

Salud y medicina tradicional*

Interculturalidad y multiculturalidad, dos términos, dos posturas, dos formas de hacer política pública y llevar a cabo acciones cuyos resultados resultan controvertidos en cualquiera de los ámbitos disciplinarios en que se aborden. El campo de la salud no es la excepción.

El asunto tiene que ver no solo con brindar, entre otras cosas, apoyo al desarrollo y desempeño de los sistemas etnomédicos, que la biomedicina relega, sino también con ofrecer atención biomédica con pertinencia cultural a dicha población. En este documento nos referimos a los diferentes conglomerados de mayas y zoques como grupos o pueblos originarios y no como indígenas, y como sistemas etnomédicos o medicinas originarias a las prácticas médicas que les son inherentes.

El apoyo al sistema etnomédico y el ajuste que precisa la práctica biomédica son temas hasta la fecha difíciles de concretar, debido a varios escollos claramente identificados, que en su mayoría tienen lugar del lado del gobierno y las instituciones biomédicas, y pueden ser rastreados hasta la formulación misma de las respectivas políticas de salud, con un rango que abarca la falta de decisión en las cúpulas de la política y las instituciones de salud —manifiesta, por ejemplo, en las formas en que se dispone del presupuesto en el sector— o la escasez de programas encaminados a modificar hábitos históricamente conformados en el personal de salud, los cuales se caracterizan por favorecer relaciones desiguales en relación con los usuarios, sobre todo cuando estos proceden de culturas diferentes a las del trabajador de la salud; también debido a la resistencia de los trabajadores de la salud para asomarse a las guías o normas de atención, así como modificar las formas de formular y llevar a cabo programas y acciones en salud (Page, 2002a; Oportunidades, 2008).

Este capítulo trata sobre algunos de los problemas detectados en la relación intercultural en salud entre la sociedad chiapaneca, específicamente las instituciones gubernamentales del sector salud, y los grupos originarios de Chiapas. Al mismo tiempo, plantea la necesidad de reformular el acceso a la salud y el trabajo de salud en el seno de grupos interculturales con presencia de población originaria, a partir de la conformación de equipos multidisciplinares de investigación-acción, cuyo eje de confluencia sea, como proponen Hersch y Haro (2007a: 6), el *daño evitable*, que implica a su vez la adopción de modelos de atención cimentados en la epidemiología sociocultural.

Aclararé en primer término algunos conceptos que han sido mencionados en el primer párrafo y algunos otros que utilizaré en este capítulo: por un lado, lo que asumo por *multiculturalidad* e *interculturalidad*, estableciendo la diferencia entre ambos; por otro lado, la relevancia de comprender a qué se refiere el concepto de *proceso de salud-enfermedad-atención*, y en dicho contexto la importancia fundamental que, para una mejor comprensión del entorno, adquieren tanto la noción de cosmovisión como la propuesta denominada epidemiología sociocultural.

Abordaré someramente lo relativo al binomio hegemonía/subordinación en salud, desde una perspectiva relacional, para estar en posibilidad, más adelante, de ubicar a los diferentes actores que interactúan en los Altos de Chiapas y exponer de qué modo, según sus formas particulares, inciden en la salud-enfermedad, reseñando las formas en que el sistema biomédico ha interactuado con las medicinas que practican los grupos originarios, en términos de aciertos, pero sobre todo de pugnas y reivindicaciones.

*Jaime Tomás Page Pliego, Investigador titular, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En otro apartado abordaré aspectos de mortalidad. Tocaré el tema de la producción académica en torno a etnomedicina y antropología médica, para después adentrarme en los matices de la globalización, destacando la repercusión que ha tenido la acción religiosa, así como el quehacer de la biomedicina entre los grupos originarios y el punto de vista de los usuarios, recabado por diferentes autores, respecto de la atención que han recibido en las instituciones de salud, específicamente centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud y las clínicas del programa IMSS-Oportunidades en los Altos de Chiapas. Por otro lado, señalaré el impacto que tanto la acción de las diferentes denominaciones y sectas religiosas, así como la biomedicina han tenido en las etnomedicinas, para concluir con algunas propuestas.

Consideraciones iniciales

Multiculturalidad e interculturalidad

Empezaré por aclarar el significado de los términos multiculturalidad e interculturalidad, centrales en lo que toca a la temática que nos ocupa.

Multiculturalidad presupone la presencia de dos o más culturas diferenciadas en un espacio social determinado. El elemento medular de la perspectiva multicultural remite a subrayar las diferencias y propone políticas relativistas de respeto; esto es, se reconocen las diferencias, pero evitando en lo posible la interacción entre las personas pertenecientes a los diferentes grupos socioculturales, lo que llevado a la práctica a menudo favorece la segregación de los que están en situación de minoría o desventaja en términos económicos, educacionales y de poder (García Canclini, 2004a: 15-16), tal como ha sido para los pueblos originarios desde la Colonia hasta nuestros días. Por otro lado, interculturalidad “implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos [...], remite a la confrontación y el , a lo que sucede cuando los grupos entran en relaciones e intercambios” (García Canclini, 2004b).

Por lo general, las relaciones entre los diferentes grupos socioculturales y, específicamente, de la sociedad mexicana con los grupos originarios, se inscriben en dinámicas de dominación-subordinación. De hecho, en las relaciones interculturales son particularmente raras las situaciones de interacción horizontal; y en las relaciones que sostienen grupos sociales adscritos a la cultura nacional, o cercana a esta, con grupos originarios, se presenta la mayor disparidad —inequidad en todos los sentidos—, sustentada en el racismo

estructural y en el ejercicio histórico de poder, con matices de diversos despojos por parte de los dominadores, de modo que a los propietarios originales se les quita el vital recurso de la tierra, sobre todo las de mejor calidad, y se les desplaza a lo que Aguirre Beltrán (1967) denominó “regiones de refugio”, las cuales se caracterizan por la escasa vocación productiva de la tierra, carencia de agua, despojo o pago ínfimo de la parte de la producción agropecuaria destinada al comercio, sobreexplotación de la fuerza de trabajo, inducción al alcoholismo, doble sometimiento de la mujer, etcétera.

El trato a los grupos y a la persona se inscribe en una política estatal racista, desplegada mediante la infantilización de la población originaria con la consecuente falta de reconocimiento de personalidad jurídica, minimización, exclusión, satanización y descrédito de sus prácticas socioculturales, etcétera.

Lo anterior ha generado para los pueblos originarios un panorama de rezago en general: pobreza —en muchas ocasiones extrema— y lo que ello conlleva en términos de hambre, perfiles de morbimortalidad con predominio de enfermedades infectocontagiosas, elevada mortalidad materno-infantil, emergencia de enfermedades crónico-degenerativas (entre las que destaca la diabetes, entre otras cosas debido a la alteración de los patrones de consumo alimentario con predominio de alimentos chatarra y a la modificación de los procesos de trabajo, que implica menor gasto calórico por jornada), así como la inequidad, que se manifiesta, entre otras cosas, en baja calidad de la educación con elevados índices de analfabetismo, exclusión social y baja calidad de la atención médica (cuando la hay).

El punto por resaltar sobre la noción de interculturalidad estriba en que idealmente la política pública de la interculturalidad debiera crear mecanismos que coadyuven a abatir las condiciones de inequidad y racismo que privan en las relaciones entre la sociedad mexicana y los grupos originarios. Entre tales mecanismos cabría disminuir la violencia social de los primeros hacia los segundos e instrumentar, en el ámbito de la salud intercultural —que es el que nos ocupa— procesos educativos dirigidos a los usuarios, así como especialmente a profesionales y técnicos que ejercen en medios interculturales, quienes a final de cuentas requieren comprender a cabalidad la importancia de organizar modelos de atención intercultural basados en la epidemiología sociocultural.

Por otro lado, en el ámbito sociocultural más amplio, se requiere generar estrategias encaminadas a elevar las condiciones del nivel de vida de la población, las cuales se quedarán en el discurso y sin vislumbrar un cambio real si no se cuenta con la necesaria inversión y decisión política.

