica y alienación psicológica.....                        | 29  |
| Capítulo II. Pueblos indígenas en México.....                                   | 33  |
| 2.1 Panorama sociodemográfico de los pueblos indígenas en el país.....          | 33  |
| 2.1.1 Puebla, un lugar del territorio nacional.....                             | 44  |
| 2.1.2 Un lugar de Puebla, San José Miahuatlán.....                              | 45  |
| 2.2 Componente cultural.....  | 47  |
| 2.2.1 Comunicación y cultura.....   | 47  |
| 2.2.2 Creencias y salud.....  | 55  |
| 2.3 El acceso a los servicios de salud.....                                     | 60  |
| 2.3.1 El derecho a la salud y la población indígena en el país.....             | 60  |
| 2.3.2 Exclusión social en salud.....  | 62  |
| Capítulo III. Una experiencia compartida.....                                   | 67  |
| 3.1 Motivaciones.....   | 67  |
| 3.1.1 Método.....   | 68  |
| 3.1.2 Observación.....  | 68  |
| 3.1.3 Entrevista.....   | 69  |
| 3.2 Lugar de espigas de maíz.....   | 70  |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 3.2.1                                      | Un lugar del territorio nacional.....   | 75  |
| 3.2.2                                      | Encuentros.....   | 84  |
| 3.2.3                                      | Una mujer envuelta en remolinos.....  | 86  |
| Capítulo IV. Discusión y conclusiones..... |   | 100 |
| 4.1  | Entre espigas de maíz, remolinos de viento, sombras y la exclusión social en salud..... | 100 |
| 4.1.1                                      | De la búsqueda a la selección de un caso.....   | 100 |
| 4.1.2                                      | Los padecimientos entre espigas de maíz.....  | 103 |
| 4.2  | Las transacciones y la comunicación con el aire, la sombra y el cuerpo.....             | 103 |
| 4.2.1                                      | Laura entre los modelos biomédico y tradicional.....                                    | 105 |
| 4.2.2                                      | Ser mujer nahua y tener un padecimiento.....  | 108 |
| 4.2.3                                      | Laura y su relación con la exclusión en salud.....                                      | 109 |
| 4.3  | Comentarios finales.....  | 112 |
| 4.3.1                                      | Pasos para futuros caminos.....   | 112 |
| Referencias bibliográficas.....            |   | 115 |

## **Resumen**

La presente investigación aborda, desde el concepto de la antropología médica, el Proceso Salud Enfermedad y Atención médica (p-s-e-a), los retos en el acceso a la atención para el cuidado de la salud, que atraviesa la población indígena del país. En particular, se exponen indicadores que sustentan la presencia de la exclusión social en salud, en los habitantes de San José Miahuatlán, Puebla en México, comunidad mayoritariamente náhuatl con más del 90% de personas autoadscritas a este grupo. Por medio de testimonios, abordamos algunos elementos de la ruta de atención médica y la relación con la cosmovisión náhuatl y la salud, que vive una de nuestras colaboradoras. Con dichos elementos construimos algunas conclusiones vinculadas a la relación entre la discriminación, el acceso y promoción de la salud, así como futuros caminos.

## Introducción

Presentamos el siguiente trabajo tras un largo proceso de búsqueda personal e intelectual que intenta vincular la formación psicológica con la conciencia social. Una búsqueda dirigida a problematizar situaciones que nos encaminen a construir estrategias de promoción de la salud cercanas a la diversidad cultural y étnica en el territorio nacional.

Tal intención parte de pensar la salud como un proceso vinculado a otros elementos que, en conjunto, son parte de la resolución de malestares y padecimientos. Así, en el primer capítulo introduciremos la problemática del proceso *salud, enfermedad y atención médica*, en el que recuperamos elementos que señalan por qué estos conceptos forman parte del mismo conjunto. Con esto se busca enfatizar la relación de poder que se da entre distintos modelos de atención hegemónico y subalterno, dado que la estructura médica hegemónica, derivada de la ciencia médica, ha sido, en nuestra opinión, una construcción histórica y cultural que excluye a las personas por pertenecer a ciertos grupos sociales, incluyendo los étnicos. Eso ha tenido como resultado colocar en un plano dominante una forma específica de atención médica que incluye cosmovisiones y formas de mirar el cuerpo y la salud, desplazando otros modelos de atención que también se encuentran respaldados por sus propias maneras de mirar el cuerpo y la salud como aquellas de origen mesoamericano que proviene de tradiciones más antiguas.

Tras señalar algunas características de los modelos de atención médica, en el segundo capítulo compartiremos algunos elementos sociodemográficos, presentes en la población indígena del estado de Puebla y de un municipio en particular, San José Miahuatlán, para así contar con elementos que permitan encuadrar un breve testimonio ofrecido por una informante de esta región. Lo anterior con la intención de examinar elementos vinculados a una cosmovisión distinta a la dominante que representa el cuerpo, su cotidianeidad y su salud, por lo que incluimos en este capítulo algunas características de la cultura nahua. Y concluimos con un eje que nos permite relacionar y comprender la manera en la que se da la exclusión social en la salud, para después adentrarnos en una problemática particular.

Una vez señalado el proceso salud, enfermedad y atención, la diversidad de modelos de atención médica, algunos elementos de la cultura nahua, así como algunas condiciones sociales que pueden influir en que la personas puedan o no atender su salud, incluimos en el tercer capítulo un breve testimonio compartido por Laura<sup>1</sup>, nuestra colaboradora del municipio de San José Miahuatlán, Puebla. Con su relato podremos conocer como ha sido la ruta de atención médica que ha cursado desde su realidad sociocultural y las barreras sociales con las que ha tenido que mediar entre dos modelos de atención, uno de carácter tradicional involucrado con las cosmovisiones propia del sistema de creencias e ideológico de la cultura nahua y el modelo biomédico propio del sistema de creencias e ideológico cercano a la medicina científica occidental, con el único objetivo de aliviar su padecimiento.

En conjunto, en el cuarto y último apartado, tras construir nuestra propia ruta metodológica, problematizar y discutir lo paradigmático del caso expuesto, se presentará una discusión en torno a los diferentes puntos de encuentro que derivan del proceso salud enfermedad y atención médica que vive Laura. A partir de ello señalaremos la relación entre elementos de la cosmovisión náhuatl, la condición social y socioeconómica, algunas condiciones de vulnerabilidad y acciones que han impedido que nuestra colaboradora construya y reciba una atención oportuna de calidad y sin discriminación con respecto al padecimiento que le que le aqueja. Con este último apartado señalaremos que Laura y su valioso testimonio, nos permite abordar y cuestionar los efectos que derivan del fenómeno de la exclusión social e intentaremos compartir breves bosquejos que pueden encaminar líneas de acción enfocados a la promoción de la salud.

---

<sup>1</sup> Este es un nombre ficticio con el que designaremos a nuestra informante.

## Capítulo I. Proceso salud, enfermedad y atención médica

La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales (Menéndez, 1994, p. 71).

### 1.1 El modelo salud-enfermedad

En la presente investigación se ha optado por un modelo de análisis integral basado en la investigación situada en un contexto latinoamericano y principalmente mexicano, que permite acercarnos a la *salud* como una problemática inconmensurable, identificando lo que la afecta directamente desde lo económico, social-demográfico, por los modelos en políticas públicas y por características socioculturales, haciendo el esfuerzo por disminuir esa distancia que la complejidad propia de la problemática principal nos ocupa. También nos interesa analizar algunos elementos estructurales que afectan el acceso a los servicios de salud, así como examinar el caso de una habitante del municipio San José Miahuatlán, Puebla, de población mayoritariamente nahua y su vínculo al proceso salud enfermedad y atención médica.

Por lo anterior identificamos que, en principio, los aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y la asistencia sanitaria que en las sociedades pueden ser articulados como sistemas culturales. Dicha articulación se da por una relación teórica y conceptual entre la salud, enfermedad y la atención médica, que conjunta “un modelo ecológico que relaciona factores "externos" (sociales, políticos, económicos, históricos, epidemiológicos y tecnológicos) con procesos "internos" (psicofisiológicos, conductuales y comunicativos), que fundamenta las creencias médicas y actividades en estructuras sociopolíticas y en particular en entornos y ambientes locales” (Kleinman 1978, p.86); y también se da por una relación entre los factores subjetivos derivados de las personas que viven los padecimientos.

Esta relación entre factores externos e internos se da en buena parte de las regiones del mundo, con sus respectivos matices mediados por las características que se dan entre sociedades donde, cada una cuenta con sus construcciones teóricas,

técnicas y/o ideológicas para resolver las problemáticas del binomio salud/enfermedad; así, por ejemplo, todas las sociedades cuentan con sus propios curadores, quienes son caracterizados por tener un rol particular y cuya labor es organizar, normatizar<sup>2</sup> y legitimar las estrategias locales respecto de la enfermedad y la salud; es decir, se establecen roles, dinámicas y reglas para actuar en torno a la salud donde "...las funciones curativas y/o preventivas han supuesto siempre la integración con otras funciones de control, normalización y/o legitimación de los curadores" (Menéndez 1990, p. 55) en consecuencia estas relaciones culturales y sociales en las funciones curativas son fundantes para dotar de sentido a aquello denominado *salud*.

La salud, en tanto concepto, además de poder ser atendida con una mirada orgánica o biológica, responde, también a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma debido a que "cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas (Alcántara 2008, p. 95) y en consecuencia la noción de lo que se entiende por *salud*, es además de un conjunto de síntomas, conductas y condiciones orgánicas (como revisaremos más adelante), un producto o construcción social, por ello para autores como Menéndez (1990,p. 55) y Kleinman (1978,p.86) los problemas de salud/enfermedad constituyen un proceso interrelacionado a partir de conjuntos sociales y no solo en un hecho individual.

Como hemos visto hasta ahora, la salud es un constructo basado en consensos sociales, que puede tener el efecto de construir normas así como perseguir una idea particular y estructurada de cómo alcanzarla, ante ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó su propio concepto, para un mundo global, sobre que puede ser la salud, con relación a una cierta línea de derechos humanos que apela a la idea de una vida digna, a razón de eso, este organismo señala lo siguiente, "la salud

---

<sup>2</sup> Siempre que hagamos referencia a "normatizar" o "normatización", nos referiremos a lo definido por Menéndez: "Normatizar quiere decir para nosotros poner modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud" (Menéndez, 1990, p. 66).

es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014 p.1).

La definición de salud de la OMS, es un parámetro internacional que como menciona Alcántara (2008), se aplica con respecto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), que incide en políticas públicas para la atención de la salud, de muchos países en el mundo incluyendo México. La CIE, se ha encargado de tipificar las enfermedades con base a una perspectiva biologicista y científicista afín a la biomedicina<sup>3</sup>, que bajo esa estructura delinea e identifica algunas de las causas y efectos que provocan ciertos números de muerte, enfermedades con mayor y menor incidencia y sus respectivas formas de ser atendidas casi en su totalidad por técnicas biomédicas.

Con la definición de salud de la OMS se ha enmarcado una posibilidad de promover una forma de actuar y resolver problemas de carácter público y epidemiológico; sin embargo, esta definición internacional, es solo una parte de un complejo entramado de problemáticas y condiciones que intervienen en ese bienestar que puede representar el concepto de *salud*.

Por lo mencionado, encontramos en el modelo del proceso *salud-enfermedad-atención médica* un medio para hacer un análisis entre lo individual, que implica identificar como se viven las rutas de atención que se siguen, así como la manera en la que se vive el trato del biomédico y las formas no dominantes de atención a la salud.

### **1.1.1 Procesos salud enfermedad y atención.**

El análisis del constructo salud-enfermedad y la atención médica, implica hablar de las particularidades que estos conceptos tienen y de la forma en la que son vividas por las personas que en palabras de Kleinman (1978) es, comprender la salud, la enfermedad y la curación en la sociedad como sistemas culturales, y comparar

---

<sup>3</sup> Empleamos en este texto biomedicina para referirnos a las ciencias médicas cuya base es el método científico.

dichos sistemas de manera intercultural (p.85); o quizá, reconocer la existencia de diversos sistemas culturales relacionados con distintas sociedades y culturas. Dicha comparación intercultural, implica reconocer que, al no existir una sola cultura, la diversidad de parámetros culturales son un elemento que influye en las maneras en las que se atiende la enfermedad o se propicia un estado óptimo de *salud*, que dependerá de las formas en que las que ese estado óptimo puede ser entendido en cada grupo cultural existente. Tal diversidad genera acuerdos y desacuerdos entre las formas de nombrar y significar un padecimiento y en consecuencia el uso de una u otra técnica de intervención; los desacuerdos suceden cuando una forma cultural se sobrepone ante otras formas culturales, generando tensiones entre una manera de ver y entender diferentes fenómenos que se suscitan entre las relaciones sociales incluyendo la manera de interpretar los padecimientos y generar su tratamiento. Las tensiones entre las formas culturales dominantes y las que no lo son define e influye en la forma en la que se puede acceder a una u otra forma de atención médica, ya sea por la forma cultural a la que se ha afiliado o su condición socioeconómica y que inherentemente conduce a formas de discriminación e incluso racismo.

Los sistemas culturales se construyen con el paso de ciertos procesos en la historia del desarrollo humano; es a partir del tránsito en el tiempo que también se otorgan jerarquías entre distintas formas culturales que tienen una posición de poder sobre otras, lo que podemos entender por la relación entre lo hegemónico y subalterno.

### **1.1.2 Algunos antecedentes de la relación entre lo hegemónico y subalterno**

Para historiadores como Eric Hobsbawm (1962), el siglo XVIII, conocido como el siglo de las luces, es la época en donde se fundamenta y establece la ciencia en general y la industria, y es el inicio de la ciencia médica y su aplicación, y donde se fundamenta el concepto de salud retomado por la OMS. De acuerdo con Foucault (2006), en su estudio sobre el nacimiento de la clínica, el siglo XVIII desarrolló el discurso racional y su mirada como fundadora del individuo en su calidad irreductible, organizado alrededor de un lenguaje racional. Esta reorganización formal es la que ha abierto la posibilidad de una experiencia clínica; ha reiterado el viejo

dicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica (Foucault, 2006, p. 8).

La ruta que se marcó en el siglo XVIII trazó la base de lo que aun en muchos espacios concebimos y nombramos como lo racional y lo irracional, contruidos como contrarios y contrapuestos, es decir lo aprobado y lo relegado, lo que en consecuencia derivó en la tecnificación de la salud.

Previo al siglo de las luces, la salud y la enfermedad, en las sociedades europeas, pasó de ocupar a magos, brujos y charlatanes como quienes tenían la función de prescribir remedios para los malestares y proporcionar la cura a los enfermos a involucrar paulatinamente factores biológicos como base para la solución de ciertos malestares y personas formadas con esos conocimientos para brindar atención. Alcántara (2008) señala que es en este periodo donde el médico cambia de rol, es decir pasó de estar lejos a entrar en escena y ser socialmente legitimado para desempeñar el oficio de la medicina y formar parte en ese momento de la posición actual del biomédico, de estar en los consultorios y hospitales modernos, cumpliendo con la función social de determinar quién se encuentra sano o enfermo.

Sin embargo, mientras en Europa se funda la ciencia médica, en distintas regiones del planeta los sistemas de curación y atención pertenecientes a culturas no occidentales seguían siendo la base de intervención en los procesos de salud enfermedad, siendo entonces que en el caso particular de México las medicinas originarias de culturas mesoamericanas como la nahua, maya y un largo etcétera fueron probablemente desde milenios previos a la occidentalización la forma dominante de atención hasta que la coerción de diferentes estructuras de poder influyo en su desplazamiento.

Como parte del proyecto de investigación inferimos que la salud no puede ser vista sin señalar la relación que se tiene con las condiciones económico-productivas, en tanto que se tiene una relación entre el trabajo y el efecto del paso de tiempo que cada persona ha depositado y deposita a actividades remuneradas y que inherentemente afecta toda su integridad.

Dicha condición de trabajo y relación económico-productiva es institucionalizada en el mismo periodo de esplendor de la ciencia médica. Es esta relación que tanto Foucault (2006) como Menéndez (1990), encuentran coincidente respecto al efecto que en la ciencia médica se tiene como parte de una preponderante forma hegemónica constituida en el XVIII, momento en el que se suscita lo que denomina Marx (2009) como una *división social del trabajo*, a causa del acrecentamiento de la fuerza productiva de las industrias que con el desarrollo tecnológico de las maquinarias se constituyen formas de trabajo que cambiaron, por ejemplo, el papel de los esclavos a la servidumbre de las casas, entre muchas otras formas, que solo aseguraban servicios sin algún tipo de protección a la vida; es entonces que esa nueva forma de división social del trabajo, que generó un desplazamiento y construcción de espacios divididos entre la zona urbana en su transformación industrial y la rural donde se daba la producción agrícola, es la que implicó “no contar con ningún o casi ningún recurso propio de subsistencia (y salud), salvo su trabajo (Menéndez, 1990, p. 58).

En suma, es este periodo histórico de desarrollo tecnológico, científico, industrial y económico, la coyuntura donde se da una forma hegemónica de supremacía de unos sobre otros; y que consideramos, migró entre los procesos de colonización, guerras y globalización que han tocado el país. Asunto que destaca desde esos momentos hasta el presente, las diferencias entre grupos culturales y de clase socioeconómica. Ante ello Kleinman (1978), detecta que los sistemas médicos son tanto sistemas sociales como culturales, es decir, son sistemas de significado y normas de comportamiento, que están vinculados a relaciones sociales particulares y entornos institucionales.

Además, en el desarrollo propio del siglo de las luces, se construyen formas de clasificar a los “enfermos”, como miembros excluidos de los grupos dominantes. Durante estos tiempos, también surgen las similitudes entre los enfermos como sinónimo de deficiencia; se generan formas de contener a aquellas personas que perdieron el control de su cuerpo y acciones, y se instauran métodos de intervención que implican el sometimiento a experiencias sumamente violentas, se generan

construcciones de patologización de carácter psiquiátrico, la “locura” se convierte en motivo de reclusión, la gente con padecimientos psiquiátricos es encerrada en hospitales psiquiátricos, siendo relegada.

Con lo anterior podemos identificar algunos pormenores sobre cómo una forma de institución médica surge y se desarrolla en los países capitalistas, en un periodo descrito por Foucault (2002), donde se forjan las bases de la institucionalización de la reclusión con fundamentos en las condiciones de salud justificadas por la medicina como juez de dichas condiciones.

La emergencia de estas instituciones supone una tendencia: tratan de instituir lo que se considera “normal”. El Estado, o mejor dicho, la sociedad dominante necesita la salud, la educación, el autocontrol para asegurar la reproducción y controlar a las “clases peligrosas”, pero eso no implica que invierta económicamente para ello, sino en la medida en que no afecte su proceso de acumulación. En consecuencia, “la práctica médica, como práctica científica, no sólo se legitima a través del apoyo de todas las clases urbanas, sino que emerge como “el” proyecto curativo progresista” (Menéndez, 1990, p. 60), propio de un proyecto de modernidad fundador de una dinámica de segregación social.

Se fundamenta no solo en la intencionalidad, sino en una práctica médica que establece su particularidad, su diferenciación y su reafirmación como ciencia a partir de fundarla en la autonomía del nivel biológico. La “mirada médica” refiere a la biología como nivel de análisis y como determinante autónomo de la enfermedad. Desde esta perspectiva, el uso de la propuesta del darwinismo, ha podido constituir el momento de la institucionalización de este saber y no su inauguración.

“(…) Si bien el descubrimiento científico de Darwin es... indiscutido, su aplicación – por ejemplo, a la vida social- sigue siendo objeto de múltiples objeciones” “(…) La aplicación de los descubrimientos científicos a terrenos en los cuales está en juego aquello que hoy se denomina la auto comprensión del hombre no solo suele provocar conflictos, sino que, fundamentalmente, hace entrar en juego factores no científicos, que reclaman por sus propios derechos” (Gadamer, 1996 p. 22).

Esas objeciones que sugiere Gadamer (1996), refieren al discurso biológico con un efecto absoluto (una respuesta a todas las preguntas y no solo a la salud, sino en el plano político y económico) que propiamente corresponde no a su veracidad en términos científicos sino a la forma en la que esos discursos fueron o no generalizadores en la forma de resolver problemas de toda índole. Teniendo un efecto en el cuerpo humano y la representación que tenemos sobre él.

La identificación científica con el nivel biológico constituye el punto de fractura más significativo respecto de todas las otras prácticas curativas. Tal punto de fractura es nuestro parámetro para identificar dos categorías generales, la biomedicina como hegemónica y las formas de atención subalternas, para distinguir las formas predominantes tanto médicas como de atención. Hegemonía, de acuerdo con Abbagnano (2004), es un término derivado del marxismo ruso, adoptado por el teórico Gramsci, quien lo define como parte de la supremacía de una clase, la cual se adquiere por medio del consenso y la capacidad de dirección con respecto a las clases aliadas o subalternas. A partir de este concepto se piensa que la supremacía de un grupo social se puede manifestar al menos en dos formas, ya sea como dominio y como dirección intelectual y moral; el dominio, se puede ejercer por medio de los aparatos coercitivos de la política; y la dirección, es tomada por los aparatos hegemónicos, de la sociedad civil, como lo son entre otros la escuela, la Iglesia, los partidos, los sindicatos, la prensa, el cine o incluso la ciencia médica general y la psiquiátrica. En consecuencia, la hegemonía, es una configuración estratégica para las clases en ascenso, es parte del prerrequisito para el acceso a diferentes formas de poder.

Al respecto de lo anterior, Menéndez (1990) identifica algunos efectos discursivos en la afirmación *positiva* del cuerpo y del fundamento biológico del mismo, que radican en su fuerza científica distintiva y su excepcionalidad, por lo menos desde la perspectiva de los conjuntos sociales, la dimensión biológica excluye, inherentemente, todo lo que no tenga esta dimensión se encasilla en “curanderismo”, y en consecuencia este sector excluido ocupa el lugar de la subalternidad.

La anterior identificación científica es fundante del planteamiento sobre la determinación biológica no solo de la enfermedad sino de la organización social; cuyo resultado es el efecto de un individualismo biológico, que a su vez expresa un reduccionismo que otorga juicios genéricos, como la latente tendencia a la anulación de otras formas de pensamiento que no son parte de ese individualismo biológico, que son parte de las condicionantes reales de la salud/enfermedad que, como señala Menéndez (1990), constituyen inconscientemente un modelo de explicación para los conjuntos que entran en contacto con sus prácticas. Dicha anulación, deslegitiman a su vez un conjunto de factores externos que afectan directamente el proceso individual de la persona que se enfrenta a un padecimiento y, por ello mismo, sus prácticas curativas.

Un ejemplo en el presente, que tiene relación con algunas características de implementación de ciertas formas de atención que, en países con situaciones similares al nuestro en tanto a su diversidad cultural, cuentan con un importante número de población indígena, se encuentra Bolivia, país que cuenta con algunas formas de atención en torno a la salud multi o intercultural, país que junto a Colombia tiene una innovación en materia de políticas públicas en salud, con un carácter plural. Que, pese a tal innovación, en el caso de la atención boliviana, en algunas localidades se detectan ciertas falencias que de acuerdo a Ramírez (2018), tienen una estrecha relación con las dificultades socioeconómicas estructurales de los servicios médicos, que en el caso de este país con tal particularidad en diversidad étnica por el gran número de pueblos que se reconocen como originarios, cerca de 36 y han sido, también reconocidos como comunidad con autonomía territorial, donde muchos de los centros de la zona rural del altiplano, son atendidos por gente que realiza sus prácticas y propiamente no son médicos o enfermeras especialistas, sumado a la falta de insumos como medicamentos o transporte. Característica que no se diferencia demasiado o resulta ajena a lo que conocemos siendo especialistas o no en temas relacionados a la salud en México.

Con lo anterior no negamos la existencia de una dialéctica propia en la práctica médica, sobre todo en el nivel de las teorías médicas. Nuestro análisis, así como el

de Menéndez (1990), no pretende concluir que el “Modelo Médico Hegemónico (MMH)” se constituye para controlar, ni que sus funciones de control y normalización son las hegemónicas. Las funciones dominantes, tanto en nivel latente como manifiesto, son las “curativas” y es justamente en este sentido que la práctica médica hallará gran parte de su fuerza de control ideológico.

En conclusión, la práctica médica no es pensada por los actores como un ejercicio de control; dicha actividad se articula inconscientemente en su propia práctica curativa, por las bases ideológicas que respaldan los métodos para la atención a la salud. Las bases ideológicas a las que nos referimos forman parte de una estructura de poder que retroalimenta las dinámicas de discriminación, opresión, control y sumisión entre diferentes grupos sociales.

## **1.2 Sistemas de atención médica**

Hasta ahora hemos hecho el esfuerzo por identificar algunos componentes que nos permiten entender la salud como un conjunto de características internas y externas a un sujeto que, además, en esas características externas se encuentra un patrón de carácter estructural involucrado a ámbitos socioculturales y que, con relación al medio interno de los individuos, es decir a sus organismos, implica que formen parte de un proceso denominado salud, enfermedad y atención. A partir de este proceso es posible, a su vez, identificar lo denominado como sistemas de atención médica. Entre los pioneros en la identificación de esta relación está Kleinman (1978) quien señala estos sistemas como similar a los sistemas culturales, de parentesco y sistemas religiosos o sistemas simbólicos, en tanto que todos ellos están contruidos a partir de significados, valores y normas de comportamiento.

En el caso de los sistemas de atención médica, son resultado de la articulación de la enfermedad como un lenguaje cultural es decir, que son un conjunto de normas y códigos que están encuadrados en torno a la forma en la que se han tipificado en diferentes contextos populares las representaciones de ciertos padecimientos; vinculando con “creencias sobre la causalidad de la enfermedad, la experiencia de los síntomas, patrones específicos de comportamiento de la enfermedad,

decisiones sobre alternativas de tratamiento, prácticas terapéuticas reales y evaluaciones de resultados terapéuticos” (Kleinman 1978, p.86).

Entre las características de los sistemas de atención médica Kleinman (1978) destaca las siguientes, las cuales se encuentran interrelacionadas de manera dinámica, las actividades de curación, siendo todo tipo de intervenciones terapéuticas, desde dieta, consumo de drogas y cirugía, hasta psicoterapia y rituales de curación; además se generan comportamientos deliberados y no deliberados que mejoran la salud e intervienen en la prevención o en la propiciación de la enfermedad; y, el manejo de una variedad de resultados terapéuticos, es decir el fracaso y/o recurrencia en el tratamiento en todo tipo de enfermedades, como las de tipo crónico, o condiciones no reversibles que impliquen un tipo de discapacidad e incluso muerte. En su conjunto las características mencionadas son las principales funciones implicadas en el cuidado de la salud o la curación y se localizan en prácticamente todas las sociedades, con su respectiva variación intercultural en los mecanismos utilizados para cumplir con tareas clínicas centrales con diferencias obvias en la forma en que ciertas tareas son realizadas por todo el sistema de atención de la salud.