Importancia de los conceptos de proceso de salud-enfermedad-atención, cosmovisión y representaciones sociales

Un concepto de importancia ligado a la interculturalidad en salud, pero también como noción genérica, es el concepto *proceso de salud-enfermedad-atención*, que desde una perspectiva multidisciplinaria, pero sobre todo antropológica, hace referencia a que en los diferentes complejos socioculturales la visión del mundo que cada grupo en particular tiene —*occidental, maya, nahua, hindú, taoísta*— determina la forma particular en que se concebirá, se vivirá o padecerá y se atenderán los problemas de salud-enfermedad. En otras palabras, engloba conceptos relativos a las prácticas que coadyuvan a la conservación de la salud, a las causas o los fenómenos a los que se atribuye la enfermedad y cómo se manifiesta, así como a la coherencia entre cada elemento del concepto y las formas concretas que adopta la atención o la solución de los diferentes problemas (Page, 2005a: 215), por ejemplo: el mal de ojo no se cura con aspirinas, la pérdida de la sombra o el alma solo se resuelve recuperándola.

Cabe señalar que los referentes del concepto fueron ampliamente expuestos por la medicina social, y Laurell (1982) y Breilh (2003) los desarrollaron bajo la denominación de *concepto salud-enfermedad como proceso social*, dando lugar a la epidemiología crítica, postura mediante la cual se buscó delimitar los planteamientos epidemiológicos clásicos de la biomedicina al resaltar que los determinantes socioeconómicos —que no los culturales— tienen preeminencia sobre los de orden biológico. Dicho planteamiento dejó fuera de consideración la existencia de otros sistemas médicos, dado que la visión de la medicina social hasta algún momento restringió su campo de observación a la salud de los obreros y la seguridad social en el ámbito urbano.

Por otra parte, la noción *proceso de salud-enfermedad-atención*, desarrollada principalmente por Eduardo Menéndez, incorpora desde la antropología médica el factor *atención*, enriqueciendo el concepto y dando con ello cuenta de la coherencia que se precisa entre las formas que adoptan *la salud y la enfermedad* en diferentes espacios socioculturales y la manera en que la atención se ajusta con las formas en que se concibe y se vive dicho binomio, lo cual está presente en todo sistema médico incluyendo el biomédico.

Al respecto, Menéndez señala que el *proceso de salud-enfermedad-atención* “constituye un fenómeno universal que opera estructuralmente” (Menéndez, 2002a: 309-310). Es decir, se halla en toda sociedad y forma parte determinante de la organización social.

Se manifiesta de manera diferenciada en función de las formas en que cada grupo concibe y vive en el mundo, ya sea desde una visión positiva biologicista, propia de nuestra sociedad, o desde la visión bipolar perceptible en el concepto taoísta del ying-yang, que preside a la medicina en buena parte de Oriente, o conforme a la teoría de los elementos que se maneja en la medicina ayurvédica; o bien, de acuerdo con el criterio de castigo divino que se asume en las diferentes culturas originarias que pueblan Mesoamérica y la parte lusitana del Continente.

La respuesta de toda sociedad, ante las formas que adoptan la salud y la enfermedad, se traduce en actividades de atención, basadas en la constante emergencia y recurrencia de diferentes formas del estar sano y del padecer que guardan coherencia conceptual con los criterios de causalidad y más generales de la cosmovisión particular, sean de orden natural, energético, religioso o mágico. Esto incide de tal manera en los individuos y conjuntos sociales que logran resolver la mayor parte de problemas de que se ocupan, en particular los de corte sencillo, y otro tanto no —no hay medicina infalible—, cerrando con ello, a la vez, el círculo que cualquier sistema médico requiere para “producir y reproducir representaciones y prácticas respecto de los dolores, angustias, malestares y miedos que lo afectan” (Menéndez, 2002b). Es decir:

La noción de proceso de salud/enfermedad/atención expresa siempre situaciones y experiencias culturales, de tal manera que no solo el susto o el empacho refieren a las condiciones situacionales, sino también la esquizofrenia, la diabetes o la menopausia cuyas características se desarrollan a través de significados y prácticas locales, de tal manera que estaríamos frente a biología, cuerpos, enfermedades, síntomas que siempre son definidos localmente (Menéndez, 2002c: 154-155).

Cabe resaltar que, en coincidencia con Menéndez, estimo incorrecta la denominación “síndromes o enfermedades de filiación cultural” o “síndromes culturalmente delimitados”, toda vez que algunos padecimientos cobran significación particular no solo en un contexto sociocultural, sino en términos de cómo se conceptúan, se sufren y se tratan, y por tanto así correspondería considerarlos en la epidemiología sociocultural. No se trata de hacer un tema aparte de las enfermedades y síndromes que tienen similitud con la perspectiva biomédica, sino problematizar a partir de la noción *daño evitable*, cuyas acciones necesariamente deberán enmarcarse en una perspectiva sociocultural y no en la im-

posición de un punto de vista, como se preconiza desde la biomedicina.

Por otro lado, y sin perder de vista la perspectiva sociocultural, el mismo autor señala:

El saber de los conjuntos sociales respecto del proceso de salud/enfermedad/atención se ha desarrollado dentro de procesos históricos en los cuales construyeron las interpretaciones sobre las causas específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos de significación. Este proceso histórico se caracteriza por las relaciones de hegemonía/subalternidad que se desarrollan entre los diferentes sectores sociales que transaccionan sus saberes en torno a la enfermedad y su atención (Menéndez, 2002d: 311).

Las interpretaciones a las que alude la cita anterior remiten a las formas, en particular, en que los conjuntos socioculturales conciben la salud-enfermedad: en el caso de la salud, cómo se vive y disfruta; en el caso de la enfermedad, cómo se experimenta, se sufre o se muere a consecuencia de la misma; y la atención en términos preventivos y de tratamiento que según las representaciones propias de las cosmovisiones particulares se tengan sobre dichos fenómenos. Como propone López Austin (1984a: 20), *cosmovisión* refiere a “un hecho histórico de producción de pensamiento social inmerso en decursos de larga duración; hecho complejo que se integra como un conjunto estructurado y relativamente coherente por los diversos sistemas ideológicos con los que una entidad social, en un tiempo histórico dado, pretende aprehender racionalmente el universo”. Y como señalo en otro trabajo:

Los diferentes hechos y elementos cosmogónicos, así como el desarrollo de los diferentes campos no sucedieron, ni suceden, necesariamente en todas estas sociedades en forma paralela, con la misma duración, ni se han visto sujetos a los mismos procesos, ni a embates homogéneos provenientes de la sociedad nacional. Sin embargo, la estructura basamental ha persistido con tanta fuerza, que aún hoy después de más de quinientos años de coloniaje podemos encontrar entre los grupos indígenas cosmovisiones claramente diferenciadas de la sociedad nacional, aún cimentadas en el complejo religioso mesoamericano (Page, 2005b: 100-101).

La cosmovisión constituye pues, “el macrosistema conceptual que engloba todos los demás sistemas, los ordena y los ubica”. Asimismo, “pone en primer plano y generaliza algunos de los principios básicos pertene-

cientes a uno o varios sistemas y extiende el valor de las taxonomías” (López Austin, 1984b: 58). Esto se complementa con la afirmación de Andrés Medina (1999: 54), respecto de la cosmovisión: “una matriz en la que se articulan las concepciones y las orientaciones relativas al tiempo y al espacio, así como la configuración de la persona [...] en la que se inscribe el conjunto social, en este caso la comunidad, y desde la que reproduce y recrea su cultura”. Se trata de un punto nodal en el campo médico, aunado a que la noción de persona es un elemento central o tal vez el más importante en su abordaje y comprensión (Page, 2005c: 103).

Dado que al trabajar con grupos o personas no es común hacer referencia a sus cosmovisiones, sino a sus representaciones sobre la realidad y fenómenos específicos, aquí se precisa y delimita qué se entiende por representaciones sociales, un concepto de uso frecuente en antropología.

Abric (2005a: 407) define la *representación social* como “una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas y entender la realidad a través de su propio sistema de referencias y, por lo mismo, adaptarse a dicha realidad y definir en ella un lugar para sí”. Es decir, la representación social tiene como marco referencial a la cosmovisión, se refiere al conocimiento extenso o limitado de que se dispone sobre la forma de aprehender la realidad propia del grupo social de pertenencia. Por lo mismo, es conocimiento socialmente compartido que se constituye como una guía inconsciente para la acción. Este autor señala, además, que:

[...] la representación no es un simple reflejo de la realidad, sino organización significativa de la misma. Y esta significación depende a la vez de factores contingentes (“circunstancias”, dice Flament) —naturaleza y construcciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación— y de factores más generales que rebasan la situación misma: contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, intereses sociales en juego (Abric, 2005b: 408).

La representación social y la cosmovisión no son entes estáticos, sino determinados en su estructura por el devenir sociocultural, en un ámbito sociocultural matizado por los discursos y por las acciones de los diferentes grupos, las cuales a su vez están enmarcadas por relaciones disparejas de hegemonía y subordinación, en medio de la disputa de los diferentes capitales (social, cultural, económico, político, etcétera).

La biomedicina no queda exenta de los señalamientos previos. De hecho y desde la posición hegemónica que la sostiene, en diferentes periodos históricos choca y ha intentado dismantelar los *corpus* de otros sistemas médicos, específicamente los de los grupos originarios, mediante la descalificación, la satanización e incluso la persecución y por su propio *corpus* que difícilmente supone disponibilidad a condescender en el espacio sociocultural.

Queda el reto para las instancias biomédicas nacionales de dar cauce coherente a las tendencias en la política sanitaria dictada por los organismos internacionales, encabezados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional para América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que animan a los países a adoptar políticas interculturales en salud.

Hegemonía/subordinación en salud

El concepto hegemonía/subordinación

Otro elemento por considerar para entender a cabalidad la interculturalidad, tiene que ver con el concepto de *hegemonía/subordinación* que se refiere a la relación desigual en términos de poder, de posesión y control de los medios de producción y reproducción en la mayoría de los campos sociales, lo que genera relaciones desiguales en las que unos intentan imponer ideología y prácticas y los otros se resisten, estableciéndose disputas por el control de los diferentes campos (Bourdieu, 2005). Dichas disputas no necesariamente se concretan en el ejercicio de la violencia en cualquiera de sus formas, sino que apuntan al logro de consensos y control de los capitales particulares del campo, siempre a favor del que domina.

Al delinear los conceptos de hegemonía/subordinación se hallan implícitas las desigualdades socioeconómicas, culturales, jurídicas y de salud, así como la inequidad y el racismo, que en conjunto juegan un papel fundamental para constituir la dimensión simbólica, al favorecer e intervenir en la cohesión/integración de los diferentes sectores, es decir, la generación de disensiones y consensos que tienden a estabilizar las relaciones interculturales entre los diferentes grupos sociales, “opacando las causas que establecen las desigualdades y la dominación o promoviendo procesos de oposición o de diferentes tipos de transacciones que posibiliten el desarrollo más o menos autónomo de los sectores sociales subalternos” (Menéndez, 2002e: 313).

En el ámbito de la salud, en referencia a los pueblos originarios y las mujeres, la Organización Panamericana de Salud reconoce que las diferencias de género y socioeconómicas y la discriminación étnico racial

constituyen barreras que limitan el acceso de grupos socioculturales inscritos en dichas categorías a los servicios de salud (OPS, 2001: 5); por lo mismo, ha incorporado en sus análisis la perspectiva de etnia y raza para analizar las inequidades en salud.

Modelo médico hegemónico (MMH)

En términos de hegemonía/subordinación, la biomedicina se sitúa como hegemónica, al ser sostenida e impulsada por los sectores sociales dominantes. Para su desarrollo y predominio, concentra un porcentaje significativo de la inversión financiera y tiene como puntales: a la industria farmacéutica, monopolizada por países del norte de Europa y Estados Unidos, que aportan capital e insumos para la investigación biomédica en las universidades del orbe; a la industria productora de insumos, aparatos de diagnóstico y tratamientos cada vez más sofisticados para la operación del sistema biomédico; y por último, al Estado, que crea las condiciones de infraestructura y el respaldo jurídico que favorecen su preeminencia y desarrollo.

De esa manera, el sistema biomédico se constituye, en primer término, como una fuente de lucro de suma importancia para el capital; lo mismo como puntal, entre los diferentes aparatos, para coadyuvar a la imposición de la ideología dominante sobre la sociedad en general y contribuir concomitantemente al control sociocultural. De ahí la designación de la biomedicina, en el contexto de diferentes sistemas médicos, como modelo médico hegemónico.

La designación de modelo médico hegemónico propuesta por Menéndez (1988) también tiene lugar y efecto en el contexto de la interacción que se establece entre esta y diferentes sistemas médicos, a los cuales busca subsumir o desarticular, pero además incorporando elementos de algunos de ellos a su quehacer, sobre todo elementos de orden capitalizable.

Si bien la interacción de los diferentes sistemas médicos en el contexto hegemonía/subordinación difícilmente se produce mediante la confrontación directa, sí se manifiesta en diferentes planos: en el jurídico, que prescribe la preeminencia de la biomedicina y limita, prohíbe y hasta persigue a otros sistemas médicos; en el plano de la validación profesional, al aceptarse de forma variable y tangencial la profesionalización, en términos académicos, de otros sistemas, por ejemplo, en México se reconoce la homeopatía —la que en otros contextos como el europeo queda reducida a un plano paramédico—, y la medicina *taoísta* gradualmente se impone como una entidad profesionalizada.

Otra es la historia de las medicinas practicadas por la población originaria, a las que en tiempos de aper-

tura política se ha intentado incorporar a los sistemas institucionales de atención —dentro del contexto de las mal llevadas políticas de atención primaria en salud—, lo cual por ejemplo resultó en un rotundo fracaso en el estado de Chiapas, por su carácter impositivo y altamente denigratorio (Congreso del Estado de Chiapas, 1990a; Page, 1999). Pero, por lo general se les descalifica, sataniza y persigue.

El espacio real de concreción de esta interrelación se da en el plano de los usuarios, por un lado ideologizados en diferente grado a partir de los mensajes vertidos en los medios de comunicación. Tal interrelación la llevan a cabo las instituciones biomédicas a través de programas específicos y se establece en la relación médico-paciente, con lo que se estructura: “una racionalidad que no es exclusivamente técnica y científica, sino también sociocultural e ideológica, de tal manera que la relación paciente/curador implica siempre la puesta en juego de significados construidos en torno al padecimiento” (Menéndez, 2002f: 312). Esto contrasta con la experiencia negativa que un porcentaje elevado de usuarios guarda respecto de la atención que los servicios de salud proporcionan y dirigen a población asegurada y abierta; dicha experiencia descansa en la pérdida de financiamiento del sector, como parte de la política económica implementada por el Estado, que a su vez se revela especialmente en los datos del Informe 2008 de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), según el cual la asignación presupuestaria para la salud de los pueblos originarios no rebasó 0.092% del presupuesto total del sector salud, otorgado en 2001 y a partir del cual es patente el decremento del mismo, con 0.021% en 2008 (cuadro 1).

Lo anterior confirma que, debido principalmente a los bajos presupuestos asignados, hay una persistencia histórica de atención de bajo nivel por parte de la Secretaría de Salud y el programa IMSS-Oportunidades, cuyo personal de salud—presumiblemente por los bajos salarios— se conforma en la mayoría de los casos por “profesionales” que aún no completan su formación o son recién egresados, así como por personal paramédico con predominancia de auxiliares; aunado a esto, se observan carencia de recursos para el diagnóstico y farmacéuticos, alteraciones iatrogé-

nicas resultado del manejo erróneo de terapéuticas, abuso de los antibióticos o efectos tóxicos de medicamentos, esquemas limitados para la atención de enfermedades emergentes no transmisibles, etcétera (Sedesol, 2008a). Por consecuencia, la población que en primera instancia recurre a la biomedicina busca alternativas en otros sistemas médicos, en los que frecuentemente encuentra las respuestas que requiere y a menor costo, o bien ocurre el retorno a las medicinas originarias por parte de aquellos que optaron por la biomedicina como una alternativa secundaria.

Condiciones de salud de los pueblos originarios de Chiapas

En el Plan Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, reconoce que:

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

El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja. En las mujeres el riesgo es 1.5 veces mayor y en los hombres 1.7 veces más elevado. El grupo de edad que más explica este diferencial es el de menores de 5 años y en general son las enfermedades propias del rezago las que más contribuyen a estas brechas (Secretaría de Salud, 2007a: 37).