Es en las diferencias que se dan entre las formas de atención, de las funciones implicadas en el cuidado de la salud donde Kleinman (1978) señala un posible reflejo en las realidades clínicas útiles para el análisis hacia una atención médica plural, que implique, diálogos abiertos entre la diversidad cultural que en lugar de ser opuestas permita una retroalimentación complementaria.

En todas las sociedades los conjuntos sociales estratificados, incluidos los “curadores” reconocidos y legitimados diferencialmente desde los “tradicionales” hasta los “científicos”, establecen relaciones tanto teóricas e ideológicas como técnicas acerca de los problemas de salud/enfermedad, en la práctica concreta de sus mutuas relaciones sociales, las cuales incluyen no solo el rol profesional sino también las relaciones de clase (Menéndez, 1990). La mayoría de los sistemas de atención de la salud contienen tres ámbitos sociales dentro de los cuales se

experimenta e interpreta la enfermedad. Estos son los tradicionales; profesional; y arenas populares. (Kleinman 1978, p.86).

Los sistemas de atención médica generan realidades clínicas construidas culturalmente, en donde los tres ámbitos sociales se involucran para construir distintas formas de realidad social, por medio de subsistemas particulares de creencias socialmente legitimadas, como los son expectativas, roles, relaciones, entornos de transacciones y similares. Que generan contextos socialmente legitimados de enfermedad y atención como realidades clínicas separadas.

Estas realidades clínicas se ven afectadas, (por obvias razones) por medio de la atención como acto técnico (es decir, la aplicación de una estrategia para la cura), ya sea en su esfera tradicional o biomédica, en la medida en que entra a jugar en la realidad social con sujetos y grupos, no sólo constituye un acto técnico sino un acto social, por lo tanto, identificamos la atención dentro del proceso s/e/a como un acto social. En suma, el acto social de la salud, la atención médica, "...proceda de un curador popular o de un médico de tercer nivel se socializa y culturaliza en la práctica concreta con el paciente, tanto desde la perspectiva del enfermo y su grupo, como desde el funcionamiento de la institución médica" (Menéndez 1994, p.76).

El cuidado de la salud, como hemos visto hasta ahora genera y entrelaza relaciones tanto teóricas e ideológicas como técnicas acerca de los problemas de salud/enfermedad, creando así realidades clínicas que enmarcan y generan una ruta médica, que implicará el camino que una persona recorre en la búsqueda de alternativas que alivien una o varias de las condiciones de salud ya sean físicas o mentales por las que atraviesa un sujeto, e implica que, de acuerdo a Ramírez (2018) la mayoría de los procesos de enfermedad son y serán resueltos entre varios sistemas (p.11).

Además, siendo que el hecho de acudir a un sistema tradicional, religioso o auto atenderse, no significará dejar de asistir al sistema médico, (Kleinman, 1978; Menéndez, 1994; y Ramírez, 20018 entre otros) sino, proveerse de las diferentes herramientas que permiten a la persona resolver el problema de la realidad clínica

que le aqueja, siempre distinta en tanto la sociedad, en diferentes sectores o ámbitos del mismo sistema de atención de salud; y lo que Kleinman, (1978), acota respecto a una diferencia entre agencias (toma de decisiones) y agentes (características y criterios) de atención en el mismo sector, lo cual refleja con precisión los principales cambios en los sectores sociopolíticos subyacentes de la atención y sus estructuras ideológicas (culturales) (p.87).

Tales características, la atención y sus estructuras ideológicas y culturales, son partícipes en la agencia o decisión para una atención médica de cualquier modelo, es decir en la forma en la que una persona traza consciente o inconscientemente su ruta de atención médica.

Los caminos que seguimos para acceder a servicios médicos también son atravesados por las características interculturales y la diversidad étnica, como lo menciona Ramírez (2018), con relación a las comunidades indígenas del altiplano de Bolivia, donde buena parte de la población conoce muchas de las limitaciones de la medicina tradicional, por ejemplo, cuando lo que se requiere es una intervención quirúrgica, siendo entonces la dificultad, el acceso a un servicio médico que resuelva una característica de la condición de salud donde, no tiene incidencia ese modelo de atención y surge, entonces, una nueva dificultad con relación a la necesidad de un centro de atención con capacidad de resolución, que no solo requerirá un modelo hegemónico de atención, sino un conjunto de herramientas útiles para las realidades clínicas que no se remiten únicamente a la localización física de una patología y que inherentemente requieren de otros modelos y formas de atención, que además requerirán de recursos materiales y económicos para mejorar condiciones adversas en la población y con ello alcanzar o siquiera tener mayor proximidad a lo que menciona la OMS, respecto a la salud en términos físicos, psicológicos y sociales.

Hasta ahora, hemos expuesto desde una perspectiva funcional, características generales de los sistemas de atención médica y algunas tareas de adaptación cultural (y con frecuencia psicosocial) frente a la enfermedad; y que cuentan con

patrones particulares, propios de este sistema, y con lo anterior, intentamos tener una mirada en torno al proceso s/e/a, como una experiencia socialmente aprendida y autorizada (Kleinman 1978, p.87) y que, nos ocupa en términos de como los modelos de atención médicos tradicional y hegemónicos participan entre sí en pro de condiciones de vida que propicien el bienestar por medio de esas tareas de adaptación y procesos socialmente aprendidos.

En las diversas sociedades latinoamericanas la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud (Menéndez, 2003). Debido a lo anterior identificamos dos amplias categorías que permiten dar cuenta de parte de la estructura del proceso s/e/a.

Los modelos de medicina como sistema cultural son todos aquellos programas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar padecimientos determinados. Entre esos modelos se encuentran las relaciones de hegemonía / subalternidad que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos. “Formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropraxia, etcétera), o populares (herbolaria, espiritismo, entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de `instituciones´, es decir instituyen una determinada manera de `pensar´ e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos” (Menéndez 1994, p.72).

### **1.2.1 Atención popular y/o tradicional**

Dentro de sistemas de atención de la salud, podemos identificar la atención popular, en la cual se experimenta y reacciona a la enfermedad en las arenas populares. Kleinman (1978), señala que la arena popular comprende principalmente el contexto familiar de enfermedad y atención, pero también incluye redes sociales y actividades comunitarias, la mayoría de las decisiones sobre cuándo buscar ayuda en los otros ámbitos, a quién consultar y si se debe cumplir o no e incluso implicar componentes

de carácter religioso; e involucra a especialistas en curación no profesionales (regularmente en términos de reconocimiento gubernamental o biomédico).

Lo tradicional es entendido, regularmente, por el sector salud como algo estático, sin procesos de cambio y sin reapropiaciones de otras formas de atención no tradicionales (Ramírez 2018, p.4), en tanto que es el sector salud el representante del modelo médico hegemónico. Sin embargo, con o sin reconocimiento del *Estado*, todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan significados subjetivos y sociales a través de actividades que inevitablemente se socializan y culturalizan, ya que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas.

En todos los sectores sociales es posible observar usos del saber popular, lo que destaca Menéndez (1994), es la articulación que se da a los elementos del saber popular ya sea con los obreros, industriales, el campesinado indígena y no indígena, sectores urbanos medios y altos. “En todos los grupos, sean o no ‘tradicionales’ se desarrollan, mantienen y transforman representaciones y prácticas ‘tradicionales’” (p.76).

La atención de tipo “popular” y “tradicional” (o también *folk*) ha sido caracterizada a partir de elementos culturales orientados a la sanación que varían en su combinación. Las características de dichos elementos, partiendo de entender la cultura, definida en términos de Kleinman (1978), como un sistema de significados simbólicos que da forma tanto a la realidad social como a la experiencia personal, que media entre los parámetros “externos” e “internos” de los sistemas médicos y, por lo tanto, es un determinante importante de su contenido, efectos y los cambios que sufren (p.86).

Además, la atención popular, puede destacar por su dimensión místico-religiosa, así como el uso de prácticas distintivas como la herbolaria (Nigenda, 2001). Esta se expresa, según Menéndez (2003), también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos,

chamanes, ciertos santos o figuras religiosas. Morón y Jardines (1997) describen la medicina tradicional como algo que forma parte del patrimonio cultural de cada país y emplea prácticas que se han transmitido de una generación a otra desde centenares de años. Para Nigenda (2001) es el resultado de un conjunto de conocimientos y prácticas sobre salud de origen indígena que con el tiempo se han mezclado con elementos de origen africano y europeo.

Las prácticas curativas de la medicina popular pueden estar compuestas por oraciones o solicitudes de ayuda a poderosas entidades espirituales como santos o vírgenes (Rubel & Brownwe, 1999) cuando se presentan serias amenazas de muerte para mantener el balance que requiere la salud, a través de un control y un ajuste constante entre las peticiones a deidades y quien experimenta tal acontecimiento.

Las explicaciones causales de enfermedades ya sean físicas, emocionales o mentales, son atribuidas a una variedad de desbalances sufridos por el cuerpo. Es por ello que se cree que cuando un individuo siente la pérdida de ese balance debido a un susto, a un fuerte enojo, a conflictos interpersonales, a pasiones sexuales o corrientes de frío, ello puede provocarle una enfermedad y, en consecuencia, se emplea un tiempo importante en tratar de recuperar el balance ya que teme que afecten su salud (Sesia, 1992). Martínez (2008) señala la existencia de determinados síndromes que responden a patrones culturales, denominados *culture-bound syndromes* o síndromes dependientes de la cultura, que parecen mostrar una especial especificidad y localización en determinados ámbitos culturales, como el *koro*, el *wiitiko*, el susto, el *dhat*, el *piblotog* y un largo etcétera. Conocidas también como, aflicción o malestar (*illness*), que designa la dimensión folk y cultural de la enfermedad y alude a criterios de tipo social y psicológico.

Algunas conclusiones preliminares que emergen en esta primera parte como sustento y marco teórico respecto de la medicina tradicional muestran que la atención tradicional implica características positivas en materia local y popular para el tratamiento de padecimientos que equivalen a un primer nivel de atención, que

además facilitan la intervención y participación comunitaria, ya que las estrategias de cura se basan en usos y costumbres, así como estudios en relación a plantas y hierbas medicinales en su papel curativo. Esta forma de atención es y puede ser implementada como primera aproximación a un padecimiento donde la asistencia biomédica aun no llega, ya sea por la responsabilidad del Estado que aún no ha sido cumplida o porque incluso el paciente tiene mayor afinidad y confianza en un médico tradicional.

Por último, pensamos la atención tradicional o popular como una manera accesible para recibir atención médica, ya que en otros estudios hemos identificado “el recurso médico tradicional resulta mucho más barato que cualquier otro recurso asistencial” (Menéndez, 1994, p.80).

Para nosotros, la complejidad de las afecciones a la salud en diferentes planos ya sea el biológico, cultural y psicológico, implican que tanto los modelos de atención biomédicos como los de carácter tradicional se unen y se muestran como herramientas complementarias, desde la perspectiva del paciente, pero no desde las instituciones de salud; situadas de acuerdo con el contexto donde el fenómeno ocurre; cuya eficiencia esté relacionada con la accesibilidad de la prevención, atención y sanación en cualquiera de las escenas descritas. Menéndez (1994) señala que “lo pertinente es remitir las prácticas y representaciones ‘populares’ y ‘científicas’ al campo social en el cual se constituyen y entran en relación con los diferentes saberes; en este sentido, la forma en que un grupo articula su saber médico con el saber de los otros sectores es lo que posibilita entender su tipo de saber, al que, por otra parte, no se define en términos de tradicional o moderno ni de científico/no científico” (p.76).

### **1.2.2 Modelo médico hegemónico y biomedicina**

La atención de corte biomédico, es descrita por Nigenda (2001) como dominante e íntimamente y vinculada con el desarrollo de los sistemas de salud oficiales que reciben subsidios públicos. Casi todas las formas de atención, incluida la biomedicina, se preocupan por la salud (Menéndez, 2003) pero, evidentemente,

desde posturas que hacen del concepto de salud, algo mediado por intereses que no necesariamente son conseguir el bienestar o mejorar la calidad de vida.

La biomedicina cuenta con criterios de objetividad que priman la naturaleza científica de su propio saber y que se posicionan por arriba de la naturaleza cultural de los servicios de salud “tradicionales”, en ello interviene una ausencia del papel de los curadores populares en los procesos de integración y pertenencia cultural.

La legitimación del modelo médico se inscribe en la experiencia real y/o imaginaria del propio cuerpo de los sujetos; es decir, al desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos, se construyen sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos.

La mayor evidencia de la división jerarquizada de los roles técnicos con respecto a la atención médica hegemónica y subalterna, al menos en nuestro país, la notamos por medio del papel que tienen los médicos tradicionales, en la Ley General de Salud (2013), que menciona en contadas y muy reducidas veces las técnicas y/o los médicos populares, lo que nos deja la impresión de que el papel de dichas técnicas tiene un rol subordinado dentro del sector salud.

Además, los estudios sobre hospitales, en particular de los hospitales para la enfermedad mental, permitieron desarrollar toda una gama de interpretaciones sobre la reproducción de la misma y su mantenimiento, las funciones de control y de normalización institucional, tal como lo señala Payá y Jiménez (2010), a propósito de la forma en la que se generan las actividades de cuidado en torno a la salud mental por medio de modelos rígidos y sumamente antiguos de atención basados en una construcción de la enfermedad mental del siglo XVII para gente del siglo XIX, y además enfocados hacia el tratamiento en muchos de los casos sin incluir características que inherentemente influyen en la salud de la persona como son los componentes familiares e incluso culturales, este estilo de investigación influye fuertemente hoy en la forma en la que los servicios hospitalarios han reconfigurado sus formas de atención para incluir actividades que establecen un vínculo y una continuidad descriptiva y teórica, con las investigaciones

antropológicas, que ven a los curadores tradicionales como parte de los mecanismos de control de la identidad del grupo, además de las funciones curativas específicas.

La relación médico paciente, es el derivado, también de este estilo de atención, que en la estructuración hospitalaria, se ve atravesada por el consumo de cierto tipo de insumos como los medicamentos para un tratamiento, cuya problemática reside en la oferta y demanda de un producto que determina la recuperación de una persona y que veremos más adelante suscitan un problema de acceso, principalmente en espacios de característica rural, donde la probabilidad de no contar con los insumos biomédicos es más elevada a un espacio altamente urbanizado y en consecuencia la efectividad de este estilo de atención se ve truncada por un tema ajeno a su veracidad científica.

Al respecto de lo anterior Ramírez (2018) señala la relación médico paciente y la condición de clase en el sistema hospitalario, como el momento donde buena parte de los pacientes no pueden obtener un medicamento clave para el tratamiento o incluso no es posible acceder a los servicios especializados como los diagnósticos que se realizan con base a los exámenes complementarios: rayos x, análisis clínicos, etc.

### **1.2.3 Tiempo de cambio en la biomedicina**

De acuerdo con Menéndez, (2005), Una parte del saber biomédico impulsó a partir de los años setenta en México las estrategias de atención primaria que avalaron la inclusión de la medicina tradicional esto sentó un precedente de las formas en las que se ha introducido la atención médica no hegemónica de manera institucionalizada por el Estado, inclusive a nivel de los servicios de salud, por lo menos para algunas áreas fundamentaron la utilización del saber médico tradicional la variedad y complejidad de los procesos que se desarrollan en torno a la crisis de la biomedicina, y a la crisis socioeconómica de los países periféricos.

Menéndez,(1992) señala como un periodo importante una serie de cambios en las formas de los sistemas de atención médica a partir los años 1930 a los 1950, momento en el que se plantean como ejes teóricos de discusión las relaciones normalidad/anormalidad y cultural biológica, y se crean las bases de una teoría de la discontinuidad y continuidad cultural; así como el desarrollo de las bases de la “teoría de la desviación” es decir de la producción y reproducción social de los comportamientos sociales “no correctos” o “transgresores” así como la teoría sociogénica de la enfermedad, en particular de la “enfermedad mental”. Estos procesos, que en su momento fueron planteados como “patología social”, implican que la sociedad es la productora y reproductora de estos. Plantearse la “desviación” y la “enfermedad”, así como en particular la “enfermedad mental”, supuso inicialmente el dominio de una perspectiva donde la “patología social” fuera asumida como negativa y necesaria de ser controlada, o como un mecanismo funcional más de reificación de lo correcto.

Posterior al surgimiento, de la perspectiva de la “patología social”, según la ruta histórica delineada por Menéndez (1992), a partir de los años sesenta, una serie de procesos económicos, políticos e ideológicos, dieron lugar en los Estados Unidos (EE.UU.) y en América Latina al descubrimiento de la “pobreza”, y al desarrollo de conceptos como de privación social, redes sociales, mecanismos de autoayuda y estrategias de supervivencia y que en los EE.UU. “una parte sustantiva de esta producción se hará sobre problemas de “patología social”, mortalidad infantil, asistencia médica curativa, prevención social, etcétera”(p.18). Que, en consecuencia, generó una ola de cambios en materia de políticas públicas, a partir de la catalogación de ciertos roles y grupos, por medio de significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos. Con un efecto en el que como señala Foucault, (1988) “la conciencia de la enfermedad está prisionera en el interior de la enfermedad”, p.66).

Esta prisión a la que hace alusión Foucault refiere al efecto que deviene del diagnóstico de la enfermedad, la patologización, es decir, un ejercicio discursivo en donde el no-enfermo tiene una identidad distinta, casi contraria a la del enfermo quien corre el riesgo de ser encasillado y relegado en las dinámicas sociales colectivas, esto refiere a un punto nodal en el proceso s/e/a, dado que la patologización de la enfermedad y la normatización del enfermo mencionada por Menéndez (1994) revelan efectos particulares de poder y control que emanan de la atención a la salud desde una mirada hegemónica. Tal efecto discursivo obliga a revisar con detalle los modelos de atención médica y su efecto en la población.

Hay enfermedad cuando el conflicto, en vez de llevar a una diferencia en la respuesta provoca una reacción difusa de defensa. Cuando el individuo no puede gobernar, a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia; es decir que se está alienado (no solo por ser extraño a la naturaleza humana, sino, que se es incapaz de reconocerse en tanto persona en las condiciones de persona que ella misma ha instituido). Con ello la alienación ya no es una aberración psicológica, sino que se define por un momento histórico: solo en él se ha hecho posible (Foucault, 1988, p.114).

El papel de la biomedicina como un modelo médico hegemónico genera a su vez una relación con las otras formas y problemáticas vinculadas a la desigualdad social y nos permite preguntarnos como se da esa relación y de qué modo influyen entre sí y entre las realidades clínicas. En tanto que estudios como el de Ramírez (2018), sugieren que referirnos a la “calidad de la atención” no significa adecuar el centro de salud a su cosmovisión únicamente, sino que tenga capacidad resolutive sobre las enfermedades y padecimientos que se sufre y, además, que ello esté “unido a un buen trato” (p.12). Para contar con una buena capacidad resolutive, que implique toda una serie de elementos basados en las necesidades de la población.

#### **1.2.4 Estratificación social y los sistemas de atención médica**

Hasta ahora hemos revisado la forma en la que se da la relación entre el modelo médico hegemónico y el subalterno. Ello nos permite identificar la forma en la que se dan ciertas dinámicas de poder, cuyo efecto principal se da en la forma en la que se puede, por ejemplo, marcar una u otra ruta médica, así como la manera en la que de forma individual construimos nuestras formas de atendernos, y buscar

atención e influyen en consecuencia, en una forma de concebir nuestras representaciones sobre la salud y en consecuencia nuestras realidades clínicas postura de salud y concepción sobre nuestro sí mismo y con ello nuestras realidades clínicas.

Sin embargo, como hemos visto, el entramado del proceso s/e/a, implica no solo las formas de atención o incluso los propios sistemas de atención médica, sino algunos factores estructurales como las características de las formas ideológica y forma de gobierno del Estado en tanto forma de gobierno, su manera o proyecto de nación, entre otros muchos factores políticos que sin duda influyen en la manera en la que un país puede o no determinar su política de salud; además, se encuentra un factor crucial, y pensamos, que influye en múltiples esferas de la vida humana, nos referimos a la estratificación social, que hace alusión a una distribución desigual de la riqueza, y consecuentemente a diferencias socioeconómicas entre los grupos sociales. De acuerdo con Ordoñez (2012), esto presupone una dinámica particular de las relaciones sociales establecida entre las personas entre sí y en paralelo y complementario a las relaciones interétnicas (cuyas características serán acotadas en el siguiente capítulo).

Lo anterior implica mirar hacia las relaciones económicas de clase; radicalmente modificadas y edificadas en los tiempos de esas revoluciones burguesas descritas por Hobsbawm (1962), coincidentes, además, con la glorificación del positivismo y en el desarrollo la medicina; y con una particularidad acentuada en los contextos latinoamericanos, incluyendo, de manera particular, territorios con pueblos originarios o indígenas, como los mesoamericanos.

Algunas explicaciones que se vinculan con las desigualdades económicas son señaladas por Lipina y Segretin (2019), quien nos invita a entender el efecto de la pobreza en el desarrollo humano por medio de un modelo, que destaca por ser integral y no determinista y así mismo considera los factores biológicos y principalmente de neurodesarrollo para preguntarnos sobre el efecto que la pobreza

puede generar tanto a nivel molecular, conductual (es decir, en la respuesta que tiene una persona en su medio), psicológico y por ende en su salud física y mental.

La pobreza, será vivida y percibida, siempre de manera diferente en relación con los propios factores culturales, un ejemplo de ello, es la existencia de más de 200 definiciones e indicadores en el idioma español (CLACSO, 2009), sin embargo la mayor coincidencia radica en la pérdida de competencias y derechos siendo que tal coincidencia hace que la experiencia psicológica de la pobreza según Lipina y Segretin (2019), este asociada con estrés, dolor y algunas veces con dificultades para tener conciencia de ser sujeto de derecho.

Además, pese a que puede haber un relativo consenso sobre la definición de la pobreza, la identificación de asociaciones causales es compleja en razón de la naturaleza multidimensional de este concepto, sin embargo y haciendo alusión a lo que define Lipina y Segretin (2019), sobre las concepciones contemporáneas del desarrollo, se pueden detectar algunos elementos de variabilidad de trayectorias con una relación multidireccional e independiente, cuyo anclaje permite identificar entre diferentes esferas de la vida algunos de los elementos que se ven interrelacionados a la pobreza y lo que es una interpretación nuestra, en torno a las formas de desigualdad social. Tales características sobre los posibles efectos psicológicos involucrados con las condiciones socioeconómicas, nos generan el interés de saber si sucede esa relación en ciertos contextos del país cuya población sea de origen y/o hablante de una lengua indígena y donde es clara la marcada desigualdad social, por características estructurales que también estarán descritas en el siguiente capítulo, y cuya relación con la cosificación de los sujetos de las clases subalternas, expresa violencia simbólica en diferentes estratos de la relación médico paciente y del proceso de salud enfermedad, así como "...la violencia física y social en la cual no se disimulan las relaciones de fuerza que el tipo de relación supone al mismo tiempo relaciones y significaciones de control ideológico, social y físico, que lo determinan como subordinado" (Menéndez, 1990, p.63).

Con relación a los componentes del proceso s/e/a, Ramírez (2018), encuentra que la situación de pobreza y desigualdad social acentúan las problemáticas que surgen de la relación médico paciente tanto en comunidades compuestas de mestizos e indígenas. La situación del paciente es potencial para todos los estratos de la sociedad, y la misma se construye subordinadamente a partir del reconocimiento de una relación estructurada en torno a saber/no saber, de una relación en la cual el que “sabe” utiliza un lenguaje subordinante ya que pretende ser científico verificado, universal. A través del operador médico hablará un lenguaje médico que refiere a un saber investigado que de hecho subordina a los “otros” y que tiende a legitimar la estructuración social dominante por lo menos dentro del campo médico (Menéndez, 1990). Si bien para nosotros en esta investigación no profundizaremos sobre la relación particular médico/paciente, sí reconocemos que esta relación es una de las categorías importantes a analizar a nivel micro social para poder comprender un proceso de relaciones asimétricas que también son resultado de una constitución subjetiva de largo aliento.

En el área andina, por ejemplo, según nos relata Ramírez (2018), una parte importante de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes pertenece a las mismas condiciones de clase social. Además, son parte de los mismos grupos étnicos pese a ello prevalecen relaciones de poder dentro de los servicios de salud. En México, la pobreza como indicador socioeconómico, ilustra una condición igual en términos de pobreza, que de acuerdo al INEGI (2013) casi el 50 % de la población nacional está en alguna condición de pobreza, ello implica que es altamente probable que también el personal médico sea parte de esa desigualdad.

La estigmatización y la negación de las otras “medicinas” implican una superposición de un saber científico sobre uno tradicional con el riesgo de reducirlo a la superstición y, como consecuencia, al riesgo iatrogénico (es decir, efecto dañino, causado indirectamente o sin intención, por parte de la atención médica que ha sido legitimada por ciertos grupos) y que en nuestro país se generó de acuerdo con Menéndez (1990), a nivel del discurso médico oficial del siglo XIX, y hasta la década de los 1950, una ausencia entre la biomedicina y la medicina tradicional.

El proceso de medicalización es parte del sistema de atención médica e implica la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad aplicado en áreas del comportamiento social; que ha propiciado por ejemplo, reconfiguraciones como ver el alcoholismo como una enfermedad y no de manera general como “vicio”; o la forma en la que el parto pasó de estar en las manos mujeres expertas en este proceso a convertirse en una ceremonia quirúrgica, para luego ser apropiada por el médico varón. Estos procesos implicaron un cambio en reglas, actividades y formas de relación, más allá de la eficacia y/o efectividad. La medicalización constituye un fenómeno del desarrollo de la práctica médica, y un saber que supone un distanciamiento creciente del saber y práctica de los conjuntos sociales al mismo tiempo dicho proceso de medicalización genera, de acuerdo a Menéndez (1990) una proyección sobre áreas del comportamiento físico, psíquico y social; y en su conjunto marca parámetros generales ya sean benéficos o no para la vida misma.

### **1.3 Enfermedad mental. la estructura singular de un mundo sin salud**

El concepto de salud desde la medicina hegemónica conjuntamente con sus parámetros basados en las ciencias biológicas que la han fundamentado nos obliga a reflexionar y analizar su rol predominante en las decisiones que el Estado, dado que en las sociedades democráticas es un fundamento de las políticas públicas dirigidas al sector salud.

El concepto de salud es parte fundamental en el campo de la salud mental, cuyo antecedente reside en un paralelismo por medio de la misma estructura conceptual de la patología orgánica “en ambos existe el mismo método para redistribuir los síntomas en los grupos patológicos y para definir las grandes enfermedades mórbidas” (Foucault 1988, p.15); tal relación hace que el concepto de enfermedad mental fuera representada simbólicamente durante el proceso de deconstrucción de la enfermedad en el siglo XVIII con la medicina hegemónica.

### 1.3.1 La enfermedad y la historia individual

De acuerdo con la OMS (20014), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (p.1). Y tal como lo mencionamos en el caso de la definición de Salud por la misma institución, está constituida a partir de un consenso que intenta encaminar soluciones en torno a problemas de salud pública de una sociedad global.

A propósito de la salud mental la OMS (2004), declaró que en el mundo cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta y de ellos el 13% son trastornos neuropsiquiátricos (p.8). Además, esta misma institución destaca que 3 de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga de las enfermedades eran de naturaleza mental/conductual, denotando que los trastornos mentales y las enfermedades médicas están interrelacionadas (OMS, 2004); destacando que el riesgo de enfermedad mental prevalece

en los países desarrollados y en vías de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza...Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física puede explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales (Patel y Kleinman, 2003 en OMS, 2004)

Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica general, si aislamos y si reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque consideramos la enfermedad mental u orgánica general, como construcciones socioculturales, presentes en síntomas específicos. Y, por tanto, hay solo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos dos postulados. Dejando el problema totalmente abierto determinando la enfermedad como realidad independiente, que tiende a borrarse; debido a que “la noción, poco atinada de la totalidad orgánica y psicológica, que en consecuencia hace de la enfermedad una entidad específica” (Foucault 1988, p. 16).

### **1.3.2 Alienación histórica y alienación psicológica**

Así como encontramos la relación entre la desigualdad social y la atención médica, las relaciones de poder entre una forma hegemónica y otra subalterna, subyace entre estas relaciones del sistema de atención la patologización y su efecto alienante, elemento necesario para la discusión, si lo que queremos es apuntar a una atención no solo médica sino psicológica de carácter plural.

La alienación histórica y su efecto es descrita por Foucault (1988) como la condición primera de la enfermedad. Lo anterior en tanto que en el ámbito psicológico se establece un vínculo con malestares afectados por la condición mental de una persona, que al ser tipificados determinan y encasillan la condición humana en un determinado ambiente social; en ese sentido la alienación psicológica y jurídica obtuvieron el papel de sancionar la enfermedad; de lo cual se desprende una crítica que pervive, respecto al efecto de la disciplina psicológica sobre la enfermedad mental y sobre quien decide el estado o condición de la persona cuyo efecto más garrafal es la posibilidad de ocultar “la consecuencia de las contradicciones sociales en las que el hombre está históricamente alienado” (Foucault, 1988, p.115).

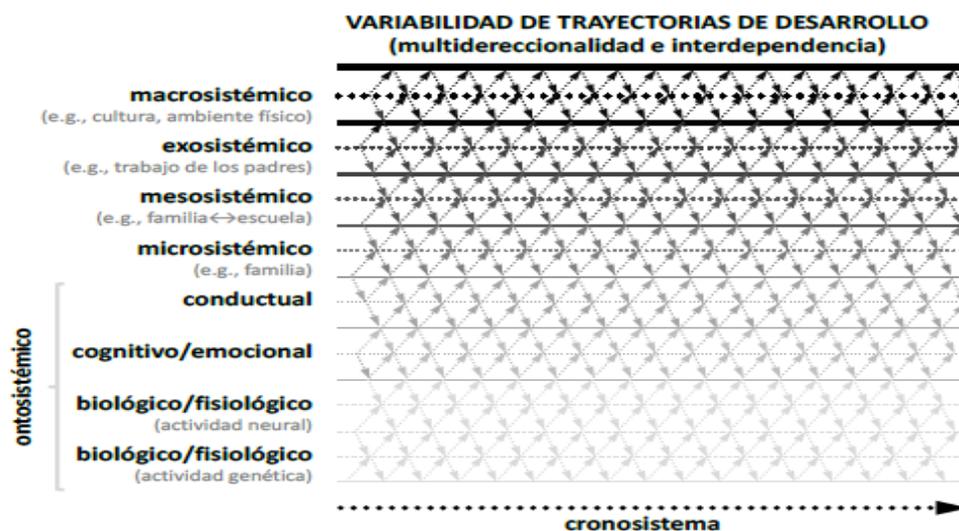
Lo anterior involucra distinguir que los consensos sobre las patologías mentales que residen en los manuales diagnósticos, están enmarcados en una cultura biomédica y hegemónica que por ende no incluye o se encuentran escasos factores relacionados a la atención médica tradicional o popular de la salud mental; asunto problemático en tanto que en países con características multiculturales como en el caso de México, es posible encontrar que la salud y la enfermedad mental son concebidas por cosmovisiones y parámetros distantes del modelo hegemónico; de lo anterior se desprende la interrogante, sí así como en la salud en general, se tienen parámetros culturales diferentes entre un modelo de atención y otro ¿cómo ocurre con la salud mental en población indígena?

Al respecto de la enfermedad mental y la relación que tiene con la disciplina psicológica, Foucault dice que “La coherencia de la vida psicológica parece asegurada de un modo distinto de la cohesión de un organismo; la integración de

sus partes tiende a una unidad que permite que cada una de ellas sea posible, pero que se resume y se concentra en una” (Foucault, 1988, p.21). Esa “una” refiere a una idea de persona como integral y siempre afectada por un medio externo e interno. Para nosotros ese medio externo corresponde a lo que con Menéndez (2003), Lipina y Segretin (2019) y Foucault (1988) identificamos como el carácter histórico y cultural, e inevitablemente político; y el medio interno refiere a las características comunes identificadas en el cuerpo interno con relación a la parte orgánica, que es innegable.

La coherencia de la vida psicológica refiere a esa dinámica siempre interconectada bidireccionalmente con el medio interno y externo, coherente en términos del modelo sistémico relacional de Urie Bronfenbrenner, que es retomado por Lipina y Segretin (2019) y sintetizado en el siguiente esquema (p. 17).

Tabla 1 Recuperada de Lipina y Segretin (2019).



Ante la revisión del concepto de salud de la medicina hegemónica y el paralelismo del significado de salud y enfermedad mental (también hegemónico), encontramos una relación funcional entre la propuesta del modelo s/e/a con el concepto de salud mental, como herramienta metodológica para la problematización de un caso en particular que nos resulta paradigmático en términos de características que son

posibles de vislumbrar en distintas zonas del país e incluso del continente americano.

Identificamos que abordar la salud mental de una persona o un colectivo reduciéndose únicamente a un enfoque biomédico, localizando la enfermedad en el órgano o cuerpo únicamente no es viable. Nos inclinamos más a la idea de Kleinman (1978), de realizar trabajos que proporcionen una terminología que no se limite a la biomedicina, sino a través de la cual la biomedicina puede relacionarse con otras tradiciones curativas profesionales, así como populares dentro de una ciencia intercultural comparativa más amplia de la enfermedad y la atención médica (p.85).

En el caso de la salud mental y su atención “El devenir psicológico es evolución e historia a la a vez; el tiempo del psiquismo debe analizarse según lo anterior y lo actual – es decir, en términos evolutivos- y también según lo pasado y lo presente – es decir en términos históricos- (Foucault, 1988, p. 46). Añadimos a lo mencionado por Foucault el ambiente social o sociodemográfico como indicadores que reflejan condicionantes para la forma en la que se vive la enfermedad y el proceso de atención a través de las actitudes del medio a su respecto. En conclusión, la enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo. Es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológicamente, porque sostenemos que en cuanto más encaramos como un todo al ser humano, tenemos más posibilidad abordar, identificar y problematizar el padecimiento como una unidad específica.

La propuesta que damos está posicionada a partir de la idea que una parte significativa del aporte reside en el componente social para la dimensión psicológica de la enfermedad. Implica los elementos culturales de la comunidad (cosmovisión), para identificar parámetros de las realidades coincidentes y diferentes, y a su vez, identificar estrategias posibles útiles y no, en las que se interpreta un mismo fenómeno desde lo hegemónico y lo subalterno.

Los elementos sociodemográficos de las comunidades, consideramos son parte nodal del componente social ya que nos señalan las características generales de

los bienes materiales mínimos necesarios, acceso a los servicios básicos, entre otros que nos informan si la población cuenta o no con los elementos mínimos para una vida digna; y a su vez, si ello influye de manera significativa sobre su condición de salud mental y de qué forma.

Los elementos biológicos de su condición de vida, con respecto a sus padecimientos y su base biológica, como sucede con los padecimientos crónicos, crónico-degenerativos y comorbilidades, relacionados con salud mental. Partimos de lo anterior con el propósito de desarrollar el estudio de caso que presentaremos más adelante.

En suma, el objetivo del presente trabajo intenta identificar los factores socioculturales y sociodemográficos de la población indígena presentes en el proceso salud enfermedad y atención médica, con el fin de examinar algunos elementos estructurales que afectan el acceso a los servicios de salud, así como analizar el caso de una habitante del municipio San José Miahuatlán, Puebla, de población mayoritariamente nahua y su vínculo con el proceso salud enfermedad y atención médica.

## **Capítulo II. Pueblos indígenas en México**

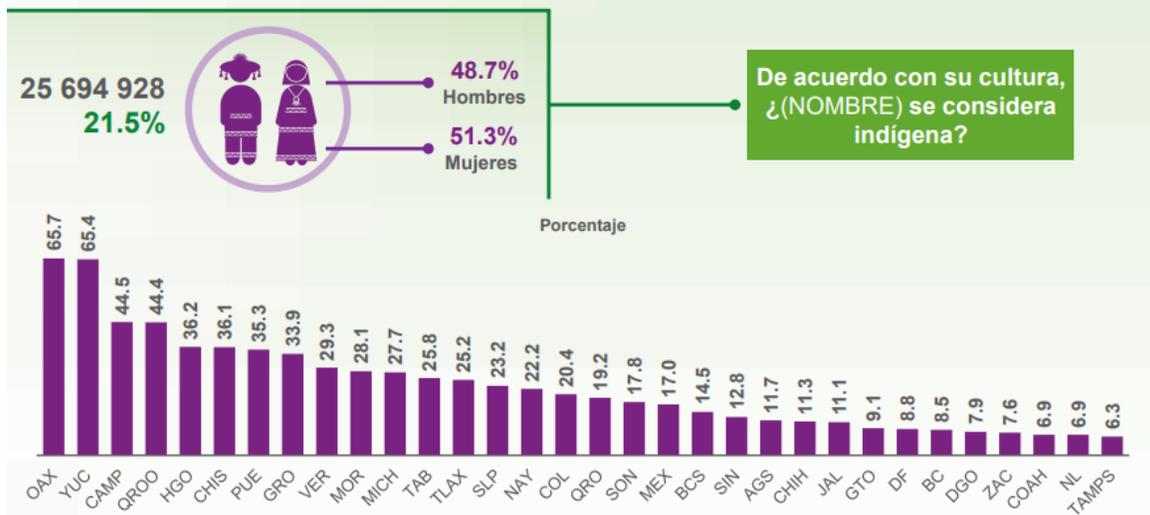
### **2.1 Panorama sociodemográfico de los pueblos indígenas en el país**

Pese a que a lo largo de los tiempos democráticos el Estado mexicano ha gestionado marcos jurídicos que paulatinamente se acercan a ofrecer un piso común para la población del territorio nacional, estamos claros que hay sectores que se encuentran en condiciones que los colocan en puntos extremos, ya sea para contar con elementos favorables para su vida o al contrario, que ocupan un lugar desfavorable para enfrentar su dinámica cotidiana, al respecto, nos interesa exponer algunos elementos generales sobre la forma en la que la población indígena habita el país, para después preguntarnos de qué modo tales características interfieren, en particular, en sus procesos de salud, enfermedad y atención médica.

Al respecto en México, de acuerdo con los principales resultados de la encuesta intercensal del INEGI (2015), la cantidad de personas que se autorreconocen como indígenas es de 25,694, 928 del cual el 51.3 % corresponde a mujeres y el 48.7% de hombres, lo que representa el 21.5% del total de la población nacional. En la siguiente tabla podremos observar que dicho resultado es obtenido por la respuesta a la pregunta ¿se considera indígena?, lo que implica que las personas que se no necesariamente hablan una lengua distinta al español, sino que provienen de familias cuya cultura estuvo presente antes del periodo de la conquista. Además, podemos identificar que en todos los estados de la República se encuentra presencia de personas que se autorreconocen como indígenas. De acuerdo con el INEGI (2015), entre los estados con una concentración mayor al 30% de su población total, se encuentran (en orden de mayor a menor), Oaxaca, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Hidalgo, Chiapas, Puebla y Guerrero.

## Etnicidad

¿Cuánta población se autorreconoce indígena?



Tomado de INEGI (2015).

Otro elemento que permite conocer la distribución étnica en el país corresponde a medir la cantidad de personas que habla una lengua indígena, nuevamente en todos los estados de la República se encuentra gente que habla una lengua indígena, en este rubro, también de acuerdo con el INEGI (2015), se encuentran entre los primeros 8 estados con mayor porcentaje de hablantes (en orden de mayor a menor), Oaxaca, Yucatán, Chiapas, Quintana Roo, Guerrero, Hidalgo, Campeche y Puebla.

## Etnicidad

¿Cuánta población habla lengua indígena?



Tomado de INEGI (2015).

Respecto a la diversidad de lenguas habladas en el país, el INEGI (2015), señala, como lo veremos en el siguiente cuadro, las principales lenguas que aún perviven en el país, entre las 3 que tienen un porcentaje elevado se encuentran (en orden de mayor a menor), náhuatl, maya y tzeltal.



Tomado de INEGI (2015).

Al respecto de la categoría “*hablante de una lengua indígena*” o la “autoadscripción” es esta una forma en la que los censos de población miden a los pueblos indígenas, sin embargo, esto puede ser insuficiente para poder identificar o saber con precisión la cantidad de población indígena que habita el país.

Tal imprecisión puede deberse a diferentes factores, por ejemplo, que al responder los censos la persona no desea decir si habla una lengua en particular o se define como indígena por temor a sufrir alguna expresión de discriminación o que la pregunta no sea asequible o abordada en términos de la persona encuestada; también ocurren casos donde algunas personas se pueden sentir originarias y pertenecientes a un pueblo indígena aunque no sean hablantes de la lengua, o viceversa que, los hablantes de una lengua indígena pueden no reconocerse o identificarse como “indígenas” en tanto que este concepto, no refleja su afinidad cultural.

El concepto indígena es empleado principalmente en el ámbito académico, en la construcción de políticas públicas, convenios internacionales e incluso por algunos movimientos de grupos que al encontrar en estatutos nacionales e internacionales tal concepto se convierte en parte de su herramienta en el proceso de la exigencia de sus derechos, es decir que la identidad cultural no depende del uso o reconocimiento en términos de ser o no indígena y es posible que nunca dependa solo de una categoría de análisis, esta acotación la señalamos en tanto que al referirnos a persona o comunidad indígena, lo realizaremos en dos sentidos, como una figura jurídica merecedora de derechos y como un término que se refiere a la población descendiente de los pueblos que estaban durante la conquista española, en el continente americano.

El anterior indicador correspondiente a las personas hablantes de una lengua indígena, permite a su vez identificar como se encuentra esta población con respecto a distintas condiciones, como el acceso a servicios médicos al cual podemos acercarnos por medio del número de personas que se encuentran afiliadas a los servicios de salud, del cual el INEGI (2015) señala que, de las 7,382,785 personas hablantes de una lengua indígena, 14.4% no están afiliados a algún servicio de salud, y de las personas afiliadas, la mayoría lo están con el seguro popular con un 85.6%, lo que nos permite intuir que una gran cantidad de personas no reciben estos servicios por medio de un seguro médico laboral.

Además, otra condición medida en particular y comparada con el grueso de la población, es la escolaridad, que de acuerdo con los datos del INEGI (2015), nos indica una marcada diferencia respecto a la población hablante de lengua indígena quienes en promedio cursan 5.7 años, además las mujeres estudian alrededor de 5.1 años y los hombres pueden cursar en promedio 6.2 años; mientras que la población no hablante de una lengua indígena puede estudiar en promedio 9.1 años y en particular las mujeres pueden estudiar en promedio 9.0 años y los hombres 9.3 años.

## Etnicidad

¿Cuál es el promedio de escolaridad de la población hablante de lengua indígena?



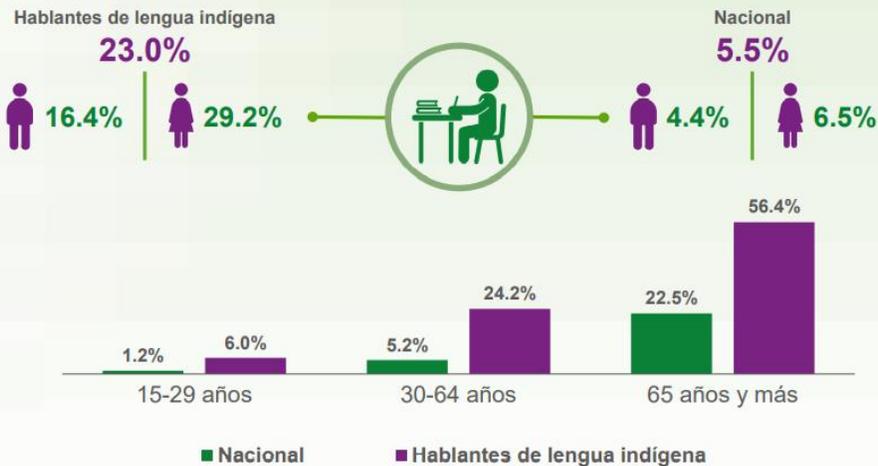
Tomado de INEGI (2015).

Los anteriores datos nos permiten ver que la población hablante de una lengua indígena, cursa 3.4 años de estudio menos que la población no hablante de una lengua indígena; además, es posible afirmar una desigualdad marcada respecto a los años que cursan las mujeres hablantes de una lengua indígena, con respecto al grueso de la población no hablante que corresponde a 4 años menos.

Sumado a la desigualdad sobre el tiempo en promedio que puede estudiar la población hablante de una lengua indígena, se adhiere otro factor vinculado con el porcentaje de analfabetismo que de acuerdo con el INEGI (2015), la población de 15 años y más de este mismo grupo, corresponde al 23.0%, mientras que las personas de 15 años y más, no hablantes de una lengua indígena es de 5.5 %; y nuevamente, se detecta una marcada diferencia entre el porcentaje de mujeres hablantes de una lengua indígena, que alcanza el 29.2 %, es decir 23.7% más que el grueso de la población.

## Etnicidad

¿Cuál es el porcentaje de analfabetismo de la población de 15 años y más que habla lengua indígena?



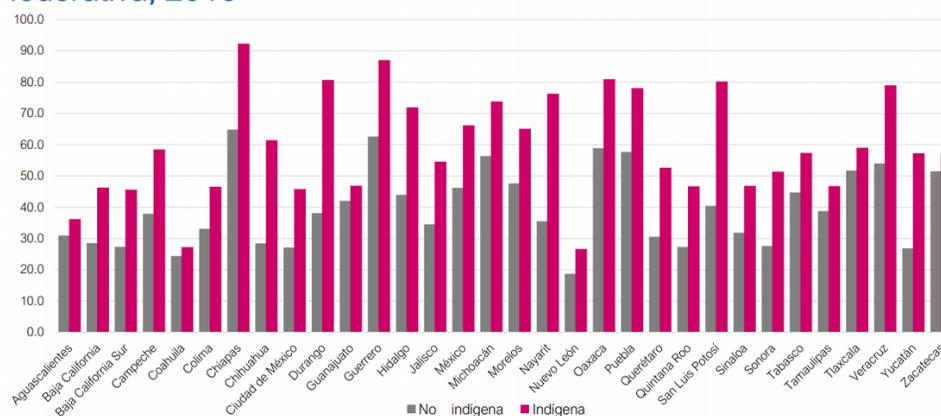
Tomado de INEGI (2015).

Sobre las condiciones de vivienda, nuevamente se detectan diferencias marcadas en particular por la condición del suelo, en donde 14 de cada 100 viviendas de la población que habla una lengua indígena tiene piso de tierra, mientras que para el grueso de la población es de 4 de cada 100, esta condición de vivienda tan desigual se le suma la cobertura de agua, al respecto el INEGI (2015), señala que el 61.6 % de la población hablante de una lengua indígena no cuenta con cobertura de agua entubada en sus viviendas, lo que indirectamente nos indica el limitado acceso a agua potable.

Como hemos visto en los anteriores datos de medición por parte del INEGI (2015), es posible identificar una disparidad de condiciones en las personas indígenas en el país, y en consecuencia hay particularidades necesarias de especificar, a razón de que históricamente se han presentado situaciones acentuadas de pobreza y vulnerabilidad, motivo por el que el Consejo Nacional de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2019) evalúa en particular la condición de pobreza en la población indígena de México, incluyendo entre sus datos el porcentaje de la población en situación de pobreza por entidad federativa, que permite observar que en todos los estados del país, la pobreza está presente y acentuada en la población indígena ya que presenta los porcentajes más elevados en cada zona, además los

números más altos se identifican (en orden de mayor a menor), en Chiapas, Guerrero, Durango, Oaxaca, San Luis Potosí, Veracruz y Puebla.

### Porcentaje de la población en situación de pobreza, según entidad federativa, 2015



Tomado de CONEVAL (2019).

La medición de la pobreza se construye a partir de diferentes dimensiones que en conjunto arrojan una relación con respecto a su profundidad y efecto, de acuerdo con el CONEVAL, (2019) tales dimensiones implican identificar si la población recibe ingresos insuficientes para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias y, a la vez, sí presenta al menos una carencia social.

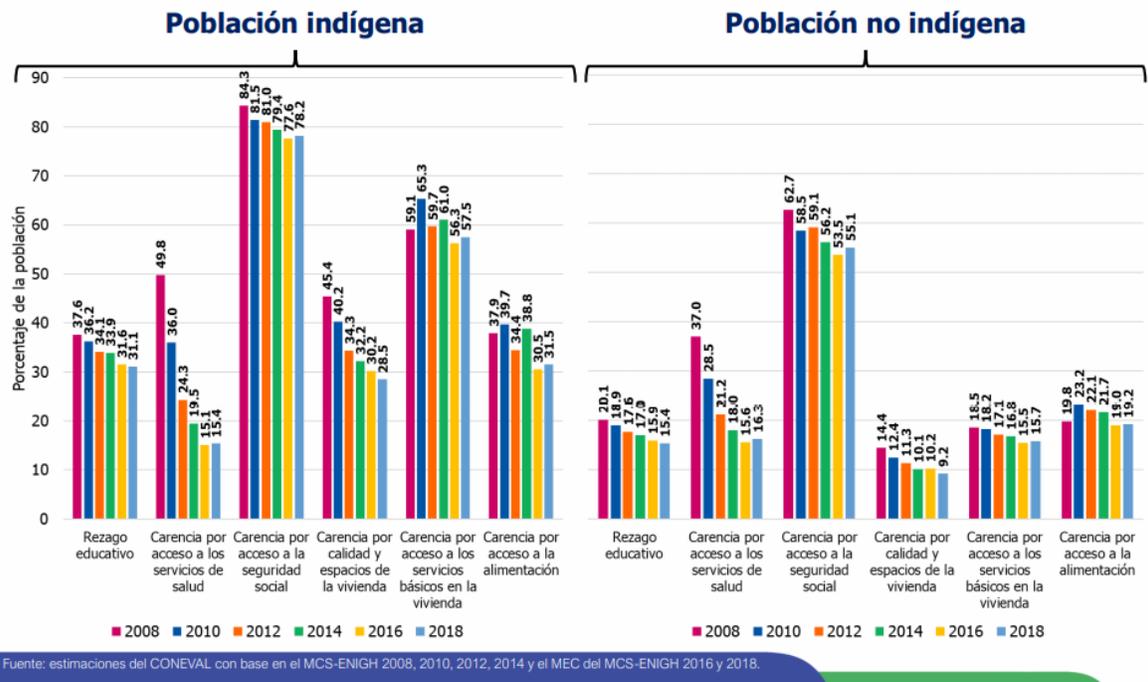
Las características multidimensionales evaluadas por el CONEVAL (2019), indican que hasta el 2018, el porcentaje de población indígena en situación de pobreza es de 69.5%, en contraste con el 39% de la población no indígena que se encuentra en esta situación. Además, las localidades pequeñas de menos de 2,500 habitantes tienen 78.7% de personas indígenas en situación de pobreza; estos datos en conjunto señalan que aproximadamente una de cada cuatro personas indígenas se encuentran en situación de pobreza, nuevamente, en contraste con la población no indígena en la que una de cada veinte personas se encuentra en esa situación, además, este mismo grupo, 39.4% ubicado en las zonas rurales, se encuentra en situación de pobreza extrema (es decir en localidades de menos de 2,500 habitantes).

En síntesis, al menos de modo general, la población indígena no pobre y no vulnerable, es decir, aquella que cuenta con ingresos suficientes y no presenta ninguna carencia social, hasta 2018, representaba 6.9% de la población indígena total. En consecuencia, la población indígena atraviesa mayoritariamente por una grave condición de vulnerabilidad.

La condición de pobreza implica que no se cuenta con los ingresos suficientes para consumir una canasta alimentaria y se presentan tres o más carencias sociales. Además, podemos intuir que sí es limitado el acceso a los servicios básicos de una vivienda, el acceso a la educación, servicios médicos y estas multidimensiones que se evalúan al medir la pobreza no hay forma de que esto no pueda influir profundamente en las maneras en las que se puede afrontar la presencia de diferentes padecimientos, y por lo tanto son limitadas las posibles soluciones a problemáticas de salud/enfermedad. Con lo anterior no se niega la capacidad de agencia individual que poseen las personas para transitar en distintas rutas de atención médica en búsqueda de resolver asuntos vinculados a la salud ya sea por medio de los sistemas de atención tradicional o biomédicos, pero sí señalamos que un conjunto de características estructurales pueden intervenir en que malestares de distintos niveles de gravedad sean altamente complicados de tratar, en tanto que no dependen exclusivamente de la capacidad de agencia individual de las personas.

La anterior aseveración se sostiene con otro de los elementos que mide el CONEVAL (2019), denominados carencias sociales que son el rezago educativo, carencia por acceso a los servicios de salud, carencia por acceso a la seguridad social, carencia por la calidad y espacios de la vivienda, carencia por acceso a la alimentación, las cuales se comparan entre población indígena y no indígena para identificar sus sustanciales diferencias, como podemos ver en la siguiente tabla, de 2008 a 2018, pese a que fluctúan en particular los datos con algunas disminuciones, permanece constante la diferencia en cómo se viven dichas carencias entre un grupo y otro, concordando con los datos del INEGI (2015), respecto a las acentuadas carencias en la población indígena.