Hay que agregar a lo anterior que el porcentaje del producto interno bruto (PIB) que México destina a salud está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y, peor aún, muy por debajo de lo que dedican países latinoamericanos de ingresos medios (9.8%) como Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay (Secretaría de Salud, 2007b: 49).

Al desglosar cómo se distribuye el presupuesto, es posible notar que del gasto total en salud 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. En 2005,

Cuadro 1. Participación relativa de las asignaciones presupuestarias (millones de pesos) en el ramo de salud, para el desarrollo de los Pueblos Indios (2001-2008)

Ramo	Concepto	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Presupuesto total	289.1 13	055.6 17	520.3 18	331.4 20	447.6 21	488.0 27	849.3 30	024.7 31
12	Secretaría de Salud	12.2	11.0	10.4	5.1	5.2	6.7	7.8	6.4
	%	0.092	0.064	0.056	0.025	0.024	0.024	0.025	0.021

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Acciones para el desarrollo de los pueblos indígenas, informe, 2008: 63

la parte proporcional de gasto público se distribuyó de la siguiente manera: 50% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 35% a la Secretaría de Salud, 8.7% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 3.1% a los Servicios Médicos de Pemex (Secretaría de Salud, 2007c: 52).

En cuanto a recursos humanos para la salud, el Plan Nacional de Salud destaca “la escasez de trabajadores de la salud bien preparados y su inadecuada distribución geográfica. [...] El país enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras, y, sobre todo, un grave problema de distribución de estos recursos” (Secretaría de Salud, 2007d: 57), concentrándose 50% de los médicos en la Ciudad de México y cinco entidades de la República, a saber, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Estado de México y Veracruz.

En promedio, Chiapas cuenta con un médico por cada mil habitantes (Secretaría de Salud, 2007e: 58), a lo que hay que agregar que en su mayoría se concentran en zonas urbanas, sobre todo los que han alcanzado una formación especializada.

El panorama de salud presentado se inscribe en una realidad social caracterizada por pobreza, migración, apertura de enormes complejos militares, nuevas formas de inserción en el trabajo —efecto de la fragmentación y empobrecimiento de la tierra—, cambios en la visión del mundo de los jóvenes originarios —por el impacto que han tenido la educación formal, las prácticas religiosas y la publicidad emitida por los medios de comunicación masiva—, incremento de la prostitución, incorporación en la dieta de *alimentos basura* como fuente de aporte calórico —como son el refresco y los *embolsados*—, así como tendencia al sedentarismo. Entre otras cosas, esto ha llevado en la última década a la transformación de las condiciones de vida y el perfil de morbilidad en los pueblos originarios del estado de Chiapas, así como al repunte de enfermedades raras hasta hace algunas décadas y a la persistencia de otras. Entre los asuntos de emergencia epidemiológica destacan: los padecimientos infectocontagiosos, en que se inscribe la tuberculosis, con severos casos de resistencia a medicamentos (Bencomo, 2009a; Sánchez y Vargas, 2008a); los altos índices de obesidad; la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; la constante y elevada morbilidad materno-infantil (Freyermuth, 2003); la desnutrición; el incremento gradual de índices de VIH/sida, problema ante el cual la población en general, pero particularmente la población originaria, recibe escasa orientación; también, en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, despunta el papiloma humano y en consecuencia los índices de cáncer cervicouterino en mujeres mayas y zoques.

Tuberculosis pulmonar y derechos humanos

Héctor Javier Sánchez Pérez*

La pobreza y todo lo que ello conlleva (condiciones de vida desfavorables, desnutrición, escaso acceso a servicios de salud, entre otros), favorece la aparición de la tuberculosis pulmonar (TBP). Este entorno está presente en gran parte de las comunidades indígenas, que es donde se presenta un gran número de enfermos y muertes por dicho padecimiento, lo que muestra el incumplimiento del Estado mexicano en procurar lo necesario para que tales grupos tengan una vida digna. Es obligación del Estado proporcionar las condiciones para que toda la población disfrute de niveles de bienestar mínimos y para garantizar que los enfermos de TBP sean atendidos con calidad y de manera integral. La falta de un diagnóstico oportuno, la aparición de casos resistentes y las muertes por TBP constituyen una franca violación a los derechos humanos.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa causada por una micobacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis* o *bacilo de la tuberculosis*, la cual fue descubierta por Roberto Koch en 1882, es decir, hace ya más de 125 años. Se considera una de las enfermedades más antiguas que aquejan a la humanidad, ya que afecta al ser humano desde hace al menos 16 mil años.

La TB, desde el punto de vista de su importancia clínica y epidemiológica, se divide en dos grandes grupos: la forma pulmonar (llamada tuberculosis pulmonar, TBP) y la extrapulmonar, que abarca todas las formas de TB que afectan al ser humano y que se encuentran, tal como su nombre lo indica, fuera del pulmón. Este tipo de TB puede presentarse en piel, cerebro, huesos, riñón y prácticamente en cualquier parte del organismo. Sin embargo, la de mayor importancia desde el punto de vista de la salud pública, es la TBP debido a que es la que permite su transmisión entre la gente, a partir de personas en la fase activa de la enfermedad, es decir, que son “bacilíferas”, que estén transmitiendo el bacilo de la TB. Se considera que un individuo en estas condiciones, sin recibir tratamiento, puede infectar en promedio al año, entre 15 y 20 personas. De cada 100 casos que se diagnostican de TB, 85 corresponden a la TBP (que se presenta principalmente en mayores de 14 años) y 15 a la forma extrapulmonar.

Hoy en día, se cuenta con las herramientas diagnósticas y terapéuticas necesarias para el control de la TBP. Entre los métodos diagnósticos se tienen desde los más sencillos (como la baciloscopia, que consiste en hacer el examen del gargajo o esputo en el laboratorio para detectar la presencia del bacilo de la TB) hasta los de alta complejidad, como los métodos de biología molecular. En lo que se refiere a los métodos terapéuticos, actualmente se utiliza una estrategia denominada TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado, o DOTS por sus siglas en inglés) impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se aconseja dar al paciente cuatro fármacos primarios, isoniazida, rifampicina, estreptomycin y etambutol, durante seis meses, bajo una estricta supervisión con el fin de aumentar las probabilidades de que los pacientes terminen su tratamiento antituberculosis.

* El Colegio de la Frontera Sur, Área Académica de Sociedad, Cultura y Salud. Investigador titular y coordinador de ECOSUR-GRAAL (Grupos de Investigación en Salud para América y África Latinas).

Si bien la TB se consideraba bajo control hasta inicios de la década de los noventa del siglo pasado, en 1993 la OMS la volvió a declarar emergencia sanitaria una vez más, debido a que el número de casos volvió a incrementarse, lo mismo que el de muertes vinculadas con esta enfermedad. Así, para 2007, según datos de la OMS (2009), ocurrieron más de nueve millones de casos nuevos en el mundo y casi 1 800 000 decesos por TB.

Cabe señalar que 95% de los casos y 99% de las muertes debidas a la TB ocurren en países pobres (OMS, 2006) y que, de los relativamente pocos casos que se presentan en los países ricos, la mayoría corresponden a población migrante procedente de países pobres (Falzon y Cauteren, 2008).

Como puede verse, la distribución de casos y de muertes por TB no es homogénea entre la población. Existe una serie de factores que inciden en que unos grupos sean más afectados que otros. Se considera que alrededor de una tercera parte de los seres humanos en el mundo están infectados por *M. tuberculosis*. Ante esta cifra bien pudiera preguntarse, ¿por qué unos sí están infectados y otros no? Las malas condiciones socioeconómicas, tales como perniciosas condiciones higiénicas de la vivienda, hacinamiento y desnutrición, favorecen que algunas regiones tengan mayor prevalencia de infección que las que están en buenas condiciones socioeconómicas (Sánchez Pérez, *et al.*, 2001). De esta manera, estar en condiciones de pobreza significa tener más posibilidades de contraer la enfermedad, que se diagnostique tardíamente y que sea tratada con menor calidad (Arana-Cedeño, 2010).