## Indicadores de carencia social, 2008-2018

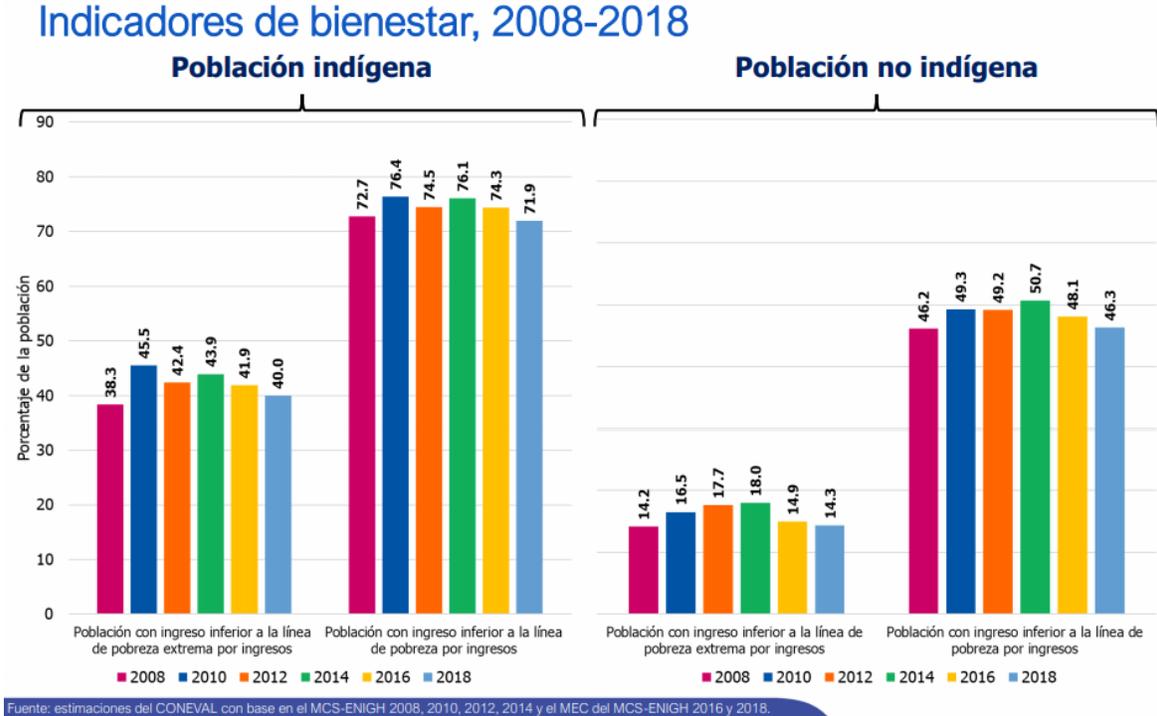


Tomado de CONEVAL (2019).

Es importante acotar que en todo el país las carencias sociales están presentes, sin embargo, conforme nos adentramos en la información del CONEVAL (2019), continua reiteradamente la diferencia entre un sector de la población y otro. En el caso de la población indígena la seguridad social es la privación social con mayor incidencia con el 78.2% y con el 88.2% en localidades rurales, hasta el 2018; le sigue la falta de acceso a los servicios básicos en la vivienda, en tanto que el 57.5% no cuenta con el acceso a los servicios básicos (entre los que se encuentra el acceso a electricidad y agua, por decir algunos) y que en las localidades rurales una de cada cinco personas no contaba con estos servicios, también hasta 2018.

En síntesis, con relación a las carencias sociales, el CONEVAL (2019), señala que en cinco de las seis carencias sociales se presenta un mayor porcentaje en la población indígena en comparación con la no indígena, salvo en la carencia por acceso a los servicios de salud en la cual la población no indígena está 0.9% por sobre la población indígena.

Otro indicador que permite medir la pobreza es el denominado de bienestar, el cual involucra dos elementos, el ingreso inferior a la línea de pobreza extrema y el ingreso inferior a la línea de pobreza, elementos necesarios para averiguar si una persona cuenta con los ingresos que le permitan adquirir sus alimentos y otros insumos, al respecto el CONEVAL(2019), señala que entre la población indígena el 40% e indígenas en localidades rurales el 52.6% de las personas tiene un ingreso inferior a la línea de pobreza extrema es decir que reciben menos dinero que el costo de la canasta básica de alimentos, en cambio en el caso de la población no indígena esto se presenta en un 14.3% de personas, asunto que ha permanecido relativamente constante al menos entre el año 2008 al 2018, como podemos ver en la siguiente tabla.

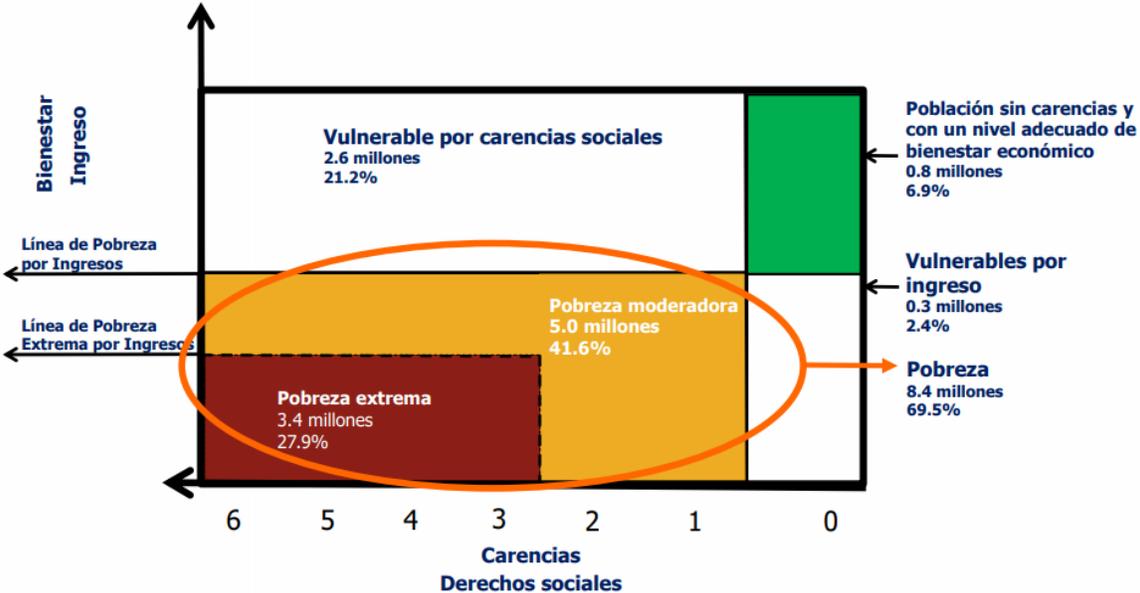


Tomado de CONEVAL (2019).

Acontinuación, en la siguiente tabla, de acuerdo con datos del CONEVAL (2019), se podra notar la relacion multidimensional más reciente de la pobreza hasta 2018, lo que nos permite conocer que la incidencia de pobreza se duplica en la población indígena, además 8 de cada 10 indígenas menores de 18 años se encuentran en

situación de pobreza en el país y en consecuencia son los que viven con mayor porcentaje la pobreza.

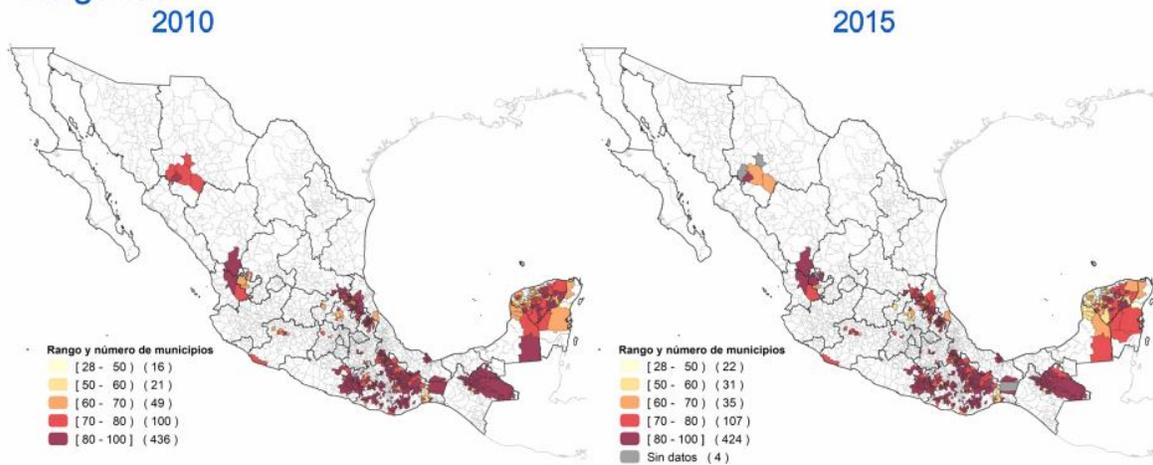
### Indicadores de pobreza para la población indígena, 2018



Tomado de CONEVAL (2019).

Entre las conclusiones sobre la condición de pobreza por la que atraviesan las personas indígenas en el país acorde a los datos recuperados del CONEVAL (2019), se identifica que entre 2010 y 2015 aumentó 5 o más puntos porcentuales en 84 municipios en los estados de Oaxaca, Puebla y Yucatán; además, de acuerdo a esta misma información el 85% de los municipios indígenas registraron 70% o más de su población en situación de pobreza en consecuencia esto representa el 10.1% del total de la población en el país y en suma, es uno de los grupos de población con mayor probabilidad de no superar esta situación. Además, la condición de los municipios señalados en el siguiente mapa, también recuperado por la CONEVAL (2019), al estar ubicados en zonas montañosas, tienen problemas de accesibilidad en diferentes ámbitos que permitan proveer de servicios básicos, motivo por el que esa información se vio reflejada con CONEVAL (2019) y el INEGI (2015).

## Porcentaje de población en situación de pobreza en los municipios indígenas



Tomado de CONEVAL (2019).

En consecuencia, por el panorama expuesto en torno a la condición socioeconómica de los pueblos indígenas en el país nos preguntamos de qué modo estos factores estructurales intervienen en conjunto con factores de carácter cultural con la manera en la que se da el proceso salud enfermedad. Ya que, las barreras históricamente presentes hacia este sector de la población se han tejido en un entramado muy grueso, no por ello la diversidad cultural, los procesos de autogestión y organización se han paralizado. Bajo la anterior idea es que decidimos profundizar en un espacio particular del país para conocer de cerca algunas aproximaciones a como se dan ciertas dinámicas.

### 2.1.1 Puebla, un lugar del territorio nacional.

De entre los territorios del país se eligió el estado de Puebla como referente de análisis, no solo porque se encuentra entre los principales espacios del territorio nacional con una gran cantidad de habitantes que se han autoadscrito como indígenas, sino también por tener un predominio de la lengua náhuatl, cuya cosmovisión abordaremos más adelante y que nos permitirá anclarnos entre los parámetros culturales que intervienen para concebir y vivir la salud y la enfermedad bajo los marcos culturales no hegemónicos y su forma de construir las rutas de atención; además en este espacio, contamos con la posibilidad de construir

encuentros gracias a la cercanía con los informantes clave que han nacido y crecido en uno de los municipios de Puebla, en San José Miahuatlán, un espacio que a lo largo del tiempo ha sido predominantemente habitado por personas que se dedican a cuidar el campo de cultivo de diferentes alimentos y que como lo veremos más adelante, han pasado por cambios que intervienen directa e indirectamente en la forma en la que se enfrentan los padecimientos. Tal cercanía con la gente que habita este espacio nos condujo a buscar maneras de comprender las dinámicas que surgen de ese espacio y algunos elementos de su cosmovisión particular.

De acuerdo con el INEGI (2015) el estado de Puebla cuenta con una población total de 6,168,883 millones de habitantes, el 11.3% de la población de 3 años y más es hablante de una lengua indígena y de esa cantidad el 47% corresponde a hombres y el 53% a mujeres. Además, la lengua dominante es el náhuatl, ya que 73% de las personas hablantes de una lengua indígena la hablan; y el 35.28% de la población se autoadscriben como indígenas.

Respecto a la educación el INEGI (2016) señala que el 8.3% de la población en general está en condición de analfabetismo, de ese porcentaje más de la mitad, es decir 65.3% son mujeres y el resto con el 34.6% es ocupado por hombres, otra de las características que son parte de una carencia social para la población, la del acceso a servicios médicos, el 79.7% se encuentra afiliado a algún servicio de atención médica, del cual 69.4% se encuentra afiliado al seguro popular.

Con relación a la pobreza como ya lo mencionamos en las notas dentro de este mismo capítulo, Puebla ocupa los primeros lugares con esta condición para las personas indígenas, en el cual como lo menciona CONEVAL (2019), el 78% se encuentra en dicha condición.

### **2.1.2 Un lugar de Puebla, San José Miahuatlán**

De acuerdo con el INEGI (2016) el municipio de San José Miahuatlán, cuenta con 13 159 habitantes de los cuales el 84.19 % es hablante de una lengua indígena. Este porcentaje está compuesto por 47.9% hombres y 52.07% mujeres; la principal

lengua al igual que a nivel estatal corresponde al nahuatl con el 70%; además el 96.88% se autoadscriben como parte de su comunidad, prácticamente la totalidad de la población

De acuerdo con nuestra búsqueda no encontramos una cifra exacta de la condición particular de la población indígena de este municipio con relación a distintas condiciones sociodemográficas, sin embargo, nos atrevemos a inferir que al ser tan alto el porcentaje de la población hablante de una lengua indígena y autoadsrita como tal, arrojado por el INEGI (2016) inherentemente los datos describen la condición de la mayoría de los habitantes indígenas de esta localidad.

En San José Miahuatlán, de acuerdo con el INEGI (2016) se encuentra una similitud a los datos generales de Puebla con relación a la educación, ya que el 14.8% está en condición de analfabetismo y de esta cantidad más de la mitad corresponde a las mujeres con el 69 % y en menor proporción los hombres con 30 %; con relación a la atención medica 84.5% de la población está afiliada a servicios médicos, del cual casi en su totalidad se encuentra afiliada al seguro popular con un 95.7 %; en cuanto a las condiciones de vivienda y su abastecimiento de agua entubada el 98.9% cuenta con este servicio y de este porcentaje menos de la mitad cuenta con agua entubada dentro de la vivienda con el 46% y el 53.1 % cuentan con una toma de agua fuera de la vivienda pero dentro de su terreno, lo que nos lleva inferir que para acceder al agua implica acarrear de diferentes espacios para su uso.

Al indagar sobre la condición de pobreza en el municipio el CONEVAL (2010) señala que el 80.7% de la población es decir 9, 638 personas se encuentran en esta condición, además, de acuerdo con los indicadores multicausales de pobreza que señalamos en párrafos anteriores, los presentes para esta población que vive esta condición son 2 principales carencias, en seguridad social con 89.2% y en servicios de salud con el 59.2 %; además el 82.1% de la población tiene ingresos inferiores a la línea de bienestar, lo que implica que la mayoría de la población del municipio no cuenta con el recurso económico básico para cubrir su canasta básica de

alimentos; en consecuencia la población no pobre y no vulnerable corresponde a 1.4% es decir 170 personas de las 13, 159 de las que viven en esta localidad.

Al ser Puebla y uno de sus municipios, localidades con una gran cantidad de población de origen náhuatl, nos preguntamos, cuáles son algunas de las características presentes en esa diversidad cultural de algunos de los pueblos mesoamericanos que perviven en una forma híbrida. Lo anterior como parte de la inherente relación que se da entre el proceso salud/enfermedad/atención, con factores culturales como marco de referencia para la interpretación de la realidad en este caso de la salud y los factores sociales que atraviesan la problemática.

## **2.2 Componente cultural**

### **2.2.1 Comunicación y cultura**

La propuesta de tomar los modelos de atención médica como formas culturales, es parte de la idea de evitar ver la cultura, como solo una serie de reglas interconectadas de las cuales derivan determinadas conductas para ajustarse a determinadas situaciones. Apelamos más a la expresión de Bruner (2004), en torno a la cultura como “conocimiento del mundo implícito” (p.75), mediante el cual se alcanzan modos de actuar satisfactorios con el contexto dado.

Para Bruner (2004), parte de evaluar los modos en que los seres humanos se relacionan entre sí implica reflexionar entre el lenguaje y algo que él define como *transacciones* que refiere a “los tratos que se basan en una serie de supuestos y creencias comunes respecto del mundo, el funcionamiento de la mente, las cosas de que somos capaces y la manera de realizar la comunicación” (p.67). Lo anterior, en resumen, tiene que ver con que cuando alguien dice algo ello tiene algún sentido. Tal sentido dependerá en su conjunto, de factores semánticos y mediados por un conjunto de normas que llegan a un consenso social por una determinada cultura.

En el caso de la población indígena, las características de la lengua son parte de un conjunto de reglas sociales que fueron acordadas en un proceso de largo aliento que han dotado de sentido ese algo que expresan los hablantes. Ahora pues, en el

proceso salud enfermedad y atención ese sentido también influirá en la manera en que se da esa transacción con los padecimientos y la experiencia con la salud y la enfermedad.

Todos tenemos formas de organización mental que nos son afines, y las expresamos en dichas transacciones por medio del lenguaje, cuya función es calibrar y regular ya que es nuestro medio de referencia.

El lenguaje es nuestra referencia porque está construido en un contexto y presuposiciones compartidas por los hablantes de un espacio cultural determinado; es más que las palabras que escuchamos, conocemos y leemos, por tanto, es estudiado desde diferentes disciplinas por la amplitud y los efectos que tiene en diferentes expresiones de la vida, en el caso de los estudios interculturales sobre lenguaje emocional es posible identificar las emociones representadas de modos distintos en diferentes lenguas y culturas. Tales diferencias son parte de las variaciones que conceptualizamos, a propósito de ello Bourdin (2014), lo explica como resultados diversos de la capacidad para construir una situación al concebirla por medio de imágenes que en caso de las culturas mesoamericanas (como la Maya y Náhuatl) “tales imágenes tienen que ver con entidades y eventos del dominio corporal, cuya diversidad se encuentra relacionada por factores idiosincráticos” (p.37).

Lo descrito por Bourdin (2014), respecto a los factores que influyen en el campo semántico del lenguaje emocional es parte de las transacciones ya mencionadas, por Bruner (2004) en particular del elemento denominado *referencia*, que de acuerdo al autor implica la representación de la esfera intersubjetiva de un hablante con otro.

Esta relación entre el lenguaje, referencia, transacción y sentido, dan como resultado la conformación del *sí mismo* (o *self*) permiten en su conjunto la afirmación de que, lograr una referencia conjunta, entenderse entre sí, es lograr un tipo de solidaridad con alguien (Bruner, 2004). Es decir que en diferentes condiciones y fenómenos estamos atravesados por intersubjetividades, expresadas y reguladas

por medio del lenguaje; en tanto que, es este el mediador de nuestros parámetros sobre la realidad, lo que permite dar sentido a nuestro contexto, y, en consecuencia es parte de la mediación del proceso salud enfermedad y atención; respecto a la construcción y representación de nuestro cuerpo, padecimientos y bienestar que se ven intermediados por esas transacciones que nos describe Bruner (2004), existe una base sutil y sistemática sobre la cual se asienta la referencia lingüística –y semántica- que obedece a una organización natural de la mente, a la que accedemos por la experiencia y no solo por el aprendizaje; y con lo anterior nos referimos a que en los momentos del proceso s/e/a el planteamiento de nuestro autor permite mirar, con sus anteojos, esos factores que intermedian para aceptar o no un diagnóstico médico, que puede o no ser expresado en el mismo campo semántico que nos permite dar sentido a la realidad.

En tanto que el vocabulario, de acuerdo con Bourdin (2014), almacena gran cantidad de experiencia sociocultural; debido a sus características, el lenguaje permite incorporar información que permanece, muchas veces inadvertida y cifrada al estar codificada en los “haces” de componentes semánticos asociados a las palabras (p.40).

En ese sentido, los seres humanos contamos con los medios para calibrar las elaboraciones de la mente con respecto a la de otro, y así mismo calibrar los mundos en los que vivimos de la mano con nuestros instrumentos de referencia, es a este proceso al que se refiere Bruner (2004), con relación al significado, con su respectiva ambigüedad, dado que “el reino del significado, no es un sitio donde se viva con total comodidad” (p.74); ocurre, por ejemplo, en ciertas expresiones en comunidades mayas donde una oración cambiará de sentido en tanto el contexto donde está es expresada.

De acuerdo con Bourdin (2014), términos como *chi' ichnak* y *tukul* empleados en el maya yucateco, actualmente, para designar estados emotivos asociados de modo aproximado con lo que en español se designaría como ‘preocupación’, ‘congoja’ ‘tristeza’ y ‘aflicción’. No tienen en español un término capaz de traducir

adecuadamente el significado. Ya que este es un adjetivo que suele aplicarse a personas que circunstancialmente manifiestan un estado de desasosiego y ansiedad por causas definidas, situadas en dos escenarios temporales diferentes, uno real y presente y otro futuro o irreal. Este término se expresa cuando el hijo pequeño de una persona está enfermo, eso quiere decir que esa persona esta *chi' ichnak* porque no sabe qué puede ocurrir con la salud de su niño o también ocurre que cuando alguien está enfermo esa persona puede sentirse *chi' ichnak* y también puede referirse a que alguien no está enfermo y solo esta *chi' ichnak*, en consecuencia con este ejemplo podemos notar algunas características que apelan mucho más al contexto donde se expresa algo más que solamente a la palabra misma, asunto que sucede de forma natural en el lenguaje, por lo cual es particular en cada contexto donde se construyen los intercambios de significados, este grado de complejidad, parece ser, está relacionado a una concepción muy diferente a la occidental que intenta separar el cuerpo y la mente, es decir que *chi' ichnak*, es una expresión que integra esas características propias del maya y de las culturas mesoamericanas marcadas con un referente conceptual donde el cuerpo y la mente no están separados, es posible que a razón de lo anterior, este término puede referir a una emoción, un malestar o una condición.

Con ello, además se hace una referencia a una condición psicológica de la persona que se ve afectada por alguna condición de su ambiente. Con lo anterior podemos ver ese matiz cultural tan significativo respecto a la forma en la que se puede representar y vivir la salud entre una cultura y otra, el asunto que nos ocupa es, cómo no opacar esa manera de ver la vida y hacerlo parte de una atención médica plural.

Con el ejemplo anterior, notamos que la palabra que expresa una emoción sentida en un contexto poco favorable, que tiene un sentido de malestar, puede ser inasequible para quienes no somos parte de esa comunidad y además podamos estar atravesados por una ambigüedad contextual que hace de nuestro entendimiento algo distante. Ello implica “una actividad metacognitiva (de

autocontrol y autocorrección) que varía de acuerdo con el marco cultural” (Bruner 2004, p. 84).

Así como lo vimos en representaciones ligadas a las emociones, ocurre algo similar con la representación del cuerpo para la cultura náhuatl. Entre los estudios con relación al pensamiento náhuatl se encuentra el texto clásico de López Austin (2004) con respecto a la identidad y la forma en la que la lengua náhuatl enmarca la construcción del cuerpo y la salud, cuya característica también destaca entre las culturas mesoamericanas antes y después de la colonia.

Las bases sentadas en el texto de López, son requeridas cuando nos interesamos en la población cuya lengua materna es el náhuatl, en tanto que se dan representaciones muy particulares de la salud a partir de algunos parámetros culturales mediados por el lenguaje entre la población cuya lengua materna es de origen indígena o español.

Aclaremos que no es objetivo de nuestra investigación hacer un análisis lingüístico entre las palabras y significados que se dan entre el náhuatl y el español, ya que ello implica la utilización de otras herramientas de análisis e incluso de tipos de estudios con una cantidad mayor de tiempo y población a la que nosotros tuvimos contacto, sin embargo, sabemos de antemano el papel sustancial que para la atención médica ofrece ese tipo de análisis.

Ante la limitación encontramos cabida en ocuparnos de identificar algunas características hasta ahora documentadas entre las representaciones del cuerpo y la salud que se dan en esta forma cultural, con la intención de reflexionar sobre el papel que esas representaciones tienen cuando se presenta una complicación en la salud física o mental de una persona.

De entre las características predominantes de la población Nahuatl, encontradas por López Austin (2004), destacan tres puntos centrales para el análisis estructural cultural respecto al cuerpo, “formaban parte de un sistema ideológico; que dicho sistema se integraba a otros para formar una cosmovisión y que, con base en su

inclusión en el complejo ideológico, el sistema servía para satisfacer particulares intereses de determinados grupos” (López Austin, 2004 p.16). Es decir que la cultura náhuatl contó y cuenta con su propio sistema ideológico, una propia cosmovisión, que en consecuencia es parte de la forma en la que se representa la realidad, por medio de las *transacciones*, definidas anteriormente por Bruner (2004), son contenidos o decantados en algunas relaciones intersubjetivas en sus comunidades.

Al respecto López Austin (2004) señala el estudio de las concepciones del cuerpo humano dentro del contexto de la cosmovisión, referido en términos generales a lo que engloba el cosmos (es decir, la realidad y los marcos de referencia de lo que vivimos y distinguimos del mundo y que será acotado más adelante) a partir de un modelo corporal distinto al explicado por la fisiología humana. Todo ello ha implicado una interrelación entre los puntos centrales de este tipo de relaciones con el de “...la pluralidad de las entidades anímicas; el de las relaciones de mutua dependencia entre el dios tutelar y su pueblo protegido, o el del fundamento mágico-biológico del poder de los gobernantes” (p. 9).

Las concepciones mesoamericanas del estado corporal, implican procesos de mantenimiento y pérdida del equilibrio orgánico por medio de la acción cotidiana y el contacto con el medio natural, para ello, contaban previo a la conquista, con estructuras sociales con conformaciones grupales que formaban diversas comunidades, propietarias colectivas de la tierra, “que coexistían con un poderoso aparato gubernamental centralizado que se sustentaba en el tributo extraído a los productores directos, miembros de las comunidades, a través de las mismas”(López Austin, 2004 p. 10), siendo la agricultura la producción básica.

Al ser la agricultura una forma de vida y por tanto de la construcción de su cotidianeidad ciertos roles sociales como el del agricultor tenían una relevancia entre los miembros, en tanto que la producción agrícola generaba los productos necesarios para toda la comunidad y a su vez los tributos espirituales, todo ello trabajado siempre de forma comunal, lo cual nos puede explicar algunos de los

posibles orígenes de la dinámica actual de la agricultura local de muchas zonas del país. Además, López Austin (2004), identifica esta dinámica de producción y de organización social estrechamente vinculada y personificada en “el *tlatoani*, señor supremo que hacía descansar su poder en su vínculo con la divinidad” (p.12).

En consecuencia a lo ya descrito, los sistemas ideológicos de la magia, de la religión y del mito tienen ámbitos imbricados, y se refieren en común a dioses, a poderes, a seres sobrenaturales menores y a almas (López Austin 2004 p.19) y que se pueden identificar en los nombres de algunas partes del cuerpo humano con facultades anímicas, estados psíquicos, sentimientos, atributos morales, fuerzas vitales, niveles de percepción, conciencia y voluntad, procesos patológicos o mágicos que se creía afectaban a la conciencia, y calidades de honra y fama. (p. 30). Entre esas facultades atribuidas al cuerpo se encuentra *el mal de ojo*, percibido entre los popolucas, nahuas, zapotecos, tarahumaras y otros pueblos contemporáneos, como la consecuencia de deseos y emociones negativas dirigidas hacia otros que generan malestar en el cuerpo y requiere de un proceso de cura particular para sacar del cuerpo aquel malestar inducido por otra persona. En cuanto a los seres sobrenaturales, las clasificaciones varían entre las fuentes de los códices, sin embargo, nuestro autor destaca los pertenecientes al “agua y viento, en los dueños del monte, en los protectores de los pueblos, en la oposición de naturaleza fría y naturaleza caliente en alimentos y medicamentos, o en el terreno de las prácticas médicas y mágicas” (López Austin, 2004 p. 32).

La relación entre los sistemas ideológicos y las formas de atender y entender la salud, destacan en las formas de interpretar ciertos fenómenos, uno de ellos las verrugas,

“En el México actual se hace la distinción entre verrugas en general y las que se forman principalmente en las manos, de consistencia esponjosa, de posible origen viral y muy ligadas a estados emocionales. A estas verrugas se les da el nombre de “mezquinos”. En el náhuatl del siglo XVI estas verrugas se llamaban *tzotzócatl*, y el mismo nombre recibía el avaro. Para las comunidades prehispánicas, los estados anímicos tenían efectos físicos muy notables en el cuerpo humano” (López, 2004 p. 33).

El antecedente de las verrugas es un ejemplo de la forma en la que ciertas expresiones de malestar en el cuerpo están vinculadas con el medio social, tanto que pueden sugerir la necesidad de retirarlo, ocultarlo y no hacerlo público a razón de ser una muestra de egoísmo o una serie de adjetivos negativos para con quien la porta, lejos de ser una muestra de algún efecto viral en el sistema inmune del cuerpo humano.

Las comunidades indígenas, así como todos los conjuntos humanos constituidos en sociedades, no son culturas inertes al cambio civilizatorio que ha conferido el efecto de la globalización y su exponencial desarrollo tecnológico, intelectual, de consumo y de cambio climático en el medio ambiente, al menos en el último siglo. A propósito de este cambio, notaremos en el desarrollo del resto de la investigación y del estudio de caso, la forma en la que los elementos que López (2004), nos describió sobre el antiguo componente del pueblo mesoamericano, ha hibridado adoptando mucho del devenir global y conservando a su vez ciertas esencias del cuerpo e ideología pre y post colonia.

En su conjunto estos ejemplos de las formas distintas en las que se representan las realidades vividas de la salud son parte de aquello expuesto por Bruner (2004) como, convertir nuestros procesos mentales en productos y dotarlos de alguna realidad en algún mundo (p.74).

Las diversas formas de interpretar y representar algunos componentes de salud en culturas distintas nos invitan a retomar una pregunta ofrecida por Bruner (2004): “cómo podemos concebir la cultura y de qué modo está brinda los medios no solo para realizar transacciones con los demás sino para concebirnos a nosotros mismos en esas transacciones” (p.75), nosotros en tanto al quehacer psicológico con una mirada de la salud.

Son estas particularidades encontradas en algunas culturas mesoamericanas las que confirman que los factores que conforman las transacciones, en torno a la salud, son a su vez la definición misma de su propia competencia de ser y hacer en su cultura.

### **2.2.2 Creencias y salud**

De acuerdo con López y Millones (2008), toda forma de pensamiento, incluyendo las narraciones míticas, creencias y cultos de los antiguos pueblos americanos, nos llevan a un mundo maravilloso en el que nos encontramos con formas sorprendentes (en tanto que no son las hegemónicas) de sistematización del pensamiento.

Esa sistematización del pensamiento puede ser entendida desde diferentes conceptos y parámetros, ya sea como creencias de tipo religioso, que de acuerdo con la definición de Boyer (2002), son formas de ver el mundo que marcan lógicas específicas y funcionan como parámetro para una concepción particular de la realidad, y tienen una función en el pensamiento que, como dice Harris (2008), se encuentran presentes en diferentes estratos sociales y son particulares en distintas zonas del mundo.

Estas creencias propician y participan en la construcción de explicaciones, en muchos casos inmediatas ante fenómenos espontáneos y construyen nuestros marcos de referencia. Además, lo señalan López y Millones (2008), no tenemos otra medida de la verdad y la razón sino las opiniones y costumbres del país en el que vivimos, y donde creemos que existe la religión perfecta, la política perfecta y el perfecto cumplido manejo de todas las cosas.

Las creencias sobre la prevención y atención de una enfermedad, existentes antes de la introducción de la medicina occidental en tiempos de la Conquista (Rubel & Brownwe, 1999), así como el arraigo cultural y la participación de principios terapéuticos, son factores que influyen sobre el comportamiento que guía el cuidado de la salud.

La adhesión a prácticas religiosas provee de un “equilibrio” al sujeto que va más allá de la enfermedad inmediata que se padece (Menéndez, 2003). Asimismo, tal adaptación contribuye a la evolución y a la especialización de formas culturales destinadas a los cuidados de la salud. Y es que no solo la cultura y la biomedicina

han influido en las prácticas curativas, sino también nuestra propia función cognitiva para representar la enfermedad de tal modo que se pueda explicar no solo su causalidad sino por qué impacta en la vida de la forma en como sucede.

Según Karl Lenkersdorf (2005) la cosmovisión "...son maneras no sólo de percibir la realidad sino de vivenciarla con los cinco sentidos y los sentimientos, con las aspiraciones e imaginaciones, con las rutinas diarias y también la razón. Las cosmovisiones nos hacen captar todo un mundo. Son globales y globalizantes y, por ello, son, a la vez, cárceles que nos encierran, porque pretenden abarcar todo el mundo, y es así como suelen excluir otras realidades. Las cosmovisiones, a diferencia de ideologías, nos envuelven y penetran por completo de modo tal que ni siquiera nos damos cuenta de ellas, sino que pensamos que, así como nosotros percibimos, pensamos y nos imaginamos las cosas, así son. Por ello, también se piensa que todo el mundo tiene las mismas percepciones y se habla de la globalización o universalidad de la percepción de la realidad" (p.135).

En cambio, para López Austin (2004) la *cosmovisión* es el conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo (p.20). La pertenencia de la cosmovisión tanto al individuo como al grupo social ocupa una doble función en sí misma en tanto que el individuo es producto de su sociedad y el pensamiento se da en el individuo. Ello nos conlleva a una mirada compleja de la construcción de significados, en tanto que de acuerdo a nuestro autor, no podemos considerar que un individuo tiene una cosmovisión idéntica a la de otro pero a su vez la cosmovisión es el resultado de las relaciones sociales, tal relación se constituye, en tanto que "las particulares concepciones del mundo corresponden a intereses, ambiciones, anhelos, cultura e, incluso, grado de enajenación de los diferentes grupos sociales" (López Austin, 2004 p. 21). Por lo tanto, las cosmovisiones para López Austin (2004) son en principio, un producto cultural colectivo que forma un macrosistema de comunicación, en el que cada mensaje cumple requisitos mínimos de inteligibilidad, de coparticipación intelectual

entre emisores y receptores; con un alto grado de homogeneidad “en individuos que ocupan una posición antagónica en las relaciones de producción” (p. 21).

A diferencia de la definición encontrada por Lenkersdorf (2005), en el caso de López (2004) identifica tres principales formas de cosmovisión, las cosmovisiones subordinadas, derivadas de la consecuencia de un proceso de dominación colonial, en el que los dominados pertenecen a una tradición cultural muy distinta a la de los dominantes (como lo ocurrido por la conquista española en una gran parte de América); además se identifica una unidad de cosmovisiones mesoamericanas, “emparentadas por comunidad de origen, por comunicación constante y por desarrollo paralelo” (p. 32); por último las mitologías o las terapéuticas que son un conjunto de creencias compartidas en un gran radio territorial, de una larga data.

Sumado a lo expuesto por Lenkersdorf (2005) y López (2004) sobre, y pese a los siglos transcurridos desde la invasión europea, la tradición mesoamericana, la cual incluye, de acuerdo con López y Millones (2008), población maya y náhuatl además de su gran área geográfica y cultural, ha preservado concepciones, mitos y ritos que auxilian al investigador en su esfuerzo por comprender la antigua visión del mundo. Se trata de una re-elaboración cultural constante que surge de una vida colonizada, en condiciones de opresión y en respuesta de resistencia. Tal preservación es parte constitutiva de la cosmovisión propia de este sector de la población.

De López y Millones (2008) rescatamos la idea que la historia compartida de estos pueblos ha producido una base cultural común sobre la cual se desarrolló la diversidad. Base que denominan núcleo duro de la tradición mesoamericana, que identifica generalidades culturales que se encuentran en este sector de la población. “El cosmos mesoamericano estaba formado por dos clases de sustancia que cada ente poseía en distintas proporciones. Los seres quedan catalogados en primer término ya en el lado de lo luminoso, seco, alto, masculino, caliente y fuerte, y en el de lo oscuro, húmedo, bajo, femenino, frío y débil” (p.12).

Esta clase de cosmovisiones donde no hay naturaleza muerta, sino que todo vive, genera lo que Echeverría (2013) denomina un enfrentamiento a la naturaleza, que

reconoce un escenario de reciprocidad con ella y un orden de valores para su propio comportamiento que trasciende o está más allá del plano puramente racional, eficientista de la técnica. Echeverría (2013) menciona que “es una instancia que determina las tomas de decisiones constitutivas de su comportamiento y no un simple reflejo o manifestación de otras instancias que fuesen decisivas” (p. 21). En ello se incluyen las creencias y prácticas religiosas, así como la política y su cosmogonía, que hunden sus raíces en el mencionado núcleo duro de la cosmovisión mesoamérica. López y Millones (2008), al describir el binomio unidad/diversidad cultural, señalan que quizá, en el fondo de la cultura, y más allá de la diversidad del medio natural y de las etnias, se halla el poder constructor de la permanente comunicación humana. Dicha afirmación coincide con lo expuesto por Echeverría (2013), quien identifica que hay algo que rebasa y trasciende la realización puramente “funcional” en el sentido de que también puede intervenir de manera decisiva en la marcha de la misma historia.

La actividad de la sociedad en una dimensión cultural es siempre la que imprime un sentido, que en este caso consideramos es parte de lo que nos da los parámetros para observar la salud y la enfermedad con mayor pluralidad, y que para Echeverría (2013) es una de las funciones vitales del ser humano; un excedente o surplus ontológico que, en lugar de ser subsumido en el tratamiento de otras dimensiones de la reproducción social, debe ser tematizado de manera propia y que para López y Millones (2008) es un proceso que implica el conocimiento del otro, como una de las vías para conocerse a sí mismo, porque nuestra condición está sumergida en la diversidad.

En el caso particular de las comunidades indígenas y los procesos de salud enfermedad y atención médica, las creencias religiosas, son parte de una cosmovisión, no solo dominan en algunas formas de organización social, como rituales para la curación; festejos; fiestas patronales; entendimiento del fenómeno que acontece, sino que propician sentimientos como la esperanza para la solución de enfermedades desconocidas para ellos, la cura e incluso la justificación del padecer. Para López y Millones (2008) a partir de la clasificación dual se genera

una explicación a distintos procesos atravesados por explicaciones, que implican la relación entre cualidades calientes y frías dentro del organismo, de desequilibrio, y con medicamentos de naturaleza opuesta al mal.

Son los elementos culturales y cosmovisiones con un contexto determinado lo que conforma las primeras lógicas que participan, incluso, para la búsqueda de atención, biomédica o tradicional. Y consideramos que, como señalan Lopera y Rojas (2012), la salud mental, entendida como la meta de un estado óptimo de vida en sus diferentes dimensiones, está relacionada con la preservación de la identidad étnica, la viabilidad de las formas tradicionales de organización social y con la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales, de los que dependen los sistemas de vida rural campesina, y más que la preservación, (que es imposible mantenerla de manera inmaculada), consideramos que la salud y la salud mental en particular está relacionada con reconocer estas características como parte de sujetos merecedores de derechos, como lo han señalado Lipina y Segretin (20019) con agencia sobre su salud y merecedores de atención médica de calidad, con el fin de disminuir las brechas de desigualdad social.

Ya que uno de los puntos principales que limitan la atención médica señalados por Lopera y Rojas (2012) parten de la discriminación a la tradición cultural dado que los médicos occidentales se quedan sin herramientas técnicas para hacerle frente a aquellos síntomas que no se perciben de la manera en la cual se hace en la sociedad que circunda al gremio.

Este fenómeno genera un ambiente de desconocimiento que lleva a la exclusión social a esta población, por lo que la medicina tradicional termina siendo su primera elección, aunque aquí acotamos que lo problemático no es que la atención tradicional sea la primer elección sino que sea la única y no por ser la preferente sino porque el deber del Estado de proporcionar el servicio está ausente y no existe un abanico amplio de posibilidades que permita elegir de manera informada sobre la atención preferente que, como veremos a continuación, pese a existir un marco

internacional que respalda el acceso plural a la atención médica aún se mantiene la distancia en la cobertura y la atención médica.

## **2.3 El acceso a los servicios de salud**

### **2.3.1 El derecho a la salud y la población indígena en el país**

A lo largo de los tiempos, los grupos sociales que han sido discriminados, marginados o relegados socialmente han generado procesos de emancipación y lucha en pro de construir de forma activa y organizada rutas de acceso a sus derechos, lo que ha permitido que se construyan cimientos de exigibilidad para que las generaciones venideras puedan acudir a ellas para incrementar la capacidad de agencia colectiva e individual en diferentes sectores.

Aunque a la fecha, se sigue requiriendo de muchas acciones conjuntas para disminuir las disparidades y desventajas que se dan entre personas en distintas regiones, se han creado mecanismos internacionales que delimitan las rutas de acción para nuestro presente inmediato, entre esos cimientos, se encuentra el Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y tribales en países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2014), el cual es un punto de referencia a nivel internacional para organismos regionales sobre derechos humanos y tribunales nacionales de justicia ya que está construido con base en los términos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales (PIDESC) así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

El convenio menciona que los pueblos indígenas y tribales en países independientes constituidos por un gobierno de Estado Nación<sup>4</sup> son los que internacionalmente tienen los peores indicadores socioeconómicos y laborales, y se ven afectados por el fenómeno de la discriminación por origen étnico o racial, lo que

---

<sup>4</sup>Estado y/o Estado-Nación, de acuerdo con García (2015), es una forma de gobierno que dicta, una manera de organización política, que implica la regulación de un determinado territorio, que en nuestro país está compuesta por una estructura jerarquizada por niveles de poder son el sistema ejecutivo, legislativo y judicial; esta forma de gobierno se rige a su vez por un sistema democrático que permite la elección de los gobernantes y algunos partícipes en el sistema legislativo.

agrava las brechas de ingreso a diferentes espacios y servicios básicos de manera radical, motivo por el que esta organización, en la década de los noventa, trabajó para ampliar un marco jurídico que garantice el acceso a una vida digna para esta población.

El Convenio 169 (OIT, 2014), está compuesto de 46 artículos en los que se establecen los estándares que pueden propiciar un piso común de respeto a los derechos de los pueblos indígenas, entre los que se incluyen la propiedad de sus tierras, los recursos naturales de sus territorios, la preservación de sus conocimientos tradicionales, la autodeterminación, la consulta previa; e incluye el reconocimiento de derechos individuales y colectivos relativos a la educación, la salud y el empleo; manejando como eje rector dos postulados, “el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan”(p.8).

Tales postulados, según el propio convenio, constituyen la base sobre la cual deben interpretarse las disposiciones. Además, el Estado que ratifica un convenio de la OIT (2014) “se compromete a adecuar la legislación nacional y a desarrollar las acciones pertinentes de acuerdo a las disposiciones contenidas en él” (p. 9).

Hasta noviembre de 2014, 22 países habían ratificado el Convenio 169, entre ellos México. Nuestro país, además de ratificarlo el 5 de septiembre de 1990 y sumarse a otros convenios internacionales, incluyó una modificación sustancial en la Constitución el 11 de junio de 2011, el decreto, publicado en esa fecha en el Diario Oficial de la Federación (cita) incluye cambios en el Capítulo I del título primero y Reforma a los Artículos 1º; 3º; 11; 15; 18; 29; 33; 89; 97; 102 y 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

A su vez, el cambio constitucional, al menos en la ley, implica que se sumó la obligación para todas las autoridades de cumplir con cuatro obligaciones específicas: promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Además, se estableció la obligación de que cuando exista una violación a los

derechos humanos las autoridades deben investigar, sancionar y reparar dichas violaciones.

Por lo anterior nos parece valioso hacer referencia a las modificaciones constitucionales de 2011 y la ratificación del Convenio 169 para señalar los compromisos que le implican al gobierno nacional respecto de la población indígena en el país, y en razón de ello identificar por medio de un caso particular algunas de las distancias que se tienen entre los mecanismos jurídicos y las dinámicas cotidianas de una comunidad, en particular cómo se vive tal protección y garantía respeto al derecho humano a una salud intercultural.

### **2.3.2 Exclusión social en salud**

Como se ha descrito en los apartados anteriores, la desigualdad está presente en más de un espacio del territorio nacional, además distintas organizaciones internacionales destacan que dicha desigualdad es vivida de forma particular en los espacios habitados por comunidades indígenas y se identifica que la diversidad étnica puede verse afectada por discriminación directa e indirecta, a ello se suma factores vinculados al limitado acceso económico, de servicios y derechos, con lo descrito, lo que se intenta señalar es que se presentan condiciones que vulneran en distintos grados la vida de las personas y que en consecuencia impide el desarrollo de una vida plena. Al respecto de dicha vulneración se suscitan distintos fenómenos sociales como el de la exclusión social y en consecuencia la exclusión en salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004), la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre y al interior de los países, sus causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Este fenómeno está compuesto por la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan (p.6). Esta definición permite identificar, en su conjunto elementos complejos que participan en distintas dimensiones de la realidad social y que son determinantes en el proceso salud, enfermedad y atención, como veremos más adelante.

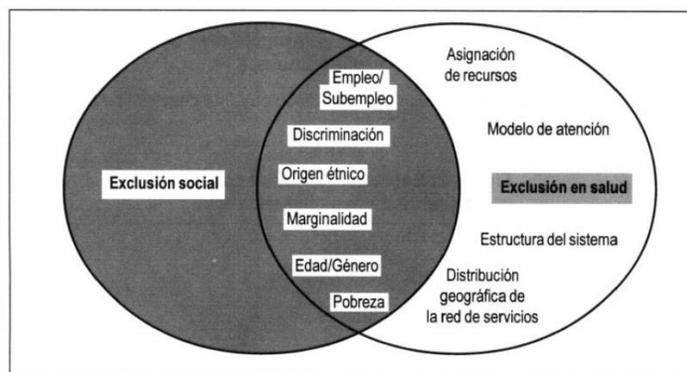
La exclusión social en salud es parte de los elementos que caracterizan al gran fenómeno de exclusión social, el cual está compuesto por la falta de acceso a los bienes, oportunidades y relaciones sociales disfrutadas por otros; se involucra con la ausencia de membresía (es decir, formar parte de una red social); a su vez, es parte del carácter estructural y multidimensional de los problemas vinculados con fenómenos macro sociales; se identifica principalmente por las condiciones del empleo, disminución del acceso al mercado laboral; y de los problemas de debilitamiento de los lazos familiares y de la familia como unidad social y económica; está involucrado a las economías informales; al constante aumento de los movimientos migratorios y a la inestable participación social en los procesos de toma de decisión ( OPS, 2004, p. 4). Además, entre los efectos de dicha exclusión se presenta una débil cohesión social que impacta en la armonía del tejido social y se involucra con condiciones de violencia en las sociedades.

De acuerdo con la OPS (2004), es posible identificar la presencia del fenómeno de la exclusión social cuando ciertas dimensiones están presentes, como lo son la dimensión económica, que refiere a aquellos que no poseen los recursos económicos suficientes, incluyendo a quienes se encuentran en una condición de pobreza o no, y que se enfrentan a una barrera de tipo financiero que impide su acceso a diversos servicios, incluidos los de salud; la dimensión social, que conlleva a una pérdida del vínculo de solidaridad en una comunidad, está relacionado con la auto marginación o la segregación de grupos sociales; además, la dimensión política, que implica el no ejercicio o la pérdida de un derecho y de la participación en la toma de decisiones sobre lo que ocurre donde las personas habitan; y por último, la dimensión temporal que está relacionada con que se encuentra comprometida la supervivencia ya sea con las generaciones pasadas, en el presente y que continuara comprometida la calidad de vida de las generaciones futuras(p.7). Estas dimensiones además de abordar la descripción del fenómeno de exclusión, permiten generar un análisis respecto a que tanto se respeta o garantiza el acceso a más de un derecho y por supuesto, visibiliza los grupos y sectores de la población que quedan fuera.

En consecuencia, la exclusión en salud, pese a ser un fenómeno particular, es a su vez, parte de la exclusión social.

La exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza y la marginalidad; la discriminación racial y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales incluyendo el idioma; la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico, en especial ligado a la ruralidad; a la falta de servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento básico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios. Puede deberse a causas que se relacionan con la inequidad, tales como las barreras de ingreso de los trabajadores informales a los regímenes tradicionales de seguridad social dadas por su situación laboral o las barreras idiomáticas que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud (O.P.S., 2004, p.3).

La mencionada interrelación entre la exclusión social y la exclusión en salud se puede ver en el siguiente recuadro.



*Relación entre exclusión social y exclusión en salud, recuperado de OPS (2004, p.6).*

Entre las particularidades de esta forma de exclusión, el mencionado factor de la inequidad se ve reflejado con elementos propios del sector salud, tal es la forma en la que se provee de servicios médicos; el déficit de infraestructura adecuada para responder a la demanda de salud y la asignación de recursos al interior de la red de provisión (OPS, 2004, p.5), dichos elementos son parte de los sistemas de salud, los cuales son responsabilidad del Estado, por lo que su eficiencia y las fallas en la implementación implican una responsabilidad directa e implica que su papel puede

determinar diversos grados de exclusión. Tal exclusión se expresa en el porcentaje de la población que, requiriendo un bien o servicio no accede a él.

Estas variables nos permiten realizar una lectura general sobre la condición en la que se pueden encontrar algunas localidades y su relación con el proceso salud enfermedad y atención, en un nivel cercano a las características estructurales macrosociales para después identificar en un nivel micro social su presencia y dinámica ya que estos sistemas de protección son un elemento determinante de exclusión.

En América Latina y el Caribe el acceso a estos sistemas se encuentra limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres, debido a que la diversidad cultural recibe un valor por jerarquía social históricamente construida, lo anterior es afirmando con base a un estudio realizado por la OPS (2004), en el cual revela algunas relaciones generales que influyen en este fenómeno en países como Ecuador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y Republica Dominicana, en donde la población clasificada como excluida en salud enfrenta múltiples fuentes de exclusión respecto a las acciones de políticas, es decir que este sector queda invisibilizado como merecedor de derechos; además, los problemas de falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud son la principal causa de desigualdades injustas; y los problemas del sector salud están relacionados principalmente con una cuestión de cantidad y asignación de los recursos disponibles (p.7).

A partir de lo recuperado en torno a la exclusión en salud, la OPS (2004) ofrece algunos elementos que nos permiten identificar la presencia de este fenómeno:

1. Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.
2. Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar. Cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.

3. Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago: cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud. (p. 7).

Hasta ahora hemos podido identificar los elementos que componen el proceso salud enfermedad y atención, reconociendo que este proceso puede ser visto desde distintos componentes culturales; además, en nuestro país estos componentes culturales pueden ser identificados en algunas regiones de todo el territorio nacional con una amplia diversidad étnica; también contamos con un panorama sobre la condición sociodemográfica de la población en el país así como en particular, elementos que nos permiten reflexionar sobre elementos de desigualdad y vulneración entre un sector de la población y otro; lo que nos conduce a comprender las generalidades del fenómeno de exclusión en salud para poder adentrarnos en un municipio del estado de Puebla, con la intención construir un correlato entre quien lo habita y acérmanos a su particular forma de vivir el proceso salud, enfermedad y atención, entre las dimensiones que hemos descrito en el presente trabajo.

## **Capítulo III. Una experiencia compartida**

### **3.1 Motivaciones**

La secundarización o ignorancia de problemáticas derivadas de la poca cobertura médica contrastan con el hecho de que, por lo menos en México, puede ser identificada a través de desmenuzar problemáticas que reflejan las soluciones internas de gente que tiene un acceso limitado a la salud.

Una de las vías para observar la articulación y mutua determinación de procesos que operan a nivel microsocial, y con ello constatar tanto la incidencia misma en el abatimiento o no de los problemas relacionados a la condición mínima de una salud digna y las funciones de la articulación social e ideológica que se genera a partir de asegurar un acceso plural a los servicios de atención médica como un derecho humano.

Ante el panorama descrito en los anteriores capítulos surge la necesidad de apoyarnos en una experiencia de una persona perteneciente a una comunidad Náhuatl de Puebla, quien nos comparte la ruta de atención médica que ha seguido para buscar aclarar sus interrogantes respecto a su estado de salud así como su experiencia en el proceso de resolver la problemática a la que se enfrenta desde su realidad permeada de cultura, conocimiento y de barreras estructurales de un sistema de salud distante y por ello de muy complicado acceso para personas que, como nuestra informante, no entran en esa homogeneidad simulada.

Respecto al actuar de las personas en el proceso de su trayectoria médica podemos apoyarnos de acuerdo a Menéndez (1990), en la base de que los parámetros para la búsqueda de atención están atravesados por las propias características del modelo médico. Si bien, la ciencia médica, de manera directa y puntual no invita a la segregación social; la discriminación y barreras de acceso a los servicios médicos de calidad, la leve mirada intercultural en las formas de atención, abonan a una exclusión que intentamos discutir en el presente capítulo.

### **3.1.1 Método**

La ruta que seguimos para enfocarnos en el problema de investigación nos condujo a buscar respuestas en espacios comunes de interacción social. Para ello empleamos técnicas de la investigación cualitativa y de la etnografía para el acercamiento y recolección de la información para el desarrollo del presente caso, ante la intención de conocer algunos de los posibles motivos y creencias que están detrás de las experiencias en la atención médica. Como parte de elegir elementos de la investigación cualitativa se optó por acudir a un escenario, con la postura de reconocer que las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo (Taylor y Bodgan, 1994 p.15) y en consecuencia se intentó estudiar a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.

Parte de realizar el trabajo de campo, implica, de acuerdo con Taylor y Bodgan (1994) contar con modos de obtener datos: estrategias y tácticas de campo (p. 50), lo que se puede llevar a cabo por medio del registro de datos en forma de notas de campo, entrevistas y por medio de recopilar información del contexto, de uno de tantos casos relacionados al acceso a la salud.

### **3.1.2 Observación**

Entre las técnicas necesarias para poder aproximarnos y tener contacto en el contexto, durante nuestra estancia de 15 días, acudimos a la observación, como una herramienta para entender, como investigador y conocer los elementos de la organización del ambiente en el que se suscitan las experiencias (Taylor y Bodgan, 1994).

Mientras pasaron los días, al finalizar el trabajo de observación y durante breves momentos se tomaron notas con base a la observación. La observación participante depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas (p.74). Lo anterior implicó la implementación de una guía de observación, que consistió en tener una lista de detalles a observar relacionada con las características del espacio

físico; los principales informantes que nos orientarían en el recorrido; identificación de acceso a servicios básicos como educación, vivienda, tomando en consideración el estado de la construcción; acceso a agua potable, alimento, etcétera; además identificar los lugares de acceso al servicio médico, principales actividades productivas, el uso de espacios públicos como iglesias, kioscos, plazas, panteones.

### **3.1.3 Entrevista**

Otra técnica implementada fue obtener información a partir de una entrevista semi estructurada, por entrevistas cualitativas en profundidad de acuerdo a Taylor y Bodgan,(1994) entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas a profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación (p. 101).