No todas las personas que se infectan tienen la misma probabilidad de enfermar. Nuevamente, las condiciones de vida marcan la diferencia entre unas y otras. Aspectos como pobreza, desnutrición, ser indígena y, en general, todas aquellas situaciones de marginación y exclusión social (Sánchez Pérez *et al.*, 2006), favorecen que las personas infectadas enfermen de TB.

Pero esta secuencia no concluye ahí. Entre los que sí enferman, también hay notables diferencias en lo que se refiere al desenlace de la TB. En primer lugar, la situación es distinta si se recibe o no el tratamiento antituberculosis (Nájera-Ortiz *et al.*, 2008). Una determinada proporción de los que no lo reciben se curará espontáneamente en algún momento, otro porcentaje seguirá enfermo y otro morirá. El resultado dependerá en gran medida de las condiciones de vida de la persona, de su estado nutricional e inmunológico, es decir, de las defensas con las que cuente. Obviamente, estas personas seguirán infectando a otras mientras sigan siendo bacilíferos, o sea, que tengan la enfermedad en su fase activa.

El resultado final con respecto a los que sí reciben tratamiento antituberculosis estará determinado por la calidad de la atención que se les brinde. Una persona que es tratada de manera adecuada, completa y acorde a los estándares internacionales (seis meses de tratamiento mediante la estrategia TAES), es altamente probable que se cure (al menos 85% de los pacientes lo logran). Pero si no obtiene el tratamiento adecuado o completo, ya sea en tiempo (seis meses) o en cantidad de medicamentos (debe de recibir el tratamiento pri-

mario que consiste en los cuatro medicamentos citados antes), el paciente puede morir o permanecer enfermo, con el agravante de que puede probablemente convertirse en un paciente multifármaco-resistente (MFR), es decir, que los fármacos utilizados para su tratamiento –en especial la izoniacida y la rifampicina– ya no sean efectivos para curarlo, lo cual a su vez genera problemas adicionales que hacen muy difícil su curación. Entre dichos problemas están: el costo del nuevo esquema de tratamiento requerido (mientras el costo para un paciente no MFR es de alrededor de 1 500 pesos, el de un paciente MFR puede ascender hasta los 90 mil); además, el tiempo necesario de tratamiento es mucho mayor (alrededor de año y medio); los efectos secundarios de los medicamentos utilizados en esta fase causan mucho más reacciones por ser más tóxicos; se requieren mayores cuidados para el paciente, y, aún con todos los esfuerzos que se puedan realizar, la tasa de curación es mucho menor que la del tratamiento primario (Sánchez Pérez *et al.*, 2010).

La TBP como un indicador de derechos humanos

Debido a la serie de condiciones expresadas antes, la TBP puede considerarse un muy buen indicador del cumplimiento del Estado en materia de derechos humanos, concretamente el relativo al derecho a la salud, por las siguientes razones:

1. La existencia en una comunidad o región determinada de una alta tasa de infección de TBP, es un indicador que revela: a) que las condiciones de vida de la población son deficientes, dado que el bacilo de la TB se transmite más en zonas deprimidas y socioeconómicamente marginadas, y, b) que los servicios de salud no están funcionando de manera adecuada, debido a que no están cumpliendo con el postulado básico de cualquier programa de control de enfermedades infecciosas en lo que toca a prevenir la infección en las personas aún no infectadas (Sánchez Pérez *et al.*, 2001).

En este sentido debe destacarse que, desafortunadamente, gran número de comunidades indígenas reúnen las condiciones que favorecen la transmisión de la TBP: viviendas con malas condiciones sanitarias, poco ventiladas e iluminadas, con piso de tierra constantemente húmedo y altos niveles de hacinamiento (Sánchez Pérez *et al.*, 2006). En Chiapas, siete de cada diez personas que enferman de TBP, son indígenas (Arana-Cedeño, 2010).

2. Por la misma razón, las altas tasas de enfermos por TBP también son un indicador, tanto de la situación socioeconómica prevaleciente, como del funcionamiento de los servicios de salud. En una población con aceptables niveles de calidad de vida, los casos de TBP serían muy pocos, dado que la población estaría en las condiciones de salud necesarias para que, incluso si ocurriera la infección, no llegase a causar la enfermedad como tal. No debe perderse de vista que, si bien la pobreza, por una parte, es un factor que favorece la aparición de la TBP, se trata de un padecimiento incapacitante, que afecta la fuerza laboral de las personas, de modo que genera más pobreza entre quienes la sufren, ya que los pacientes dejan de trabajar con la consecuente reducción de ingresos

y además sus gastos se incrementan de manera obligada con los costos de transporte para acudir a los servicios de salud, el pago de consultas cuando acuden a servicios médicos particulares, la compra de medicamentos para aliviar molestias por la tos, el dolor de pecho, náuseas, etcétera.

En lo que toca a los servicios de salud, la presencia de TBB, indica que no están cumpliendo adecuadamente con su labor de prevenir más casos, pues no hay que olvidar que la TBB, es prevenible y curable.

En este contexto, un indicador importante lo constituye la proporción de enfermos con TBB, no diagnosticados por los servicios de salud. La OMS recomienda que, para detener su cadena de transmisión, debe diagnosticarse al menos 75% de los casos de TB existentes y, de los diagnosticados, debe lograrse la curación de al menos 85% de ellos (OMS, 2003). En Chiapas, en comunidades rurales e indígenas, en diversos estudios hemos encontrado tasas de subdiagnóstico de casos que van de 55% en las regiones más afectadas por el conflicto armado, los Altos, la Selva y el Norte (Sánchez Pérez *et al.*, 2006), a 36% en pacientes que acuden a atención médica por alguna causa, a nivel hospitalario en la región fronteriza (Sánchez Pérez *et al.*, 2002). Aquí debe destacarse que, en comunidades rurales e indígenas de Chiapas, aún si el Programa de Prevención y Control de TB (PPCTB) hiciera las cosas “bien”, es decir, que tratara de diagnosticar casos mediante la realización de baciloscopías (que es el método aceptado internacionalmente para la detección de casos de TBB), quedarían sin diagnosticar alrededor de la mitad, debido a problemas en la cantidad y calidad de las muestras para su análisis (Sánchez Pérez *et al.*, 1997, 2001, 2002).

Por estas razones, es muy importante tomar en cuenta el contexto sociocultural de las zonas indígenas y hacer las adecuaciones respectivas al programa, lo que no se realiza en la práctica, ya que las actividades del PPCTB se desarrollan tal como lo marca la norma, con las consecuencias ya citadas.

3. De igual manera, el que hayan altas tasas de abandono del tratamiento antituberculosis, es decir, que no se completen los seis meses con los fármacos convencionales, es un indicador de inequidades y de mal funcionamiento de los servicios de salud, debido a que refleja posibles problemas en la calidad de la atención, en lo que se refiere a los siguientes aspectos:

- a) Falta de medicamentos. En algunas áreas rurales con fuerte presencia indígena, no es raro el continuo desabasto de medicamentos, o cuando los hay, estén caducados, lo cual origina que los pacientes reciban un tratamiento intermitente, se les suspenda o se les de monoterapia (uno o dos fármacos de los cuatro que se le debe administrar).
- b) Maltrato y autoritarismo por parte del personal médico. Es común que el personal de salud regañe a los pacientes por no bañarse, por no comer determinado tipo de alimentos (que en muchas ocasiones están fuera de su alcance), o por no seguir sus indicaciones que algunas veces no son del todo comprendidas por los pacientes). Otra forma

de maltrato es la revisión médica fragmentada de los pacientes por parte del personal de salud. Nos ha tocado presenciar que, cuando un paciente manifiesta que se siente mal o le duelen varias partes de su cuerpo, el médico le pregunta cuál es la que considera de mayor importancia y que esa es la que va a revisar y que “en otra ocasión le atenderá de los demás”. Un aspecto adicional de maltrato y discriminación lo constituye la pertenencia étnica. Al respecto, hay numerosos testimonios de habitantes de comunidades indígenas que señalan que la atención que se brinda a los indígenas es precaria (Arana-Cedeño, 2010).