Los anteriores principios nos permitieron marcar las pautas para desarrollar una conversación que permitió explorar elementos para conocer la agencia, experiencia y algunas características culturales del siguiente caso.

Para su implementación, se diseñó una guía de entrevista basada en el objetivo general de la presente investigación, así como, algunos antecedentes que teníamos previo a la llegada, aunque como ya lo han señalado Taylor y Bodgan (1994), la entrevista implica mantener objetivos propios de la investigación e intereses generales, que en nuestro caso decantamos en una guía de entrevista. Sin embargo, es propio encontrarse con una evolución y cambio a medida que fue operando la exploración. Las conversaciones se grabaron, con el fin de recuperar las experiencias.

### 3.2 Lugar de espigas de maíz



*Foto 1. Foto tomada por una miembro de San José Miahuatlán del lugar en el que siembra el señor Francisco, informante en el presente trabajo.*

Carlos Montemayor (2008) en su prólogo del *Diccionario del Náhuatl en el Español de México*, menciona algunos elementos clave para la debida descripción de esta

comunidad del altiplano central de México, en principio recordar que como una buena parte de los territorios en América Latina invadidos por la monarquía española, nuestro país mantiene nombres de municipios y calles que están definidos con base a figuras religiosas del catolicismo y entre mezclados por palabras que provienen de diferentes lenguas, entre ellas el náhuatl, en ese sentido el municipio de San José Miahuatlán, Puebla no es la excepción. Miahuatlán, es una palabra compuesta del náhuatl, de *miáhuatl*, espiga de maíz y de *tlán*, en su función locativa, que en conjunto significa, *lugar de espigas de maíz* (Montemayor, 2018).

De la Ciudad de México camino al municipio de San José, se genera un recorrido que implica pasar por la capital de Puebla, espacio altamente urbanizado del que se puede mirar una gran cantidad de casas y lo que parecen ser fábricas sobre la carretera. A unos kilómetros del destino, se vislumbran automotrices, que de un primer vistazo lucen entre el vacío de viviendas a su alrededor, son construcciones claramente ostentosas con una sofisticación y tamaño que no se equipara con los cactus, árboles y pasto que adornan sus lados. Antes de la curva que nos introduce a la orilla del municipio es posible notar, grandes espacios perforados y labrados a destajo, maquinaria que escarba la tierra para poder obtener algo de ella. A propósito de ambas características, ya sea la de la industria automotriz o la minera, que se encuentra muy cercana a la comunidad, preguntamos a nuestros informantes clave si la presencia de estas genera algún efecto en la gente del lugar, cuentan que en realidad no se conoce que algún miembro trabaje para la minera o para la automotriz; no afecta ni para bien ni para mal.

Nos fue posible llegar a este lugar gracias a la compañía de una mujer originaria de Miahuatlán, que por petición de ella cada vez que sea mencionada será bajo el nombre de Diana B., ella nació y pasó su infancia en este municipio de Puebla de donde su padre y madre también son originarios y cuya raíz ha implicado tener como lengua materna el náhuatl. Conforme a su crecimiento y su dinámica personal Diana aprendió como segunda lengua el español, al ser bilingüe cuenta con la habilidad de andar entre las cosmovisiones propias de su lugar de nacimiento y de la Ciudad

de México que, en suma, a su sensibilidad y disposición, decidió acompañarnos como traductora en las entrevistas, guía en el recorrido del municipio, compartiéndonos su sabiduría sobre la región y características de la comunidad. A propósito de las características de Miahuatlán, nos comparte una breve descripción,

“Es un lugar de gente de campo, donde el maíz fue una fuente de trabajo y alimento”.

Diana B. nos explica algunos de los cambios que percibe con el paso del tiempo y cómo se transita del trabajo del campo, como principal fuente de alimento y sustento, a otras dinámicas laborales.

“Antes cuando yo era niña, estaba muy chica, se sembraba mucho maíz, ahora, con el tiempo, se siembra más caña, pero de esa que es dura, la que se lleva al ingenio y de la que sale el azúcar y el piloncillo. Hace más o menos diez años pasamos a la modernización, entraron las maquilas, ahora se escuchan las máquinas, donde quiera que pasas máquinas, máquinas. También regresa la gente de Estados Unidos, de las Vegas o de otros lugares donde trabajaron, ponen su negocio de lo que aprendieron, comida china, pizza, pastas, mariscos, de todo.”

El pan de *Burro* es un alimento muy característico de la región, pan de tradición con una forma delicada, sencilla y simbólicamente circular, hecho desde tanto que casi no se recuerda, tiene sabor a trigo y panela (o piloncillo), algunos le ponen un poco de manteca. Se llama pan de *Burro*, porque es el transporte que permitió durante mucho tiempo llevar este alimento a otros pueblos de alrededor. En el burro los panaderos podían recorrer uno o hasta tres días para vender su producto, entonces la gente que ya sabía cómo llegaba este alimento, pedía “*deme pan, pan de burro*”.

Un segundo informante clave de la visita al pueblo de Puebla es el señor Francisco Betanzo Correo, campesino experto en la siembra y cosecha del maíz, y expresidente municipal del año 1972 a 1975, quien con alegría se encuentra de acuerdo en que mencionemos su nombre, además es quien nos recibió en su casa por más de una semana para desarrollar el presente trabajo, él nos describe Miahuatlán como,

“un pueblo pacífico que lucha y que hace lo que piensa”

El señor Francisco, además, nos comparte su reflexión del cambio en el campo,

“Antes se sembraba mucho el maíz, jitomate y cebolla, pero las plagas no nos dejan sembrar igual. Hace más o menos 15 o 20 años que empezamos a sembrar la caña, seguimos sembrando cebolla porque no se llena tan fácil de plaga. Pero, el maíz, el tomate, el melón ya casi no, por qué se llena de plaga. Además, los comerciantes ya no compran igual el maíz y el jitomate. Tampoco la tierra es igual”.

Pese al cambio que se ha dado al menos entre esos 15 a 20 años, el señor Francisco no ha dejado de cultivar su maíz, el cual prefiere sembrar y cuidar antes que comprarlo. El maíz, fue y es parte de la vida cotidiana de la comunidad, es el emblema que representa el nombre de origen ancestral de este territorio diverso. Para mí, Miahuatlán puede tener entre sus tantas descripciones, la de un espacio cálido, silencioso, con cielos profundos y estrellados, relatos interminables y campos abiertos.



*Foto 2. Maíz cosechado por la familia del señor Francisco, informante del presente trabajo, el cual es desgranado para después molerlo para la elaboración de tortillas en casa de la familia. La foto fue donada por una de las nietas del señor Francisco.*



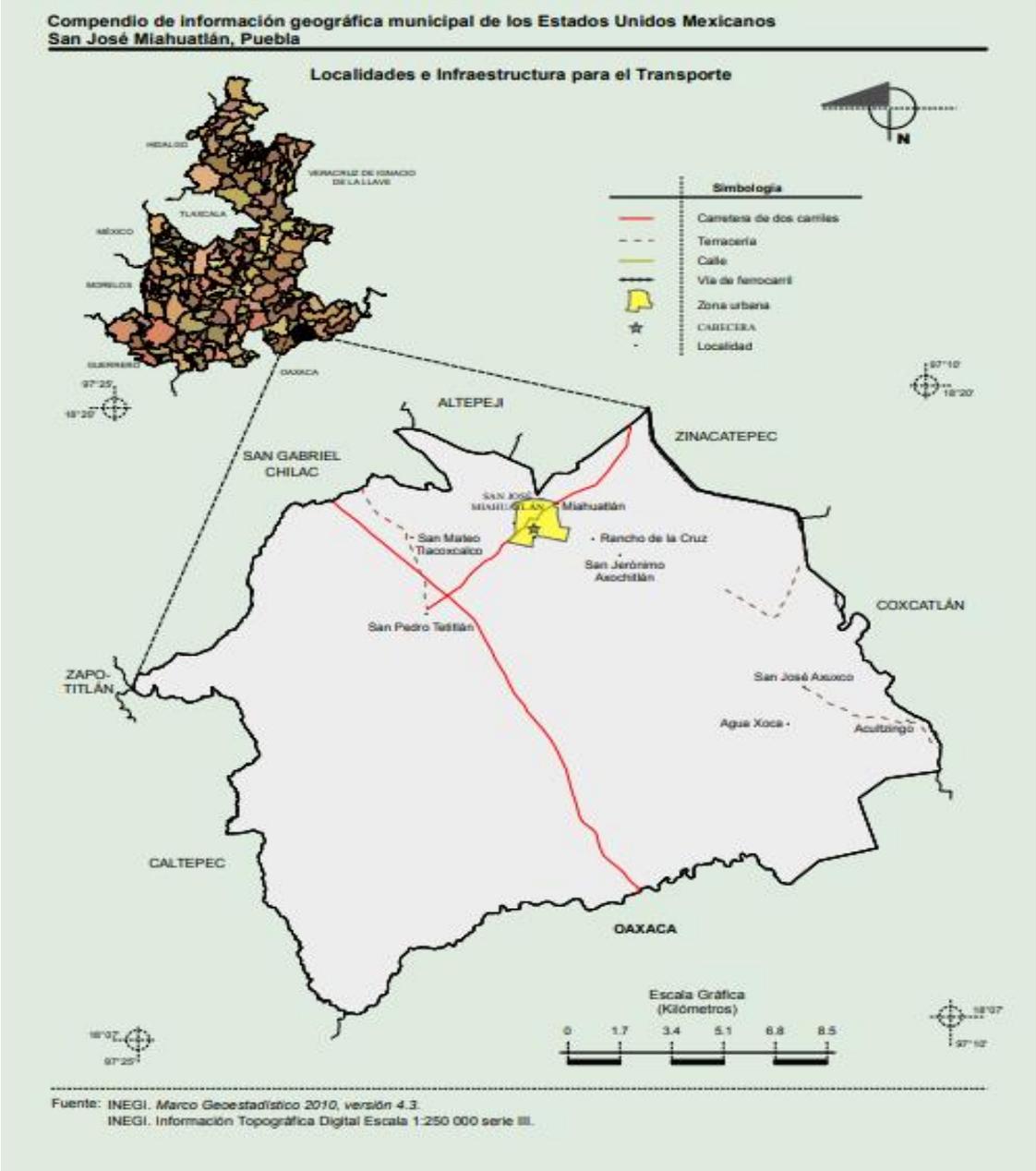
*Foto 3. Lugar en donde se siembra y se cosecha maíz, en San José Miahuatlán. Foto donada por una de las nietas del señor Francisco.*

### 3.2.1 Un lugar del territorio nacional



*Foto 4. El camino hacia el maizal y la bicicleta de la Familia del señor Francisco. Foto donada por una de las nietas del señor Francisco.*

El municipio de San José Miahuatlán, colinda al norte con los municipios de San Gabriel Chilac, Altepeji y Zinacatepec; al este con los municipios de Zinacatepec, Coxcatlán y el estado de Oaxaca; al sur con el estado de Oaxaca y el municipio de Caltepec; al oeste con los municipios de Caltepec, Zapotitlán y San Gabriel Chilac; además este municipio se encuentra en la Sierra Madre del Sur y está enmarcada por las Sierras Centrales de Oaxaca y la Mixteca Alta.



El territorio de Puebla y por tanto Miahuatlán se encuentra en el altiplano central, que, de acuerdo con López Austin (2004), se tiene registro de ser un espacio de grandes asentamientos de población náhuatl, por supuesto, existentes en tiempos previos a la conquista. De acuerdo con la información filológica encontrada por el antropólogo, fue un espacio muy favorable para la agricultura, al ser una zona artificialmente dotada de agua, con presencia de pantanos en agua dulce en la cual se desarrolló la técnica de siembra sobre el agua que lleva por nombre chinampas.

Es en esta zona del altiplano donde se encuentra registro de una fuerte actividad agrícola, encabezada por el cultivo del maíz, del que le seguían en orden de importancia el frijol, chile, calabaza y huauhtli. Esta actividad dedicada principalmente a la agricultura es la que permite la hipótesis de que “El complejo cuadro ecológico y la posibilidad de comunicación con otras regiones fisiográficas, principalmente con los próximos valles bajos del sur y con la región costera del Golfo de México, favorecieron el intercambio de productos y la expansión militar de la gente del altiplano”. (López, 2004 p. 54).

El antecedente sentado por López (2004), coincide con las características de la tierra descrita por el señor Francisco, quien relata que de su infancia a su adultez mucha gente del lugar vivía principalmente del maíz. Pero, también el relato del señor Francisco respecto al cambio de la forma de siembra a través del tiempo, coincide con los últimos datos del INEGI (2010), que señalan las características principales de la tierra, que para su uso agrícola es en un 80.34% no apta para la agricultura.

Esta localidad tiene un clima, mayormente cálido, que se percibe una vez llegando a la orilla del municipio y que incrementa conforme nos adentramos, motivo por el que es común ver a cualquier hora, quizá más por la tarde, gente sentada frente a su puerta tomando el *fresco*, ya sea escuchando el radio o viendo el cielo.

La comunidad es provista de agua gracias al Río Papaloapan, Río de agua salada que se filtra entre la tierra y que llega a acumularse en algunos cuerpos de agua, motivo por el cual una característica particular del suelo es el *solonchak* (el cual es

visible en la foto 5), es decir suelo árido y con gran contenido de sal, que está influido por el cambio climático. La fuente de agua para los habitantes es el pozo de Coyoatl, que irriga agua de forma irregular, por lo que es común que entre las casas sea un hábito acarrear el agua del pozo o de algunas pocas tuberías o tomas del lugar; razón por la que algunas familias persisten en lograr construir una cisterna que les permita juntar agua y con ello ocupar para el cotidiano, al respecto Diana nos comenta,

“no todos tienen agua”.



*Foto 5. Un ejemplo del suelo deshidratado entre el maizal. Foto donada por una nieta del señor Francisco.*

El flujo del agua es inconstante por lo que para regar la tierra de los que aun cultivan emplean otras formas de organización, al respecto el señor Francisco nos dice,

“Tenemos problemas con el agua. El agua se tiene que comprar. Por decirlo, el agua puede alcanzar un mes o dos para regar la tierra, pero después se tiene que comprar el agua por otros dos o tres meses. Para agarrar el agua tenemos horarios, una o dos horas y una o dos veces a la semana. Nos toca entre todos, ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios. Todo se organiza por directivas, tenemos 4 directivas, con las que la gente del municipio se pone de acuerdo, haciendo asambleas. Son los mismos que, cuando pasa algo malo lo resuelven con los policías, la gente del municipio y los del pueblo.”

Sumado, al reto que implica el uso del agua, Diana B. nos comparte su percepción respecto al esfuerzo que implica la siembra y cosecha,

“El trabajo es pesado. Es muy barato. Los que siguen son la gente grande, son los que saben, gente de 60 o 70 años.”

La vegetación es mayormente de matorral con una mezcla entre selva y pastizal, que influye en el aprovechamiento de la tierra para el ganado caprino y praderas cultivadas con maquinaria agrícola.

La migración es otra característica de la movilidad de la gente del pueblo, tales características del espacio pueden tener que ver con lo que se observa al andar entre las calles, con colores y matices entre café y rojo de las paredes de adobe; grises de ladrillos desnudos, con algunos tatuajes de *grafiti*; otros más entre verdes, azules y amarillos de pinturas sobre paredes de concreto, según cuentan, son casas de personas que regresaron tras años de trabajo en Estados Unidos y con el fruto de ese tiempo depositan el dinero en la construcción de una vivienda de más de una habitación o piso e incluso de un local comercial. En su conjunto esas construcciones reflejan momentos de la historia humana muy diversos entre sociedades preindustriales y la modernización de sociedades industriales y

postindustriales; cuyo resultado deriva en un espacio que se acrecienta en su zona urbana.



*Foto 6. Interior de la iglesia de San José. Foto donada por una de las nietas del señor Francisco.*

Su monumento emblemático, por mucho es la Iglesia de San José, que data del siglo XVI (INEGI, 2010) y se encuentra en la cabecera municipal. El señor Francisco, cuenta que el reloj que está en lo alto de esta iglesia llegó a partir de un concurso ganado en 1910, y de acuerdo con el relato es de origen suizo. Este reloj tiene desde

hace un tiempo la hora pausada debido a que lleva años averiado, sin embargo, su belleza no deja de ser admirable.



*Foto 7. Fachada exterior de la iglesia de San José, en el que se puede apreciar la fecha “1910” que indica la llegada del reloj que está arriba de este dato. Foto donada por una nieta del señor Francisco.*

Otro monumento, no datado por una fuente oficial, pero según nos comenta el señor Francisco, existe desde 1923, es el Kiosco del municipio, cuyos mosaicos recubren de colores su techo, y también se ubica en la cabecera municipal, rodeado de un jardín pequeño.



*Foto 8. Atardecer en el kiosco. Foto donada por una nieta del señor Francisco.*

De acuerdo con el INEGI (2010) el conteo de población y Vivienda 2005, el registro de hablantes de lengua indígena en el municipio de Miahuatlán corresponde a mazahua, mazateco, náhuatl y no especificado, con 9 061 personas. De manera oficial, es identificada como lengua predominante el náhuatl, lo que incluso influyó en la existencia de una de las dos escuelas primarias de la zona, llamada Emperador Cuauhtémoc, la cual está ante la Secretaría de Educación Pública (SEP) como bilingüe; la otra escuela primaria es la llamada Miguel Hidalgo y que según el relato del señor Francisco fue fundada en 1975, último año de su periodo como presidente municipal.

El náhuatl como lengua, así como las viviendas, la tierra, el campo y las personas, no está inmóviles el tiempo, pasa también por sus modificaciones, se yuxtapone a la movilidad ya sea por migración de un país a otro o entre municipios y diferentes localidades, lo que hace que tanto para Diana B. y el señor Francisco, se perciba como una lengua cada vez menos hablada entre los jóvenes y mucho más arraigada en adultos y adultos mayores.



*Foto 9. Maíz recolectado. Foto donada por una de las nietas del señor Francisco.*

### 3.2.2 Encuentros

Diana B. y yo emprendimos la búsqueda de personas que pudieran y quisieran compartirnos su experiencia de trayectoria médica (es decir, el proceso para la búsqueda de atención médica) vinculada a algún padecimiento o malestar de carácter psicológico. En el proceso encontramos, a partir de anécdotas y relatos de vecinos del señor Francisco, un amplio espectro de gente que en ese momento pasó o continúa experimentando sensaciones en su cuerpo como señal de algún malestar, que puede o no ser concebido como una enfermedad desde una mirada occidentalizada pero que sí afecta el cotidiano y por ello implica un asunto que requiere una opinión de otras personas para tratar de aliviar ese malestar o *illness*, como lo referimos con Kleinman en capítulos anteriores.

El resultado de esos encuentros derivó en 5 entrevistas, por su particular vínculo con condiciones de neurodesarrollo, como el de una mujer de 25 años y su hijo de 6 años de edad que pudo ser diagnosticado con síndrome de Down, después de una larga búsqueda de 2 años, en un hospital de Tehuacán, Puebla, ubicado a 2 horas del municipio donde realizamos el trabajo; la madre, previo a concebir a su pequeño, también experimentó una búsqueda de atención ginecológica poco exitosa que derivó en un aborto, el testimonio de esta mujer nos dejó más que claro que la búsqueda de atención médica, resulta complicada para atender más de un padecimiento.

Otro acercamiento ligado a estos casos fue el de un joven de 18 años, quien, a la edad de 7 años, recibió un diagnóstico de “retraso mental” y parálisis en la mitad de izquierda de su cuerpo. Dicho diagnóstico, fue resultado de una larga búsqueda de años de duda respecto a lo que ocurría con el entonces niño, y que gracias a la persistencia de sus padres pudo recibir una primera atención en el Hospital General Siglo XXI, de la Ciudad de México. Sin embargo, no fue suficiente para poder recibir algún tipo de intervención, en tanto que no se contó con algún servicio de atención especializada al alcance de la familia. Ante el panorama, son y han sido los cuidadores los que impulsaron al ahora joven a estudiar en la primaria del pueblo aledaño y ser un agente activo de la tienda de la familia.

También, tuvimos contacto con una mujer de 30 años, cuya principal actividad económica es la de ser costurera para las maquiladoras. Tiene como principal herramienta en casa una máquina de coser, donde trabaja mientras cuida a sus 3 hijos, uno de ellos un pequeño de 3 años, quien nació con dificultades cardiacas y una notable parálisis en sus piernas. El pequeño aun no desarrolla el habla y requiere de un apoyo constante para llevar a cabo las actividades cotidianas. Su madre continúa en búsqueda de atención médica que le oriente sobre lo que ocurre con el crecimiento de su pequeño, sin embargo, tal búsqueda siendo madre soltera ha resultado un reto complicado, principalmente porque los traslados a un hospital como el de Tehuacán Puebla, implica un costo que rebasa sus ingresos.

Además, recuperamos el testimonio de una mujer de 40 años quien, lleva cerca de 10 años cuidando a su madre quien justo en ese tiempo fue diagnosticada con Alzheimer, por un médico de una clínica privada en Tehuacán, Puebla. El progreso degenerativo propio de este padecimiento ha provocado una selectiva presencia de recuerdos en la madre de la mujer que nos ofrece este testimonio, entre ellos, la incesante búsqueda de su madre, que pese a que murió hace unos años, para ella sigue viva, la angustiante necesidad de encontrarla le impulsa a salir a cualquier hora ya sea por la mañana o la noche, asunto que complica que ande sola fuera de su casa. Entre otros recuerdos borrados se encuentra el de la existencia de sus 2 hijos hombres y su única hija mujer, quien con nostalgia cuida a su madre que a su vez, sin desearlo, la ha olvidado. Ambas, madre e hija hablan escasas palabras en español, por lo que la comunicación con médicos o personas fuera de la región resulta complicada, en tanto no se habla el mismo idioma, además, la explicación sobre el padecimiento que el médico ha ofrecido no resulta fácil de asimilar para saber cómo lidiar con los síntomas. El cuidado, en consecuencia, resulta cada vez más complicado por la necesidad de tenerla recluida en casa ante las pocas opciones posibles de atención médica que van entre la barrera del idioma y un recurso económico escaso.

Por último y después de una reflexión que implicó lidiar con las emociones que tanto como a Diana B., y a mí nos generó el andar entre estos relatos, por la sorpresiva

pero comprensible situación de encontrarnos con una asombrosa facilidad con casos vinculados con condiciones de salud complicadas y las barreras estructurales que se interponen en la búsqueda de respuestas de gente persistente en comprender lo que ocurre en sus cuerpos; se decidió seleccionar el siguiente caso, por considerarlo paradigmático.

### **3.2.3 Una mujer envuelta en remolinos**

Laura es una mujer que al momento de la entrevista tenía 45 años, habla escasas palabras en español y su lengua principal es el náhuatl. El papel de Diana B. es fundamental para ayudarnos a escuchar el relato sobre su experiencia. A partir de la interlocución que mantuvimos durante dos días de entrevistas, encuentros, recorridos y exploración para la observación y recuperación de notas y diario de campo, es que se reconstruye este relato sobre su experiencia en el ir y venir de una atención médica que le oriente ante la condición que le afecta.

Laura accedió a compartirnos su experiencia, sin embargo, con el objetivo de resguardar su identidad, optamos por el uso de un seudónimo, por lo que ese dato queda reservado para nuestra experiencia personal, así que Laura es el seudónimo de nuestra compañera en la reflexión de una parte de su historia de vida.

Laura es la hermana mayor de 4 hermanos, nació en 1973 en San José Miahuatlán, Puebla. De los primeros 9 años de su vida sabemos poco, acaso alguna experiencia de juego entre las niñas del pueblo y ella, que formaron lazos que no se han roto con el paso de los años, pese a la movilidad que se desató por cuestiones laborales para mucha de la gente de la comunidad; de esos lazos persiste una amiga, juntas nos comparten su experiencia jugando fuera de la casa donde nos encontramos haciendo la entrevista, se desatan grandes sonrisas que por un momento nos permitieron compartir emociones que sin duda rompen por un instante con las barrera de lenguaje que nos dividen.

Los encuentros y la charla con Laura suceden en su casa, con la compañía intermitente de su familia, personas que se dedican a trabajar en la siembra y

cosecha de maíz y otros alimentos. La casa de Laura es un espacio acogedor, compuesto de dos pisos que nos abrazan entre el aroma de ollas con frijol y comal con tortillas que se desprenden desde la cocina en dirección a uno de los cuartos y que se filtra entre el ropero, un espejo y la cama, espacio en el que suele descansar nuestra anfitriona y desde donde nos permite reconstruir algunos fragmentos de su historia de vida.

A los 10 años el cuerpo de Laura empezó a experimentar lo que ella llama “ataques”, lo que sucedió en presencia de su familia y que se mantiene en sus memorias de manera muy vívida. Mientras platicamos sobre esta memoria, nos encontramos en la cocina, acompañando al padre, madre y hermanos de Laura mientras se alistan preparando comida para salir de paseo; tras apilar algunas tortillas en una canasta, hace una pausa una de las hermanas y se escucha con un tono de preocupación,

“no sabemos por qué paso. Fue en el campo”,

los padres afirman que,

“el aire fue lo que le dio”.

Tras las frases sueltas, nos describen que lo que ocurrió fue un ataque por medio de un “aire”, y que a partir de ese suceso algo cambio de manera determinante en la vida de Laura.

Al respecto de esta cualidad que tiene “el aire” y que ha impactado sobre el cuerpo de Laura como generador de un malestar o “ataque”, se refiere a una concepción perteneciente a una cosmovisión no occidentalizada y bajo un marco de referencia históricamente construido desde espacios mesoamericanos, tal marco fue establecido sobre una antigua concepción del cuerpo humano. El “aire”, representa algo que afecta más allá de la cualidad física (es decir, más que solo un gas que viaja a una velocidad e impacta sobre superficies, cuerpos o distintos objetos, a una determinada temperatura).

De acuerdo con Martínez (2015), un “aire”, entre los nahua hablantes, puede ser expresado como una ráfaga de viento, ehecatl o ehecameh, y se puede asociar con la suciedad, malignidad o desorden como tlazolehecameh o aires malos, fuerzas sobrenaturales negativas provenientes de riñas, envidias o hechizos; asunto que coincide con López Austin (2004), quien señala que “el aire” se vincula a cuestiones de afecciones de salud o motivos por los que ocurren acontecimientos negativos, y es parte fundante de la creencia de que muchos de los malos aires están relacionados a entidades anímicas tras la muerte de una persona, además es perteneciente a la dimensión fría (referente a la relación entre lo frío y caliente que describimos en el capítulo anterior); tales entidades suelen ser adquiridas por la gente que se encuentra caminando, ya sea entre los árboles o la siembra, así como quienes se encuentran cerca de un entierro o funeral. También, está asociado “con fenómenos naturales como los truenos o relámpagos, lo que hace necesaria la limpia como medio de reordenamiento o restauración del equilibrio del orden natural, del medio y de los sujetos afectados” (Martínez, 2015, 58).