- c) Falta de capacitación del personal médico para tratar los efectos secundarios del tratamiento. En diversos estudios (Reyes Guillén *et al.*, 2008) se ha documentado que algunos pacientes abandonan el tratamiento debido a dichos efectos, los cuales no solo no son atendidos por parte del personal de salud, sino que no muestran siquiera interés en las molestias que le causan a los enfermos.
- d) Falta de seguimiento de los pacientes. Tal como ya se mencionó, los pacientes deben ser tratados mediante la estrategia TAES. Es una constante en los estudios que hemos efectuado en zonas rurales e indígenas, que la proporción de pacientes tratados con tal estrategia no llega ni a 10% (Sánchez Pérez *et al.*, 2001, 2006, 2010; Reyes Guillén, 2008; Nájera-Ortiz *et al.*, 2008); inclusive hay estudios en los que el porcentaje de pacientes seguidos bajo la estrategia taes es nulo (Arana-Cedeño, 2010), aun cuando en las estadísticas oficiales se menciona que dicha proporción es de 95% en los casos registrados (SSA, 2010). Asimismo, los pacientes con TBB, requieren una evaluación por lo menos mensual de su estado de salud, lo cual incluye la realización de baciloscopías de control. En este punto debe concluirse que el TAES debe verse como el estándar mínimo aceptable con que un paciente debe ser tratado, para que el Estado cumpla con sus responsabilidades, tal como señala el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966).
- e) Falta de coordinación y trabajo conjunto con agentes de salud de la medicina tradicional. Por ejemplo, en la región de los Altos de Chiapas, donde existe una importante presencia de pueblos indígenas y se practica ampliamente la medicina tradicional, el sector salud no ha sido capaz de trabajar de manera coordinada ni mucho menos de unificar esfuerzos con los agentes de salud tradicionales, los cuales se quejan de que los pocos intentos que ha habido de acercamiento por parte de la Secretaría de Salud (SS), han ocurrido en un plano vertical, hegemónico y poco respetuoso. Esto repercute en que los pacientes que acuden a la medicina tradicional quedan confrontados entre dos visiones, lo que en vez de sumar esfuerzos, crea confusión e indecisión en el enfermo (Reyes Guillén *et al.*, 2008).

f) Barreras de acceso a los servicios de salud por conflictos políticos, religiosos o administrativos. En diversos estudios efectuados en regiones con este tipo de conflictos (Sánchez Pérez *et al.*, 2001, 2006), se ha documentado que en las unidades de salud no se atiende a las personas que pertenecen al “bando contrario”, no profesan la religión del grupo dominante o porque, en términos administrativos, “ahí no les toca”; incluso cuando “sí les toca”, para recibir atención, los pacientes deben de realizar diversas tareas en la unidad de salud (lavar ropa, pintar paredes, cortar el pasto, etc.), lo cual es discriminatorio y violatorio al derecho a la salud, sobre todo para pacientes que acuden de comunidades lejanas y en malas condiciones de salud. En otras ocasiones, no pertenecer a un determinado programa, como Oportunidades o el Seguro Popular, también es un factor de discriminación, pues en clínicas de salud en los que operan dichos programas, el criterio para brindar atención médica no se basa en la gravedad de un determinado problema de salud, sino en la afiliación o no a los mismos.

No obstante, cuando un enfermo abandona el tratamiento, es común que el personal de salud trate de responsabilizar de ello al propio paciente: “lo abandonó” o “ya no quiso tomarlo”, son ejemplos de expresiones mediante las cuales se justifica el abandono, pero sin reflexión alguna acerca de las razones (culturales, de salud, económicas, de género) del paciente. De hecho, el personal de salud se protege pidiéndole a las autoridades locales que firmen como testigos un acta con lo que se liberan de cualquier responsabilidad de lo que le pudiera suceder al paciente, mientras que los enfermos quedan aún con menos probabilidades de recibir atención médica, con lo que se reproduce y profundiza la discriminación y la inequidad (Arana-Cedeño, 2010).

4. La principal y más grave consecuencia del abandono del tratamiento anti-TB es la posibilidad de que el paciente adquiera una TB MFR, lo cual ineludiblemente debe verse como una falla de los servicios de salud y, por ende, como una grave violación del derecho a la salud. En este punto debe enfatizarse que los casos de MFR no nacen de manera espontánea, sino que se producen debido a una serie de circunstancias concatenadas (la gran mayoría atribuibles a los servicios de salud) que llevan a un paciente a esa condición, de la cual es muy difícil recuperarse, por la escasa posibilidad de conseguir los medicamentos adecuados, por su altísimo costo, porque se requiere un tiempo de seguimiento mucho mayor, a causa de sus importantes reacciones secundarias, y porque tiene una menor tasa de curación (Sánchez Pérez *et al.*, 2010).

5. La mortalidad por TB. Así como hoy en día es ética, social y políticamente inaceptable que ocurra una muerte materna, también lo debería de ser que sucediera una muerte por TB. Con los fármacos disponibles –aun cuando es criticable la prolongada duración del tratamiento– y con los métodos de detección de TB,

disponibles, no debe tolerarse que ocurran muertes por esta enfermedad. Por esta razón, la mortalidad por TB, también debe verse como una violación al derecho a la vida y a la salud. Además, como ya se comentó antes, los grupos socialmente más vulnerables son los que tienen el mayor peso de la mortalidad por TB. En un estudio efectuado en 2006, en la región de los Altos de Chiapas, entre los pacientes que habían sido diagnosticados con TB, de 1998 a 2005, se encontró que 71% de ellos eran indígenas y que, de los que habían fallecido a causa de esta enfermedad, 92% lo eran (Nájera JC, comunicación personal, 2010).

Que la TB se presente en mucho mayor medida en grupos socioeconómicamente marginados, como las poblaciones indígenas, es muestra del incumplimiento del Estado mexicano para ofrecer condiciones de vida digna en dichos grupos de población. Que una persona enferme de TB significa que en ella confluyen una suma de condiciones individuales y sociales desfavorables. En consecuencia, el Estado debería, por una parte, modificar las estructuras políticas y socioeconómicas necesarias para que todos los grupos de población, sin excepción, tengan los mínimos niveles de bienestar necesarios (vivienda saludable, empleo y salarios dignos, protección social, etc.) para que puedan gozar del mejor estado de salud posible y, por otra parte, garantizar que las personas que llegasen a enfermar de TB, sean atendidos con calidad e integralidad, lo cual significa una adecuada y oportuna atención médica y el otorgamiento de los apoyos necesarios por parte del Estado, en materia económica, laboral, alimentaria, social y familiar.

En este sentido, la falta de un diagnóstico oportuno, la aparición de MFR o la muerte de una persona por TB, debe verse como una franca violación a los derechos humanos por la falta de cumplimiento del derecho a la salud. Para ello, el modelo biomédico vigente debe cambiarse con el fin de que incorpore una visión intercultural, de género y de derechos humanos, lo cual abarca no solo la relación médico-paciente como tal, sino también los sistemas de información (en los que deben quedar registrados al menos, aspectos tales como la pertenencia étnica, nivel de escolaridad y ocupación de los pacientes con TB), así como la participación de las comunidades en el diseño, planeación, ejecución y evaluación del PPCTB, la cual debe ser realmente efectiva y no solo la mera incorporación de un promotor de salud comunitario (OIT, Convenio 169; ONU, 2007:Art. 23°).

Solo con voluntad política y desde una visión ética y de derechos humanos, la TB, dejará de figurar en México como una de las primeras causas de muerte entre la población. El gobierno mexicano está suscrito a una serie de convenios internacionales en los que se protegen y promueven los derechos humanos, no como una aspiración abstracta, sino como una serie de principios concretos que incluyen de manera importante la no discriminación y equidad, el no retroceso y progreso adecuado, la participación significativa, la rendición de cuentas y el desarrollo de estrategias multi-sectoriales. La TB, es un buen parámetro para medir el avance, estancamiento o regresión de dichos principios.

Esas condiciones de vida se inscriben de lleno en la inequidad social, por el acceso muy limitado a bienes y servicios y en consecuencia el elevado subregistro de la morbimortalidad.

Las fuentes de que se nutren las estadísticas de mortalidad provienen de los registros recabados en las oficialías del registro civil, así como de los datos de la mortalidad que acaece al interior de las instituciones de salud. El subregistro es enorme considerando que una parte importante de la población originaria carece de acta de nacimiento y sobre todo que la mortalidad en lugares alejados de oficialías de registro civil no se registra ni en una instancia ni en otra. A pesar de ello, hasta cierto punto los datos estadísticos permiten ver las deficientes condiciones de salud que privan en la población pobre del estado, reflejado en los perfiles de morbilidad y mortalidad general.