El “aire” lo pueden contraer personas con alguna vulnerabilidad física, o que llevaron a cabo acciones que afectaron negativamente a miembros de su comunidad ya sea por chismes, enojo, lenguaje agresivo o actos de brujería (Martínez, 2015). De acuerdo con López Austin (2004), estos malos aires se adhieren al cuerpo y dañan a quien lo adquiere, entre sus efectos, está la inflamación visible de partes del cuerpo y se vincula a motivos de muerte, cuando estos malestares se agravan.

El “mal aire” o simplemente “aire”, así como tiene un significado a partir del vínculo con deidades frías de la cultura náhuatl, ha desencadenado, a lo largo del tiempo, mecanismos que permiten detectar quien lo porta y, por supuesto, métodos de intervención manejados por expertos que lo tratan. Son los curanderos quienes a partir de un tratamiento pueden desprender del cuerpo del afectado a la esta entidad no humana.

Entre las acciones que realizan los curanderos para combatir a las entidades, López Austin (2004) nos comparte que es a través de una “limpia del aire”, la que conduce

a la cura, “si el portador se limpia todo el cuerpo con yerbas, se abandonan (las entidades que están en el cuerpo) tras haber escupido sobre ellas (p.300). También se ocupa la representación de estas entidades en papel recortado (Mar, 2015). Las acciones descritas son parte de rituales que tienen el objetivo de manipular y sacar a los espíritus del cuerpo, lo que permitirá que la persona afectada pueda recuperarse del mal que le aqueja a consecuencia del “mal aire”.

Son estos antecedentes sobre el “aire”, algunos de los elementos que atraviesan parte del relato sobre los primeros síntomas que vive Laura, quien por su parte y en un momento a solas detalla la forma en la que vivió su primer “ataque”.

“Fue el remolino, me agarró y tiró. Vi a alguien que estaba en el remolino, una persona, solo vi lo negro”.

Laura describe que fue absorbida y movida por un remolino, tal remolino la movió entre su aire, entre el movimiento vio una silueta similar a una sombra que le acompañó dentro, después de ello cayó al suelo del campo. De ese día no recuerda más, salvo lo que dice su familia y las imborrables emociones que persisten en cada ocasión que se presentan eso que ella nombra “ataques”, entre esas emociones está el miedo cuando la sombra o el viento se aproxima a cada “ataque”.

Las sombras al igual que “el aire” pertenecen, también, a una antigua concepción del cuerpo humano y están interrelacionadas, principalmente, con una de las variantes del “aire”, el “aire de la noche” o ihíytl, al respecto López Austin (2004), señala que el papel de la “sombra” es el de generar los daños en el cuerpo; además, es del “muerto” del que emana la sombra. Motivo por el que “el muerto” y “el aire” están relacionados en la actualidad a males que requieren de una “limpia”. El papel de las sombras, o tonalli, que surge tras la muerte, es el de vagar, posiblemente en búsqueda de lo que ha perdido, “también se afirma que la “sombra” que envuelve y protege al “aire de noche” permite deambular a los fantasmas por el mundo (López Austin, 2004).

En el caso de Laura, la sombra le genera mucho miedo pues siente que se le manifiesta “el muerto” asunto que nos permite imaginar el terror que provoca ver algo cuya representación tiene una carga de efectos devastadores y muy peligrosos. Por la manera en la que se presentó el “ataque” los papás de Laura, consideraron que la persona idónea para atenderla era el curandero, por lo que fue la primera persona en darle atención a este malestar. El curandero de la comunidad, le dio atención realizándole una “limpia”. Después de este ritual, Laura se mantuvo estable y durante un tiempo no presentó ataques.

Respecto a las personas que atienden en Miahuatlan los problemas de salud como el “empacho”, “aires”, “males de ojo” y otros malestares, Diana nos comparte que en la actualidad quedan muy pocas personas que curen de “un aire”, entre ellos, se encuentran dos curanderos, que participaron en las limpiezas para Laura en más de una ocasión, a lo largo de su vida.

Después del primer “ataque” de Laura pasaron 10 años para que viviera una segunda experiencia de este tipo, que desencadenó su presencia permanente. Mientras tanto, más adelante en inicios de su adolescencia, a los 13 años empezó a trabajar en la Ciudad de México, en un local de servicio de lavado y planchado en compañía de una tía, en el transcurso de medio año aprendió mucho del español que emplea actualmente, al pasar esos meses regresó a San José. Tras su regreso se involucró en las actividades domésticas, y del campo en la siembra y recolección de maíz, hasta que se casó.

Laura se casó a los 15 años, después de ello tuvo su primera hija, un hijo a los 17 años y otro más a los 18 años. Desde el inicio de su matrimonio la violencia en casa por parte de su esposo fue algo cotidiano hasta su separación, ello llevó como consecuencia el fallecimiento de su último hijo y a la par se sumaron a su cuerpo malestares cada vez más graves. A los 20 años se presentaron nuevamente los “ataques”,

“ya no hablaba bien y me dolía más mi cabeza”.

Ante este malestar retomó la atención con los curanderos de San José, pero pese los intentos, a los 21 años, se intensificaron en frecuencia esos dolores. En esos momentos su pareja la golpeaba continuamente y evitaba que ella acudiera a otros espacios para recibir atención con cualquier persona ya fuera el curandero o un biomédico. La violencia, con su amplio espectro de alcance no solo afecta a una persona, como en el caso del hijo de Laura, a quien la violencia le tomó la vida.

“Su papá tomaba mucho, me pegaba. Un día le pegó, se cayó a las brasas y se murió. Se pegó en la cabeza, y no se pudo levantar. Murió a los 2 años (de nacido)”.

Después del fallecimiento de su hijo y el paso del tiempo, se agudizó la dificultad de expresar palabras con claridad, pues continuamente se sofoca mientras habla, además se intensificó el dolor en la cabeza y se hizo parte de su cotidiano, el malestar la inmovilizaba en todo el cuerpo y las limpiezas mostraron su límite, pues los intentos no disminuyeron ningún síntoma. Al parecer la familia identificó que el mal que aqueja a Laura, no es “un aire”, pues, en las conversaciones entre la familia y Laura, nos sugieren, que en caso de ser “un aire”, ya lo habrían resuelto los curanderos. Es en este momento del contacto y plática de la visita a casa de Laura, que podemos recordar parte de las reflexiones de Ramírez (2008), en torno a la manera en la que las personas tras elegir entre un sistema de atención tradicional o biomédico, acorde a la gravedad y complejidad del padecimiento, se enfrentan a servicios de atención inestables en infraestructura, recursos e insumos para la evaluación, diagnóstico e intervención ante un malestar, tales elementos son los que intervendrán en el resto del proceso por el que atraviesa Laura.

Fue entonces necesario para la familia acudir con un biomédico, sin embargo, su primera consulta no le aclaró nada, del médico no recibieron una explicación o idea general que permitiera disipar el miedo a los malestares que vive Laura,

“no dijo nada. No dijo nada. No más unas pastillas me dio. Me dio pastillas y ya”.

Laura nos comparte que para llegar al médico tuvo que salir de San José para ser atendida en Tehuacán, un médico general le recetó unas pastillas, para el dolor de cabeza. Llegar a recibir una atención biomédica en este caso implicó una serie de acciones conjuntas para la familia, desde decidir salir de la comunidad en búsqueda de un poco de alivio; lidiar con las condiciones de movilidad que implican el traslado, la impredecible presencia de los “ataques” así como la dificultad para caminar; en conjunto esto representó un reto en términos económicos, por los costos que implica, el transporte, atención y medicamentos, sumado a las barreras de lenguaje, ya que el médico que atendió en esta experiencia a Laura no habló náhuatl y Laura su familia, pese a que conocer palabras en español no les fue sencillo identificar todo lo mencionado por el médico cuya explicación resultó poco accesible a la familia. Al respecto de lo que nos comparte Laura surge un comentario, con ligero tono nostálgico.

“Fue hace mucho. Hace mucho.”

En consecuencia, encontró mayor confort para sus malestares en las servilletas que borda y en la compañía de su familia.

A los 34 años, una caída por uno de los “ataques”, la dejó sin movimiento

“no se levantó” -menciona su hermana- “A partir de ese momento es que ella no se levantó.”

Nuevamente, el remolino la tomó, vio una sombra y le siguió una caída, de nuevo en el campo al recobrar el sentido después de unas horas, su cuerpo respondió diferente,

“Fue después de la caída. Ahora no veo bien, veo borroso. Veo como la tele que no agarra bien el canal, veo borroso.”

Su hermana comenta,

“ve así, yo creo, porque pasa mucho tiempo sentada, y se marea. Es porque se marea. Todo el tiempo se marea, siente que la tierra se está moviendo. Todo el tiempo.”

Durante los años que estuvo con su pareja, Laura no podía buscar atención con libertad, salir del pueblo era complicado, no contaba con recursos económicos para poder trasladarse, los ataques eran constantes, de los 20 años a la fecha, en un día pasa por al menos 2 o 3 de ellos, y pueden ocurrir hasta 7, ya sea dormida o despierta. Su movilidad en el cuerpo es cada vez más reducida por lo que tiene pocas oportunidades de una actividad remunerada que le permita tener un recurso para emplearlo en su atención médica. San José Miahuatlán, de acuerdo con datos del INEGI (2017), solo cuenta con 1 clínica de atención médica general con solo un médico general para poder atender a la población total; la clínica más cercana que cuenta con atención médica de especialidad y de carácter gubernamental es la ubicada en Tehuacán, Puebla, que se encuentra a 2 horas de distancia, ello requiere aproximadamente \$200 pesos para llegar, más el costo de los alimentos, y cuidados que implica la propia condición.

Sin embargo, tras perder la movilidad en el cuerpo y requerir el uso de la silla de ruedas, su esposo decidió vivir y estar en otro espacio, generando un cambio para la vida de Laura, por tener la oportunidad de vivir con su familia.

Actualmente vive con su familia, quienes son su principal apoyo en el acompañamiento de la ruta de atención médica. Su familia, en conjunto ha intentado por todos los medios posibles encontrar un espacio de apoyo a Laura, en el servicio público. En los años transcurridos resultó muy complicado encontrar una respuesta que ayudara a saber lo que ocurre, en principio porque el padre explica que *“los doctores son pocos, y los que hay no dicen nada”*. Fue en Tehuacán, Puebla, el lugar donde encontraron un especialista en una clínica privada para poder recibir atención, ellos supieron de ese médico por recomendación de un conocido.

Retomando que, de acuerdo con lo relatado por Laura,

“a partir de los 35 años fueron cada vez más fuertes. Ya tengo más de diez años con esta enfermedad que ya se manifestó más”

A los 43 años, Laura recibió la última consulta con un neuropsicólogo, los padres nos comentaron que el médico identificó un gusano en la cabeza llamado cisticerco.

Los cisticercos de acuerdo con Sartí y Gutiérrez (1998), pueden ser adquiridos por el organismo humano por el consumo de diversos alimentos contaminados, principalmente de carne con larvas, cuyos huevecillos se desarrollan y penetran la pared intestinal alojándose en diferentes tejidos y órganos, los cisticercos al desarrollarse pueden migrar a diferentes músculos, incluyendo el cerebro y en consecuencia, de acuerdo con Saavedra et al. (2010) se pueden manifestar en el cuerpo algunos síntomas, entre ellos dolor intenso de cabeza (cefalea), vómito, convulsiones, alteraciones visuales, alteraciones de la memoria, de la conciencia motora y sensitiva involucrada en el movimiento del cuerpo y la forma en la que se perciben los estímulos en el ambiente natural y en interacción con otras personas. Además, los cisticercos pueden provocar un efecto en el cuerpo que implica acumular más de un síntoma de los antes mencionados y en consecuencia producir síndromes de hipertensión endocraneana (involucrado a una inflamación grave del cerebro), epilepsia focal (vinculado con descargas eléctricas en zonas específicas del cerebro), y meningitis basal (es decir, una acumulación atípica del líquido cefalorraquídeo que protege entre sus capas al cerebro) estos síntomas son los más graves de acuerdo con los autores Saavedra et al. (2010) y, Sartí y Gutiérrez (1998).

Algunas certezas sobre la propagación de los cisticercos señaladas por Sartí y Gutiérrez (1998) y Saavedra et al. (2010) tienen que ver con las condiciones de higiene en las viviendas relacionado con la presencia de materia fecal, así como condiciones ambientales. Tales condiciones de higiene y de estado de los alimentos de acuerdo con Flisser (2011) fueron los principales factores involucrados en que, en nuestro país, la *Taenia solium* el parásito que causa la cisticercosis humana fuera parte de un problema de salud pública entre los años 1943 y 1973, con una cumbre

entre los años 1981 al 1990. Este asunto implicó medidas por parte de la Secretaría de Salud (Flisser, 2011), por medio de una campaña publicitaria gubernamental que señalaba en panfletos impresos propagados en el país, recomendaciones para la prevención promoviendo medidas de higiene en los alimentos; precaución en el trato a la carne de puerco, la crianza de cerdos, medidas para el sacrificio de estos animales para su venta y el cuidado de la carne que se refrigera; así como hervir el agua del grifo, lavado de manos, limpieza de frutas y verduras, y la promoción de ocupar lugares específicos para el depósito de las materias fecales. Actualmente, de acuerdo con Flisser (2011), la cisticercosis ya no es considerada como un problema de salud pública, aunque no deja de presentarse entre la población del país.

Sin embargo, pese a lo documentado por Flisser (2011), Saavedra et al. (2010) y Sartí y Gutiérrez (1998), esta información en torno a lo que implican los cisticercos en el cuerpo humano, no llegó con claridad o de modo accesible a Laura o a su familia, tras ser evaluada por el especialista. También, es importante destacar que en los periodos en los que la cisticercosis fue detectada como un problema de salud pública, coincide con el periodo en el que nació y ha crecido Laura, por lo que, al parecer, pese al intento de una campaña publicitaria con cobertura nacional, nos surge la pregunta de qué tan accesible fue esta información para las personas hablantes de lenguas indígenas.

Además, de la complejidad de la afección que desencadena la cisticercosis en el cuerpo, nos resulta importante reflexionar sobre los recursos necesarios para la prevención del desarrollo de estos parásitos, ya que se vincula con el uso del agua para limpieza de alimentos y el riego de lo que se siembra. El agua es un recurso limitado en las viviendas de Miahuatlán, como lo comparten los testimonios a lo largo de nuestras conversaciones con Diana y el señor Francisco, así como los datos arrojados en por el INEGI (2015), al respecto nos preguntamos qué tan fácil es sortear los cuidados sanitarios promovidos por el gobierno cuando un recurso tan elemental como el agua, es escaso; resulta más que un asunto de higiene o mera limpieza, es un asunto de acceso a un recurso esencial para una buena parte

de las necesidades humanas y de buena parte de los organismos, a la que como es sabido no todos tenemos acceso incluyendo San José Miahuatlán.

Hasta ahora es posible identificar la interrelación de problemáticas que pueden atravesar un padecimiento. La ruta de atención que ha recorrido Laura ha implicado andar entre las complejidades de las estructuras sociales atravesadas por la violencia presente en el círculo familiar, la limitada atención médica en la comunidad y la diversidad cultural que no suele ser una premisa principal en la atención biomédica y que se refleja en la experiencia de Laura cuando se llevó a cabo el diagnóstico, respecto a este último punto, su hermana lo recuerda,

“Apenas hace 6 meses la intervinieron, <sup>5</sup>la metieron en el ropero, el espacio en que le hicieron el examen médico cuando le dijeron que tenía el gusano en la cabeza”.

Laura lo recuerda como,

“Me hicieron un estudio. Me metieron en algo. Me revisaron la cabeza”.

A partir de la revisión recibió un medicamento, que solo se encuentra en Tehuacán, que no siempre puede tomar, y del cual no quedó clara su función. Además, tampoco es posible recibir más consultas porque el costo del especialista sumado al traslado y los estudios rebasan los ingresos de la familia, por lo que encontrar el especialista no fue una solución sino un nuevo camino que recorrer, al respecto nos menciona su hermana,

“El tratamiento es muy caro. Cuesta mucho dinero. También queríamos saber por qué ella estaba así, por qué no camina. Dijeron que a la mejor una terapia le ayudaría. Pero, es muy caro”

---

<sup>5</sup> Parte de la evaluación para diagnosticar a Laura implicó que se le aplicara una resonancia a su cerebro, por lo que la introdujeron a un tomógrafo, cuya referencia más cercana fue “El ropero”, por su función de guardar, ya que fue la primera experiencia con este aparato.

Tras la evaluación que se realizó para obtener la imagen del cerebro de Laura y pese al diagnóstico inicial que indica que los cisticercos son la causa de sus padecimientos, no fue claro para la familia ni para ella, saber qué es eso a lo que el médico se refiere por cisticerco o gusano en la cabeza, asunto relacionado a que el médico se comunicó en español razón por la que poco del mensaje fue accesible ya que al ser el náhuatl, la principal lengua que habla la familia, la comunicación entre el médico/paciente y familia, amplía la dificultad para el acceso a atención médica adecuada, pues el entendimiento entre ambas partes es una barrera.

Para la familia, no fue posible comprender a qué se debe que el gusano llegara a la cabeza de Laura, cómo llegó a esa parte de su cuerpo, qué efecto tiene y por qué ese gusano está relacionado a sus síntomas, qué es una resonancia y el aparato en el que tuvo que entrar para poder ser evaluada, e incluso por qué esa resonancia y objeto no le ayudaron a cambiar su malestar. Sin embargo, pese a las dudas que quedaron en el aire, se ha intentado dar continuidad al tratamiento que hasta ahora ha derivado en el consumo de los medicamentos, pese a que sigue sin ser claro cuál es su efecto,

*“tomo mis pastillas y ya. Tomo mi tratamiento. Todas las tardes tomo una pastilla, clonacepina”*

La llegada del medicamento a Laura le ha permitido sentir menos dolor, en su cuerpo; pero no han disminuido los continuos ataques y las huellas que deja en su experiencia,

*“empiezo con miedo, cuando empieza el ataque, empiezo con miedo y mi corazón late muy fuerte. Me agarro de algo y no quiero que me dejen sola. Porque me da miedo. Dura una hora el ataque. Antes de que me dé, veo algo. Durante el ataque veo que pasan personas, y durante el ataque siento que se mueve el piso”*

Tampoco el medicamento ha disminuido sus problemas de sueño, donde las peticiones a Dios, por ayuda le dan la sensación de poder descansar,

“Rezo a dios para que me ayude. Cuando duermo, me muerdo, me lastimo porque mis dientes son muy fuertes. Sigo viendo la misma persona que vi en la primer ocasión”

Continuar viendo la silueta de esa persona cuando se presenta el “ataque” o cuando intenta descansar le provoca miedo, pues siente que “el muerto” se le manifiesta, se siente en peligro y piensa que algo más grave que la convulsión puede ocurrir, a ella o a su familia.

Incluso no ha disminuido la sensibilidad al ruido

“Los tambores y los sonidos fuertes no me gustan. Si alguien grita, llora, no me gusta. Me gusta el sonido de los pájaros cuando cantan, cuando el agua se junta y la guardo. Cuando otra persona ve la tele yo siento feo, me da miedo por lo que escucho, escucho mucho ruido. La música no me gusta, escucho puro ruido”.

El rezo y la compañía de su familia en esos momentos de desasosiego e incertidumbre es la ayuda que le hace sentir bien. En ese sentido por la reflexión que surge al recordar su camino, Laura se pregunta qué más puede hacer después de recibir su diagnóstico, ya que su visita al médico, aun no le ayuda a saber qué le pasa

“me dejó con el pendiente, no entendí por qué no me curo.”

Laura y su familia, hablan de los “ataques” y la forma en la que viven su cotidiano como algo a lo que claramente están adaptados, la familia se sigue preguntando por qué pasa por esto, buscan más que solo un tratamiento, una forma de entender lo que ocurre.

Al parecer, Laura ha iniciado un proceso de atención que requiere de más pasos para poder afinar el diagnóstico, ya que la primera evaluación permitió que se detectaran los cisticercos en el cerebro, sin embargo los médicos requieren evaluar otros elementos que determinen el estado de su organismos y los métodos que le

conduzcan a un tratamiento, es por este motivo que el médico que atendió a Laura, les pidió que acudieran más ocasiones para la revisión, sin embargo cada consulta implica un conjunto de acciones e insumos con los que no siempre se cuenta.

## **Capítulo IV. Discusión y conclusiones**

### **4.1 Entre espigas de maíz, remolinos de viento, sombras y la exclusión social en salud**

Empezamos este estudio con una pregunta amplia y poco delimitada, y enfocada a viejas y valiosas discusiones respecto a la forma en la que se han dotado de sentido los conceptos de salud y enfermedad, el efecto que provoca etiquetar a alguien en un determinado padecimiento, cuáles son las cosmovisiones y estructuras de poder que entretejen la subjetividad en la experiencia de la enfermedad. Además, nos preguntamos de qué modo esto ocurre en los espacios subalternos, de resistencia y no hegemónicos, de los pueblos indígenas del país. De allí comprendimos que para encontrar respuestas no bastaba la búsqueda documental, sino que era necesario complementar nuestra reflexión y acudir a un espacio, “donde las estructuras profundas de la cultura se encuentran a flor de piel y se pueden detectar” (Falla, 2010, p.189).

Con ese objetivo, emprendimos la búsqueda y exploramos un espacio en el estado de Puebla, el cual nos otorgó una confrontación directa con elementos estructurales que influyen en el acceso a los servicios de salud, nos mostró elementos de una cosmovisión y su funciones para construir marcos de referencia y como un arma de acción y resiliencia ante las limitadas condiciones del sistema de atención médica pública y, en consecuencia, ello nos dirigió a encontrar herramientas de análisis complementarias que nos permitieran navegar entre los elementos propios de una cultura que cuenta con su representación de la salud y la enfermedad dentro de un plano no hegemónico y las dificultades en el acceso servicios médicos de calidad.

#### **4.1.1 De la búsqueda a la selección de un caso**

A partir de nuestra búsqueda llegamos a las primeras entrevistas, las cuales nos proporcionaron marcos de referencia sobre los posibles retos a los que se pueden enfrentar las personas que viven en Miahuatlán cuando deciden acudir a una atención médica para tratar sus malestares. Y vimos que, de entre los relatos, emergen al menos dos factores percibidos como graves por las personas, a saber:

(a) la relación entre el médico, paciente y familiares y, (b) el acceso a un servicio médico.

En la relación entre el médico, paciente y familia, los relatos nos invitaron a pensar en la forma en la que se interponen las maneras de comunicar, en lenguas distintas, expresiones de realidades distintas. Ya que las personas que lograron tener contacto con los médicos en clínicas de atención privada y pública, expresaron que les fue difícil entender los términos empleados por el médico, debido a que solo hablaron español y nuestros informantes pese a que pueden expresar palabras en ese idioma son prácticamente monolingües del náhuatl, por lo que el empleo de conceptos fuera de contexto no permitieron construir un sentido para aclarar las acciones a ejecutar respecto a lo que les aquejaba y, en consecuencia, nos deja la impresión de que los especialistas desconocen los marcos de referencia de los pacientes para poder explicar, desde ese mismo contexto, lo que detectan respecto del malestar.

El segundo elemento que se encontró en común entre las primeras conversaciones corresponde a tener acceso a un servicio médico. En este caso, el reto fue mayor cuando esto dependía de contar o no con el dinero necesario para pagar el transporte que les pudiera trasladar a una clínica fuera del pueblo. Además, si se trataba de acudir a una clínica privada la dificultad aumentaba pues, adicionalmente, implicaba pagar la consulta y los medicamentos prescritos. A todo, esto se suma el reto de tener el suficiente conocimiento sobre el tipo de especialista, los servicios médicos ofrecidos y el efecto de los fármacos empleados para el tratamiento.

De acuerdo con estos primeros relatos, los datos recorridos y la información del INEGI (2015), comprendimos a que se debía la expresión hecha por uno de nuestros informantes, “en el pueblo hay pocos doctores y los que hay no curan”. Pues, además del camino a recorrer para recibir una atención de este tipo, acudir al médico no siempre es garantía de resolver el malestar, tal como le ocurrió a una de nuestras informantes que cuando acudió con un médico en un consultorio privado en el pueblo, éste le prescribió un medicamento que, de acuerdo con el testimonio

recogido, le provocó el aborto del bebé que esperaba. Para ella, esa experiencia le provocó miedo y desconfianza para atender otros malestares después del aborto que vivió, ya que el rumor, según nos informaron, es que el médico pudo provocar los abortos de otras mujeres de Miahuatlán.

Ambos factores detectados en nuestro recorrido nos otorgaron herramientas para observar, en un primer acercamiento las complicaciones que se presentan cuando las personas deciden acudir al médico para poder atender un malestar y atraviesan por el reto de poder hacer uso de sus incipientes recursos económicos sin certeza de solución o claridad sobre lo que ocurre dada la distancia existente entre el lenguaje y los marcos de referencia.

Entre las charlas nos encontramos con el testimonio de Laura quien nos ayudó a comprender cómo vive su padecimiento, las rutas y retos que enfrentó para encontrar a un especialista que pueda atender lo que le ocurre, y así compartimos el inicio de su camino a una nueva aventura relacionada con el seguimiento de su tratamiento. Conocer su caso nos hizo saber las aristas que pueden atravesarse cuando se requiere de atención médica en un espacio ampliamente rural en el que los servicios médicos públicos tienen una muy pequeña presencia. También nos permitió cuestionarnos sobre cuántas personas pueden estar ahora mismo atravesando por dificultades en el acceso a un servicio de calidad y la forma en la que esas dificultades pueden ser determinantes y afectar la forma en la que viven y se desempeñan las personas.

Al hacer la revisión documental con relación a las condiciones socioeconómicas y las características culturales de la cosmovisión náhuatl, comprendimos que el caso de Laura puede permitirnos abordar aquellas dimensiones y características que sabemos implica el proceso salud, enfermedad y atención. El caso nos otorga la posibilidad de cuestionarnos no solo sobre la particular experiencia de nuestra informante sino de las otras muchas personas que pueden verse afectadas por una omisa mirada a la pluralidad étnica que tiene nuestro país.

Pensamos en la pluralidad étnica como una pluralidad de pensamiento y cosmovisiones que participan en el territorio nacional y que están vinculadas a formas de accionar y vivir en el mundo, que merecen no ser excluidas o vistas como exóticas o inertes en el tiempo. Pensamos en la pluralidad étnica como parte de la condición humana o, como diría Echeverría (2013), de su función vital, que implica apropiarse de los espacios sociales donde se construyen acuerdos e interacciones que delimitan nuestras pautas de acción. Dichas pautas merecen ser reconocidas y en consecuencia ser incluidas en la promoción de la salud, no como un acto colonizador o aleccionador, sino como parte del diálogo y la construcción de acciones encaminadas al bienestar.

Es por lo anterior que integramos en este proyecto el caso de Laura como parte del compromiso ético que ha implicado escuchar una parte de su testimonio. Lo compartimos para sentar un antecedente que esperamos genere puentes hacia la promoción de la salud inclusiva e inclinada a la interculturalidad.

#### **4.1.2 Los padecimientos entre espigas de maíz**

Como lo mencionamos en el capítulo tres, la principal lengua en San José Miahuatlán es el náhuatl, y además existen antecedentes de que desde tiempos previos a la conquista, el estado de Puebla contó con asentamientos de población nahua en todo su territorio, por lo que en el municipio en que exploramos es claro que no solo se cuenta con una lengua dominante, sino con una cosmovisión y modo de vida que marca las pautas de acción del pueblo y, en consecuencia, como diría Bruner (2004), el conocimiento de su mundo implícito.

#### **4.2 Las transacciones y la comunicación con el aire, la sombra y el cuerpo**

Por la gran concentración de la población nahua, es inherente a las transacciones la presencia de esta cosmovisión y, en el caso de Laura y su familia, encontramos una cercanía profunda en las formas de vivir y explicar los procesos de salud-enfermedad que se presentan. Todos coinciden en que el aire fue el que provocó los ataques a Laura, el aire fue visto y experimentado por ella, sus papás y

hermanos. Para Laura, los ataques que vive y que le provocan un descontrol en sus movimientos y un desmayo, vienen acompañados de una sombra con la silueta de una persona a la que llama *muerto*, el muerto es quien le acompaña y le anuncia que nuevamente ocurrirá el ataque.

Al respecto de esto, no ponemos en duda el relato de la familia que abiertamente nos comparte lo que ha ocurrido, porque tal reconstrucción de los hechos es real para ellos. Cuentan con marcos de referencia, formas de explicar y de experimentar este y otros fenómenos que otorgan un sentido auténtico para su cotidiano.

Dicho sentido otorgado a tal experiencia puede deberse a aquella explicación que nos ofreció López (2004), acerca de cómo la cultura náhuatl contó y cuenta con su propio sistema ideológico, una propia cosmovisión, y se vincula con las *transacciones*, definidas anteriormente por Bruner (2004). Retomamos con esto la idea de que las concepciones del modelo corporal son distintas al explicado por la fisiología humana, y es así como muchas otras cosmovisiones de origen mesoamericano están fundadas en una forma de representar los males que aquejan el cuerpo como parte del contacto con otras entidades que, como lo mencionó Bourdin (2014), están relacionadas con el dominio corporal.

Algunos puntos que quedan como elementos pendientes a conocer tienen relación en con cómo llegaron a afectar el *aire* y la *sombra* el cuerpo de Laura. Nos preguntamos sí para ella y su familia existe una relación o está vinculado a un mal provocado. Ya que lo señalado por López (2004) sobre algunos elementos que provocan la afección de males como el *aire* y la *sombra*, derivan de la consecuencia de deseos y emociones negativas, dirigidas de personas o entidades hacia otros y que generan malestar en el cuerpo; como lo pudimos identificar con el antecedente de las verrugas, ciertas expresiones de malestar en el cuerpo vinculadas al medio social, pueden sugerir la necesidad no solo de curarlo, sino de ocultarlo y no hacerlo público a razón de ser una muestra, quizá de conflicto, lejos de ser producto de un efecto neuropsicológico. En el caso del aire y la sombra, cuál será el motivo por el que este ha tomado el cuerpo de Laura, se atribuirá que su padecimiento pertenece

a algo negativo no solo por la presencia de estas entidades sino por el origen y la llegada a su cuerpo, y quizá lo más importante, esto será otro de los factores que influyeron en las decisiones para continuar su ruta de atención.

#### **4.2.1 Laura entre los modelos biomédico y tradicional**

Según Kleinman (1978), los sistemas médicos son tanto sistemas sociales como culturales, es decir, son sistemas de significado y normas de comportamiento, que están vinculados a relaciones sociales particulares y entornos institucionales. Laura, por lo tanto, no transita solo entre la cultura náhuatl y la occidental, también lo hace entre las construcciones culturales que existen desde estos distintos modos de atención médica. La ruta de atención que nuestra informante comparte es intercultural porque en ese espacio se ejecuta una interrelación entre sistemas de atención y sistemas culturales.

Tal interculturalidad se da, quizás involuntariamente, y pensamos que surge de la necesidad de ampliar el abanico de posibilidades para atender malestares, es decir, que la meta es resolver un problema de salud, sin omitir posibles alternativas de solución ya sean de un modelo de atención tradicional o hegemónica.

Es probable que antes de la atención del especialista biomédico, Laura o su familia no consideraran que algo afectara su cerebro. Su primera impresión fue que al ver una sombra que le acompaña mientras el aire la envuelve en el remolino, esto correspondería con las entidades del *muerto* y el *aire*. Mientras que desde una mirada occidentalizada podemos pensar en un cuerpo con órganos que pueden presentar malestares internos y externos y que provocan en nosotros reacciones conductuales que pueden afectar nuestra relación con nuestro contexto. No obstante, para los nahuas esta explicación puede no compaginar del todo con la posibilidad de que una entidad provoque el mal que le aqueja, pues su contacto con el cuerpo corresponde a una unidad. Por ende, es probable que la mente y el cuerpo nunca estuvieran separados. Por su parte, las culturas occidentales pueden acercarnos a tener una mirada biologicista mucho más incisiva sobre cómo un órgano puede afectar nuestras reacciones y cómo un medicamento puede influir en

su control. Por lo tanto, las estrategias de cura y atención entre un modelo de atención y otro emplean métodos distintos de solución.

Para la Laura y su familia, su forma común de vivir y presenciar los ataques les impulsó a recibir atención por parte del especialista experto en atender a una entidad capaz de generar tanto daño. El curandero hizo su trabajo y el resultado fue que pasaron años antes de que nuevamente el *aire* la tomara y la *sombra* le persiguiera. Nos queda claro que Miahuatlán es el espacio donde el aire puede controlar el cuerpo y la sombra es el muerto que le acompaña.

Entre estas intersubjetividades, expresadas y reguladas por medio del lenguaje se dio la mediación para construir el inicio de la ruta de atención médica que llevaría a Laura a ser atendida en otras ocasiones por curanderos distintos, quienes son los expertos en ahuyentar y *limpiar* el cuerpo de *aires* y *muertos*.

Esta manera de iniciar y atender su padecimiento y la persistencia en buscar con estos expertos durante los primeros años en los que se presentaron los ataques nos permiten pensar en que el curandero, Laura y su familia lograron tener una relación distinta que la que se pudo establecer con el biomédico. Confiaron en un especialista que pudo brindar atención por medio de un lenguaje común, no solo por compartir la misma lengua sino los marcos de referencia clínica. Todos ellos, tanto el especialista como quienes fueron a recibir la atención saben lo que implica la presencia de un *aire* y *el muerto*, saben lo que puede provocar y la forma de atenderlo. Sin embargo, la capacidad de agencia y la diversidad cultural condujeron a la familia a identificar un límite entre una técnica de atención médica y otra, entonces decidieron explorar otro modelo de atención que si bien es distinto a su contexto cultural puede ofrecer alivio al malestar y consuelo al agobio que puede implicar el sobrellevarlo.

El reto surge quizás respecto de la posibilidad de encontrar no solo a otro especialista sino acceder a información y atención claras. Mientras que el biomédico cuenta con herramientas desde su cosmovisión distintas a las del curandero, y que pueden sumarse a la atención que ha recibido Laura, se genera un mundo

aparentemente paralelo de lo que el otro especialista había abordado. En consecuencia, una explicación referente a un gusano en la cabeza que afecta el cerebro y provoca los ataques en el cuerpo de quien nos comparte el testimonio, resulta muy lejana e incluso desconocida a la función que el cuerpo nahua puede sentir. En las conversaciones con Laura, fue clara la expresión de sorpresa e incluso de preocupación sobre la presencia de ese gusano en su cabeza, nos compartió lo desconocido que le resultó y la dificultad en encontrar una relación entre un gusano en la cabeza, la dificultad en el movimiento, el dolor en el cuerpo y los ataques de epilepsia, con el *aire* y la *sombra*.

En consecuencia, nos preguntamos qué es lo que se puede hacer para que el trabajo hermenéutico entre ambas miradas clínicas no se superponga, sino que puedan ser complementarias. Recordamos que, pese a que ya no es un problema de salud pública, la cisticercosis formó parte de una campaña de prevención en la que se promovieron algunas estrategias de cuidado en los alimentos, sin embargo, pensamos necesaria la promoción del cuidado de otras medidas que tienen que ver con desparasitación periódica y la promoción para la detección a partir de síntomas que se presentan cuando los cisticercos han llegado a alojarse en nuestro cuerpo. Pensamos en la posibilidad de promover la información de prevención y atención de la cisticercosis en náhuatl, así como información complementaria sobre los efectos que pueden ocurrir cuando este parásito se aloja en el cuerpo, incluyendo elementos que señalen esta otra mirada del cuerpo que fundamenta para nosotros la existencia de este parásito. Obviamente, sin que esto lleve a negar una u otra construcción sobre el sentido del cuerpo, sino como parte del contexto necesario para poder dar sentido a uno u otro modelo de atención y que a su vez otorgue más elementos a la agencia individual de Laura.

Encontrar esta diversidad de miradas hacia la salud nos motiva a generar en futuras investigaciones un contacto con una mayor población que nos permita comunicarnos con los curanderos y médicos cercanos a la región para poder evaluar y promover la atención intercultural. Sin embargo, parte de nuestra reflexión nos lleva a incluir la idea de que esta promoción de la salud entre culturas no se

puede alcanzar si no se combaten algunas otras características que a nivel macro-social influyen en el limitado acceso a servicios médicos de calidad.

#### **4.2.2 Ser mujer nahua y tener un padecimiento**

Puebla, como lo vimos en el Capítulo II, es uno de los estados con una mayor cantidad de población indígena en el país, y que a su vez cuenta con algunas características de desigualdad que influyen y afectan con mayor intensidad a este sector de la población.

Para la realización de nuestra búsqueda documental no fue parte del planteamiento de la investigación pensar la desigualdad vinculada al género y como éste puede influir en el acceso a la atención médica. Sin embargo, nos es imposible hacer omisa la presencia de la desigualdad entre la población no hablante de una lengua indígena y las mujeres indígenas del país. Los resultados recolectados por el INEGI (2015) y CONEVAL (2019) dejaron clara la presencia de desigualdades en el acceso a distintos servicios y marcadas condiciones de pobreza en las mujeres indígenas en el país. En suma, el relato de Laura además de señalar otras miradas para representar las realidades clínicas nos condujo a pensar en la violencia en casa y la clara dificultad de acceso vinculado a una condición de género.

Lo anterior, no quiere decir que personas que no sean mujeres no se encuentren con barreras en su ruta de atención médica vinculadas a la pobreza o la exclusión social; sino que encontramos una suma de características convertidas en fuertes barreras para el acceso a dicha atención, ya que los datos socioeconómicos nos señalaron que hay una condición de pobreza en la población indígena del país, probablemente por la histórica discriminación étnica. Además, dicha brecha se amplía en las mujeres indígenas cuando son ellas las que menos tiempo pueden estudiar, acceder a empleos, contar con servicios básicos de vivienda e incluso seguridad social.

El objetivo de mencionar esta condición de vulnerabilidad social por género y etnicidad no va dirigido a la victimización de un sector de la población sino al

reconocimiento de una atención y promoción de la salud que requiere ser sensible a la interculturalidad y ser socialmente empática a la desigualdad social que se presenta en nuestro país.

Además, al refugiarnos en el modelo salud, enfermedad y atención médica, para pensar en la *salud*, los problemas que surgen en este proceso interrelacionado a partir de conjuntos sociales y no solo como un hecho individual, nos permitieron mirar el caso de Laura en distintos niveles de análisis para comprender algunos elementos estructurales que pueden excluir o incluir a un sector de la población y la forma en la que este sector enfrenta su realidad, entre distintos modelos de atención médica, distintas cosmovisiones y condiciones de clase o socioeconómicas, que conjuntan diferentes sistemas culturales y que son parte de la diversidad de parámetros que influyen en la ruta de atención médica.

Así como identificamos la esfera cultural entre modelos de atención y formas de vida adoptadas a lo largo del tiempo, también se encuentra la relación con una estructura macro-social, que influye en la ruta de atención y que queda reflejado por el testimonio que recuperamos y que es parte de acuerdos y desacuerdos que suceden en las luchas hegemónicas, cuando una forma cultural se sobrepone ante otras formas culturales, como parte de un combate entre una manera de ver y entender diferentes fenómenos que se suscitan entre las relaciones sociales incluyendo la manera de interpretar los padecimientos, acceder a un servicio médico y seguir un tratamiento. Este combate quizá contra hegemónico influye en la forma en la que se puede resolver un problema de salud.

#### **4.2.3 Laura y su relación con la exclusión en salud**

Como nos lo mencionaron Lopera y Rojas (2012) la discriminación a la tradición cultural y la etnicidad, puede influir en el modelo de atención médica dominante y que se encuentre sin herramientas técnicas para hacerle frente a aquellos síntomas que no se perciben de la misma manera en la que se percibe por la sociedad occidental. Además, esta discriminación influye en que sea invisible la existencia de un sector de la población y sea parte de la exclusión social en salud.

Escuchar algunos elementos de las experiencias médicas de las personas que platicaron con nosotros, y sumado a los elementos que nos compartió Laura con relación a la ruta médica que hasta ahora ha seguido, nos provocó cuestionarnos sobre los factores que pueden participar en que el acceso a los servicios médicos sea limitado y que el abanico de posibilidades no permita elegir de manera informada alternativas de atención pertinentes a los síntomas que se presentan.

Encontramos que el fenómeno multicausal de la exclusión en salud puede ser un punto de cohesión a los elementos correspondientes a los retos en acceso a los servicios de atención médica que obtuvimos con las entrevistas. Y como lo señalamos anteriormente, este fenómeno está compuesto por la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutaban (OPS, p. 6). Este fenómeno quedó identificado con la presencia de la exclusión social en San José Miahuatlán y por la presencia de un conjunto de dimensiones encontradas en el relato de Laura y reafirmadas por medio de la búsqueda documental.

En el caso de la dimensión económica, en este municipio, de acuerdo con el índice de pobreza ofrecido por CONEVAL (2010), el 80.7% de la población se encuentra en esta condición. Considerando que el grueso de la población no posee los recursos económicos suficientes, por encontrarse en condición de pobreza la barrera financiera impide el acceso a diversos servicios, incluidos los de salud, pues sumado al anterior dato y continuando con la información de CONEVAL (2010), el 82.1% de la población tiene ingresos inferiores a la línea de bienestar, lo que implica que la mayoría de la población del municipio no cuenta con el recurso económico suficiente para cubrir su canasta básica de alimentos, motivo por el que cuando se presentan condiciones de salud que implican el uso de servicios médicos, como en el caso de Laura, el reto de financiarlo es elevado.

Asimismo, se suma la dimensión social identificada en el relato de nuestra entrevista cuando las distintas violencias que percibimos con el testimonio de Laura, ya sea

por el limitado acceso a una educación formal, trabajo, la violencia física infringida por su esposo e incluso el trato recibido por los médicos, se vuelven parte de las características de esta dimensión y que conllevan a una pérdida del vínculo de solidaridad en una comunidad y que está relacionada con la automarginación o la segregación. Además, las carencias sociales presentes para la población que vive en San José Miahuatlán (CONEVAL, 2010) y vinculadas a los elementos multicausales de la pobreza refieren a la seguridad social (89.2%) y en servicios de salud (59.2 %), lo que recalca de manera directa la gran posibilidad de que otras personas de este municipio han pasado, pasan y pasarán por dificultades en el acceso a los servicios médicos.

Como intentamos describir en capítulos anteriores, pese a que distintos procesos sociales han propiciado que los gobiernos en diferentes regiones asuman responsabilidades dirigidas a disminuir las brechas de desigualdad, encontramos la presencia de la dimensión política vinculada a la exclusión social en salud por el limitado acceso a los diferentes derechos a los que Laura puede acceder y que limitan su participación en la toma de decisiones sobre lo que ocurre donde ella habita.

En consecuencia, a los anteriores puntos, también se encuentra presente la dimensión temporal, pues con el inicio de nuestro recorrido en el municipio, encontramos relatos e historias de personas que van desde los primeros años de vida, adultos como Laura y adultos mayores, y que aunado a los datos de las distintas instituciones, dedujimos que puede encontrarse comprometida la calidad de vida y, por lo tanto, la supervivencia de personas que hoy habitan este espacio, lo habitaran y lo han habitado.

La presencia de estas dimensiones en este municipio además de dotarnos de argumentos para afirmar la presencia de este fenómeno de exclusión, también nos permite señalar la necesidad de fomentar vías que garanticen el respeto a el acceso a más de un derecho y, por supuesto, visibiliza que los pueblos indígenas del país viven una exclusión que les deja invisible y fuera de los marcos internacionales de

protección de los derechos humanos, por la inequidad del sector salud, el déficit de infraestructura adecuada para responder a la demanda de salud y la asignación de recursos al interior de la comunidad. Dichos elementos son parte de los sistemas de salud, los cuales son responsabilidad del Estado por lo que su eficiencia y las fallas en la implementación implican una responsabilidad directa. Con estos elementos, expresados en los porcentajes de la población que requiere de bienes y servicios y no puede acceder, podemos ofrecer una lectura general sobre la condición en la que se puede encontrar este municipio. Lo anterior es posible gracias a que partimos de la idea del proceso salud, enfermedad y atención. El testimonio de Laura, nos comparte características cercanas a lo documentado y a lo que posiblemente otras personas viven en el estado de Puebla y, quizás, en otras regiones del país.

### **4.3 Comentarios finales**

#### **4.3.1 Pasos para futuros caminos**

Con la presente investigación hemos marcado una ruta metodológica que conjunta diferentes técnicas de investigación y que nos permitió recolectar información diagnóstica para delinear temas de promoción de la salud.

En el caso particular del padecimiento de Laura, a partir de su revisión, obtuvimos información que nos permitió fungir como intermediarios entre la explicación del biomédico, Laura y su familia, y que de la mano con nuestra acompañante en la traducción pudiéramos hacer llegar en náhuatl información complementaria sobre el efecto de los cisticercos, los médicos que pueden atender los síntomas que ella presenta y la ruta biomédica que aún falta por recorrer para que se pueda dar seguimiento. Lo que nos conduce a participar activamente en una manera de promover la salud en términos e ideas cercanas a la lengua dominante.

Además, al identificar la alta presencia de personas indígenas en el municipio que exploramos y gracias a los distintos espacios de reflexión especializados en la defensa de derechos humanos, pensamos en la posibilidad de ver y abordar para futuras aproximaciones el tema de la autoadscripción (entendida como parte del

autoreconocimiento que una persona hace por ser parte de una etnia determinada), y la autodeterminación territorial (entendida como el derecho que tiene un pueblo a decidir sus formas de gobierno incluyendo su desarrollo en diferentes esferas de su dinámica social), ya que ambos conceptos son parte de los derechos señalados por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2004), que como señalamos en los capítulos anteriores, es parte de los mecanismos internacionales que ha incorporado nuestro país para la protección de la población indígena en el territorio nacional.

Al respecto, ambos puntos, la autodeterminación y autoadscripción permiten anclarse en elementos de protección y exigibilidad a los derechos a los que las personas son merecedoras. Aunque no es propio de la presente investigación abordar estos dos conceptos, nos parece importante mencionarlo como un elemento que puede propiciar caminos a disminuir la presencia de las dimensiones sociales y políticas que forman parte de la exclusión en salud en el municipio de San José Miahuatlán, y que como mencionamos unos párrafos atrás, implica invisibilizar y negar el libre ejercicio de sus derechos y por lo tanto vulnera la vida de sus habitantes.

Consideramos que, la promoción de la salud no podría ser suficiente si la población vive invisibilizada por la falta de reconocimiento a la presencia de su etnicidad, puesto que su reconocimiento implica más que el registro de su distribución sociodemográfica. En nuestra opinión, cuando las personas viven sin acceso a diversos servicios básicos y atraviesan por tratos diferenciados por su origen étnico o de género su calidad de vida y por consecuencia su salud se ve afectada, e influye, quizá determinadamente, en las rutas de atención médica que pueden recorrer, así como las realidades clínicas que generan sobre sus padecimientos.

Sin embargo, comprendemos que para construir otros proyectos que permitan tener una mayor incidencia social es necesario un mayor tiempo de estudio en el territorio para que nos permita construir correlatos con los especialistas en medicina tradicional y biomédica que estén en la región y sus alrededores, así como conocer

otras realidades clínicas que nos permitan conocer otras construcciones culturales nahuas contemporáneas de los padecimientos.

Con todo, esperamos que este antecedente sea parte de un proyecto de larga duración.

## Referencias bibliográficas

- Aguirre B. (1963). *Medicina y magia*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Alcántara M. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), pp.93-107.
- Altbach, P. (2015). Del hombre-dios al cristo-sol. La religión y la tradición religiosa mesoamericana en la obra de Alfredo López Austin. *Cultura y representaciones sociales*. 9(18),124-161.
- Aristóteles (2007). *Metafísica*. México: Porrúa.
- Báez P., Díaz D., Márquez M. y Acosta M. (2013). Estrategias pedagógicas para el proceso formativo en medicina tradicional y natural en la carrera de medicina. *Rev Ciencias médicas*, 17(3), 151-170.
- Batan, A. (2008). Entre inocencia y conocimiento: la experiencia de la enfermedad en G. Canguilhem y M. Merleau-Ponty. *A Parte Rei, Revista de filosofía*, 55, 1-8.
- Boneti, L. (2017). *Políticas públicas por dentro*. Argentina: Mercado de Letras.
- Boyer, P. (2002). *¿Por qué tenemos religión? Origen y evolución del pensamiento*. México: Taurus.
- Canguilhem G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Argentina: siglo XXI.
- Cardona, A. y Rivera P. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 471-483.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010). *Medición de la pobreza en México 2010, a escala municipal. Porcentaje de la población número de personas, número promedio de carencias sociales en los indicadores de pobreza, México 2010*. Recuperado <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Informacion-por-Municipio.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). *La pobreza en la población indígena de México 2008 – 2018*. Recuperado de [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza\\_Poblacion\\_indigena\\_2008-2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf)
- Cocom P. (2006). *Muk'ul t'an in nool. Secretos del abuelo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Organización Internacional del Trabajo (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Perú: Organización Internacional del Trabajo.

Durkheim E. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. México: Akal.

Heras J. (2015). *Espiritualidad, salud y circularidad en casa de Juan Nuñez*. *Gazeta de Antropología*. 31(1), 1-17.

Echeverría, B. (2013). *Definición de la cultura*. México: Fondo de Cultura.

Eliade, M. (2012). *Lo sagrado y lo profano*. España: Paidós.

Flisser A. (2011). Cisticercosis: enfermedad desatendida. *Bol Med Hosp Infante Mex*, 68 (2), 138-145.

Freyermuth G. y Sesia P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*, 20, 9-28.

Freyermuth G. (2017). *Población hablante de lengua indígena en México: indicadores sociodemográficos 2015*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Recuperado el 7 de septiembre de 2020 <https://omm.org.mx/blog/poblacion-hablante-de-lengua-indigena-en-mexico-indicadores-sociodemograficos-2015/>

Foucault (1988). *Enfermedad mental y personalidad*. México. Paidós.

Foucault (2006). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

Gadamer H. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.

García, A. (2009). Fenomenología del cuerpo vivido y filosofía del viviente (M.Merleau-Ponty y G. Canguilhem). *Acta fenomenológica latinoamericana*, (3)4, 523-538.

García C. (2015). La reforma constitucional mexicana de 2011 en materia de derechos humanos: Una lectura desde el derecho internacional. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 48(143), 645-696. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004186332015000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004186332015000200005&lng=es&tlng=es).

Gubler R. (1996). El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán. *Alteridades*, 6 (12), 11-18.

Harris, M. (2008). *Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura*. Madrid: Alianza Editorial.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Compendio de información geográfica municipal 2010, San José Miahuatlán, Puebla*. Mexico: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta intercensal 2015. Principales resultados*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic\\_2015\\_presentacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/?ps=microdato#Tabulados>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Anuario estadístico geográfico de Puebla 2017*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Kleinman A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*. 12, 85-93.

Ley general de desarrollo social (2018). Secretaría General.

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264\\_250618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264_250618.pdf)

Lopera V. y Rojas J. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina U.P.B.* 31(1), pp.42-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159024332007>

López A. y Millones L. (2008). *Dioses del Norte, dioses del Sur. Regiones y cosmovisión en Mesoamérica y Andes*. México: Era.

Marcos (2010). *Filosofía de la ciencia aplicada*. México: Fondo de cultura económica.

Martínez G. (2015). La antropología En Estudios De Cultura Náhuatl. *Estudios De Cultura Náhuatl*, 50, 53-63. Recuperado de <https://nahuatl.historicas.unam.mx/index.php/ecn/article/view/77780>

Martínez H. (2008). *Antropología médica. Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Menéndez E. (1990). Cap.3 Estructuras funciones de clases y la función de los modelos médicos. En *Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. (pp.53-167). México: CIESAS-cuadernos de la casa chata.

Menéndez E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.

Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

Menéndez E. y García S. (1992). Cap. 4 Reproducción social, mortalidad y antropología médica. En *Prácticas populares, ideología médica y participación social. A portes sobre la antropología médica en México*. (pp.10-40). México: CIESAS.

Merleau Ponty (1994). Fenomenología de la percepción. España: Planeta Agostini.

Montero M. (2004). Relaciones Entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: Una Respuesta Latinoamericana. *Psykhé*, 13 (2), 17-28.

Morón R. y Jardines M. (1997). La medicina tradicional en las universidades médicas. *Revista cubana de planeación Medica*, 2(1), 35-41.

Nigenda (2001). *La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia*. Salud pública de México 43(1) 41-51.

Sartí G. y Gutiérrez O. (1986). La taeniasis y cisticercosis en México. (Revisión Bibliográfica). *Salud Pública*, (28)5, 556-563.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Suiza:

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental*. Francia: Organización Mundial de la salud.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos. 48 Edición*, pp.1-21. Recuperado de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>

Organización Panamericana de la salud (2004). *Exclusión en países de América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Pritchard E. (1976). *Brujería, magia y oráculo entre los azande*. Barcelona: Anagrama.

Ramírez H. (2008). Políticas de salud basadas en el concepto de "interculturalidad". *IX Congreso Argentino de Antropología Social*, 1-21.

Rubel L. y Browner, C. (1999). *Antropología de la salud en Oaxaca* *Alteridades*, 9(17), 85-94.

Saavedra H., Gonzales I., Alvarado M., Porras M., Vargas V., Cjuno R., García H., Martínez S. (2010). Diagnóstico y manejo de la neurocisticercosis en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(4): 586 – 91.

Spicker, P., Álvarez L. y Gordon D. (2009). *Pobreza. Un glosario internacional*. Argentina: CLACSO.

Taylor S. y Bodgan R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. México: Paidós.

Vallejo A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta colombiana de psicología* 9(2): 39-46.

Villatoro P. (2017). Cap. XVI. La medición de la inseguridad alimentaria en el módulo de condiciones socioeconómicas de la ENIGH, México. En *Indicadores no monetarios de pobreza* (pp.139-145). Chile, Santiago: Naciones Unidas.

Urrea G. y Puerto C. (2000). Expresiones de religiosidades populares y prácticas de salud en un área de Cali (Colombia). *Signo y pensamiento*, 37(XIX), 38-48.