Mortalidad general

Entre las 10 principales causas de mortalidad general en Chiapas durante 2006, sobresalen en primer término los problemas crónico-degenerativos (ahora denominados enfermedades no transmisibles, del inglés *non communicable diseases, NCD*) propios de sociedades si no industrializadas sí con importante desarrollo urbano (véase cuadro 2), los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado. Sin embargo, todavía prevalecen, aunque ya en segundo término, las denominadas enfermedades del rezago o de la pobreza, en referencia a las de orden infectocontagioso que son prevenibles y abatibles, como influenza y neumonía y enfermedades infecciosas intestinales. No por nada Chiapas se ubica entre los estados más pobres de México, por la consecuente deficiencia en bienes y servicios.

Queda claro el significativo subregistro que es posible notar en los reportes proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) respecto de las 10 principales causas de muerte acaecida en las instalaciones de las diferentes jurisdicciones sanitarias de Chiapas (Tuxtla, San Cristóbal de Las Casas, Comitán, Pichucalco, Palenque y Ocosingo), en los que no se incluyen los datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En ese sentido, al considerar el rango de poblaciones en las que se contabiliza más de 70% de habitantes originarios, se observa que hay variabilidad en los perfiles de mortalidad, pero en todas las jurisdicciones predominan como principales causas de muerte las enfermedades del rezago: infectocontagiosas

de vías digestivas y respiratorias bajas, desnutrición, cirrosis hepática y diabetes (véase cuadro 3).

Cuadro 2. Mortalidad: 10 principales causas de defunción en Chiapas (2006)

Causa	Nacional	Estructura (%)	Entidad	Estructura (%)
Total	494 471	100.00	18 287	100.00
Tumores malignos	63 888	12.90	2 232	12.20
Enfermedades del corazón	81 252	16.40	2 040	11.20
Diabetes mellitus	68 421	13.80	1 775	9.70
Accidentes	36 268	7.30	1 719	9.40
Enfermedades del hígado	29 355	5.90	1 235	6.80
Enfermedades cerebrovasculares	27 376	5.50	793	4.30
Influenza y neumonía	13 402	2.70	623	3.40
Enfermedades infecciosas intestinales	3 941	0.80	614	3.40
Insuficiencia renal	10 580	2.10	560	3.10
Agresiones (homicidios)	10 452	2.10	534	2.90
Demás causas	149 536	30.20	6 162	33.70

Nota: Defunciones registradas según lugar de residencia habitual del fallecido.

a) Excluye paro cardíaco.

b) Incluye tétanos neonatal.

Fuente: Inegi Estadísticas de mortalidad, 2005.

Sobre ese particular, corresponde llamar la atención hacia el rubro de muertes por causas no definidas, que puede referirse a incapacidad técnico-profesional para arribar a un diagnóstico correcto, aunque más bien lleva a pensar en todas aquellas enfermedades que no entran en la clasificación internacional, de las que también muere la gente. En consecuencia, como ya se ha señalado, al menos para estas regiones, el modelo epidemiológico convencional es obsoleto y fuera de lugar, porque como señalan Hersch y Haro (2007b: 4):

[...] no resulta ser eficiente ni adecuado ante el nuevo perfil poblacional. Todo esto nos habla de la complejidad de los problemas de salud, de su multidimensionalidad y polifuncionalidad, en la que intervienen varios factores, reclamando el concurso de diferentes puntos de vista respecto a su definición, su génesis y factura, su posible gestión y resolución.

Por otro lado, al recurrir al acumulado de las causas de mortalidad de las jurisdicciones seleccionadas (véase cuadro 4), es notable el hecho de que tres de las 10 causas corresponden a enfermedades infectocontagiosas, y entre estas llama la atención la tuberculosis (cuadro 3). A ello se agrega la mortalidad por accidentes y agresiones, el brote de la diabetes mellitus y, estrechamente ligada a esta, la mortalidad por problemas cardiovasculares y renales. En el cuadro 4, como en el cuadro 3, destacan:

Cuadro 3. Principales causas de muerte (GBD, grupos básicos de defunción) en la jurisdicción sanitaria de Chiapas, con más de 70% de población originaria (años 2000 a 2008)

Tuxtla	SCLC	Comitán	Pichucalco	Palenque	Ocosingo
Causas mal definidas	131	2 237	428	245	926
Causas mal definidas		Causas mal definidas	Causas mal definidas	Causas mal definidas	Enfermedades isquémicas del corazón
Enfermedades infecciosas intestinales	69	1 144	329	187	237
Enfermedades infecciosas intestinales		Diabetes mellitus	Enfermedades infecciosas intestinales	Enfermedades isquémicas del corazón	Causas mal definida
Infecciones respiratorias agudas bajas	36	1 134	301	151	196
Infecciones respiratorias agudas bajas		Otros accidentes	Otros accidentes	Otros accidentes	Infecciones respiratorias agudas bajas
Otros accidentes	34	529	278	145	151
Otros accidentes		Enfermedades isquémicas del corazón	Infecciones respiratorias agudas bajas	Infecciones respiratorias agudas bajas	Otros accidentes
Desnutrición calórico-proteica	27	526	224	136	113
Desnutrición calórico-proteica		Enfermedad cerebrovascular	Enfermedades isquémicas del corazón	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Enfermedad cerebrovascular
Asma	17	511	220	99	100
Asma		Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Otros enfermedades digestivas	Otros enfermedades cardiovasculares	Diabetes mellitus
Otras enfermedades cardiovasculares	17	424	178	92	99
Otras enfermedades cardiovasculares		Infecciones respiratorias agudas bajas	Diabetes mellitus	Enfermedad cerebrovascular	Otras enfermedades cardiovasculares
Enfermedades respiratorias	17	412	147	88	77
Enfermedades respiratorias		Enfermedades infecciosas intestinales	Asfisia y trauma al nacimiento	Enfermedades infecciosas intestinales	Enfermedades infecciosas intestinales
Asfisia y trauma al nacimiento	15	360	144	167	74
Asfisia y trauma al nacimiento		Tumor maligno del estómago	Enfermedad cerebrovascular	Otros enfermedades digestivas	Nefritis y nefrosis
Otras enfermedades digestivas	13	328	131	82	60
Otras enfermedades digestivas		Otros enfermedades digestivas	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Anemia	Otros enfermedades digestivas
Anemia	12	320	130	82	57
Anemia		Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Desnutrición calórico-proteica	Diabetes mellitus	Asfisia y trauma al nacimiento

Fuente: Elaboración propia, con base en datos de Principales causas de muerte (GBD, Grupos Básicos de Defunción) del año 2000 al 2008, por porcentaje de HLU según municipio de residencia en Chiapas. <http://www.sinaiis.salud.gob.mx.scl.c>, San Cristóbal de las Casas.

Cuadro 4. Acumulado de 10 principales causas de muerte (GBD, grupos básicos de defunción) en cinco jurisdicciones sanitarias de Chiapas con más de 70% población originaria (años 2000 a 2008)

Causas mal definidas	4 204
Infecciones respiratorias aguda bajas	1 924
Enfermedades infecciosas intestinales	1 814
Enfermedades isquémicas del corazón	1 696
Otros accidentes	1 542
Diabetes mellitus	962
Nefritis y nefrosis	889
Desnutrición calórico-proteica	731
Tuberculosis	453
Agresiones (homicidios)	388
Otras causas perinatales	181

Fuente: Elaboración propia, con base en datos de Principales causas de muerte (GBD, Grupos Básicos de Defunción) del año 2000 al 2008, por porcentaje de HLI según municipio de residencia en Chiapas. <http://www.sinais.salud.gob.mx>

en primer término las causas mal definidas que corresponden a 35% de las 10 causas señaladas y dicho porcentaje sería significativamente menor si se tomara en cuenta el total de la mortalidad. Sin embargo, el dato anterior revela la importancia de considerar tal rubro a la hora de delinear las estrategias en salud dirigidas a las regiones interculturales con predominio de población originaria, en las que *se precisa* tomar como base un modelo sustentado en la epidemiología sociocultural.

Si por ejemplo nos acercamos a la estadística de 2006 acerca de las defunciones hospitalarias en instituciones públicas (véase cuadro 5) y específicamente en instituciones que proporcionan atención a la población originaria y pobre del estado, como son IMSS-Oportunidades y el Instituto de Salud en Chiapas (ISA), se revela que la primera causa de muerte son las afecciones originadas en el periodo perinatal, lo que refiere tanto a muerte materna como de neonatos, información no reflejada en los datos previos y que es de fundamental importancia. Como segunda causa de muerte, se encuentran “ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias”; en tercer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, que a escala estatal ocupa la primera causa; en cuarto lugar, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que da cuenta, por un lado, del creciente índice de diabetes mellitus; en quinto lugar, las enfermedades del sistema digestivo entre las que por supuesto destacan las diarreas de todo tipo; en sexto lugar, las enfermedades del sistema respiratorio; en séptimo lugar, causas externas de morbilidad y mortalidad; y en octavo lugar, tumores (neoplasias),

un problema por considerar seriamente como consecuencia del uso de agroquímicos.

Como se puede ver, las tres fuentes citadas ofrecen datos disímiles, con panoramas diferentes de la mortalidad en Chiapas y entre la población originaria, lo cual aclara de manera relativa las diferencias entre las condiciones de salud de la población originaria y otros sectores, pero sobre todo las deficiencias del modelo epidemiológico.

Capítulo CIE-10	Causa de muerte	Total	Seguridad social			Asistencia social	
			IMSS	ISSSTE	ISSTECH	IMSS OPORTUNIDADES	ISA
Total		3 679	1 184	175	110	313	1 897
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	526	221	34	32	27	212
Ciertas							
P00-P96	afecciones originadas en el periodo perinatal	414	53	9	1	47	304
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	406	190	3	4	4	205
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	362	151	16	6	0	189
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	350	70	18	10	32	220
C00-D48	Tumores (neoplasias)	339	211	2	9	0	117
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	326	104	18	18	36	150
V01-Y89	Causas externas de morbilidad y mortalidad	210	34	2	2	0	172
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	173	88	5	5	8	67
Malformaciones							
Q00-Q99	congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	101	22	0	2	0	77

Fuente: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/ae07/info/chs/c07_05.xls#5.20!A1 [consulta: 25 de enero de 2009].

Replón aparte, por el peso que tiene en las principales causas de muerte, revisamos someramente la mortalidad materno-infantil. Tal como señala Freyermuth:

Con base en las tasas de muerte materna de 1937 a 1991, Sandra Reyes Fraustro (1992) dividió el país en cuatro regiones que clasificó como de baja, mediana, alta y muy alta mortalidad materna. En estas estimaciones, y teniendo como punto de referencia la región de baja mortalidad materna, se observa que la probabilidad de morir durante la maternidad es 20% superior en la región clasificada como de mortalidad media; aumenta a 50% en la mortalidad alta y a 59% en la clasificada como

muy alta. Chiapas se encuentra en el último grupo. En otras palabras, por cada 10 muertes maternas que ocurren en la región clasificada como de baja mortalidad, ocurren 12 en la media, 15 en la alta y 19 en la muy alta (2004a: 73).

En otro estudio realizado en 1995 por Freyermuth y Garza en el municipio de Chenalhó, los autores siguieron una metodología que denominaron *autopsias verbales*, con la que determinaron un subregistro de mortalidad materna de 45%, mediante datos que reflejaron una mortalidad seis veces mayor que la de la media nacional. Del total de *autopsias verbales* realizadas, se encontró que solo 10% de las mujeres recurrió a los servicios de salud a solicitar atención, mientras que el resto se atendió con parteras (Freyermuth y Garza, 2004b: 77-78). Asimismo, se reporta que, en el municipio de Cancuc, la posibilidad de morir es de una a una, es decir, nueve veces mayor que la media nacional, y tres más que el promedio estatal (Freyermuth y Garza, 2004c: 88). De igual manera, se indica que las causas más frecuentes de mortalidad materna son primero las hemorragias, después la toxemia del embarazo y luego las complicaciones del puerperio, cuando 98% de las mismas resultan evitables en un hospital de primer nivel bien equipado y con personal plenamente capacitado (Freyermuth y Garza, 2004d: 89-90).

A pesar de las acciones emprendidas a través del programa Oportunidades y el Seguro Popular, la mortalidad materno-infantil persiste dentro del rango de brote epidemiológico, toda vez que, como se reconoce en el informe de Oportunidades 2008, la calidad de la atención de los servicios de salud no da para resolver el problema.

En ese sentido, según se reporta en la evaluación externa del Programa Oportunidades 2008 para zonas rurales (1997-2007), el acceso a los servicios de salud no es universal, las diferentes instalaciones carecen de energía eléctrica o experimentan suspensión frecuente del servicio, alrededor de 30% no disponen de agua entubada y más de la mitad se hallan sin drenaje. El personal de salud ha recibido escasa capacitación sobre el programa Oportunidades y muy pocos consultan y conocen las guías o normas oficiales de atención (Sedesol, 2008b: 18).

En las clínicas, hay desabasto importante de instrumental básico, como baumanómetros, estetoscopios, termómetros, básculas y otoscopios, y mucho menos se cuenta con electrocardiógrafo, aparato de rayos X y equipo de ultrasonido, además de que casi no hay ambulancias (Sedesol, 2008c). A modo de

paréntesis aparte, cabe señalar que en los Altos de Chiapas es común ver que las ambulancias entregadas a las presidencias municipales se utilizan para satisfacer las necesidades expresas de los cabildos y no para la función que se les asignó en el momento de ser dotadas.

Por otra parte, hacen falta tiras reactivas para diagnóstico de embarazo, orina, glucosa en sangre, tipo sanguíneo y detección de VIH (Sedesol, 2008d: 19). La red fría, si la hubiera, generalmente es exclusiva para el producto biológico (vacunas) y escasamente para medicamentos como insulina (Sedesol, 2008e: 49).

A duras penas se ordenan exámenes de laboratorio y gabinete, o se establece una secuencia en el seguimiento de la atención requerida; por ejemplo, si bien le va, al diabético solo se le efectúa una determinación de glucosa al año. Además, difícilmente se realiza modificación en el esquema de tratamiento aunque se encuentren elevados niveles de glucosa en sangre. Asimismo, el personal médico no está plenamente capacitado para el manejo de enfermedades no transmisibles, como en el caso de la diabetes, en particular respecto del manejo de insulina, la detección temprana de complicaciones mediante exámenes de laboratorio correspondientes o la detección de albúmina en orina; tampoco dispone de capacitación para atender los altos índices de mortalidad debidos a nefritis y nefrosis, como se puede ver en el apartado correspondiente o ceguera, o para la prevención de accidentes vasculares mediante los exámenes de sangre encaminados a detectar los variables niveles de lípidos (Sedesol, 2008f: 26).

Por otra parte, durante la atención prenatal no se realizan los procedimientos prescritos por la norma oficial correspondiente, ni en lo mínimo esencial; escasamente se efectúa medición pélvica, del crecimiento uterino y de foco fetal, y mucho menos se practican exámenes de laboratorio (examen de orina o de sangre, detección de VIH/sida) (Sedesol, 2008g)

En la evaluación referida, se informa que los problemas delineados en los párrafos precedentes son aún más graves en las clínicas situadas en localidades de población originaria; corresponden a un botón de lo que en realidad acontece en un medio carente del presupuesto necesario para mejorar su calidad, de modo que se trata de un rubro que hay que enfocar en primer término si en realidad se pretende conseguir cambios significativos en la atención intercultural en salud.

El trabajo de investigación entre los grupos originarios de Chiapas

A partir de la tercera década del siglo xx, por primera vez se fija el interés en documentar y estudiar a los pueblos originarios de Chiapas. Los primeros trabajos encabezados por académicos estadounidenses trataron acerca de etnografías pormenorizadas, en las que de manera particular destacan extensos capítulos concernientes a la salud de los pueblos originarios, así como referencias a sus sistemas etnomédicos; también se produjeron documentos extensos y específicos sobre la temática.

Como marco y justificante para el estudio de los sistemas etnomédicos y de las condiciones de salud en los diferentes grupos originarios de Chiapas, se han señalado en diferentes momentos diversas características, entre ellas la enorme diversidad sociocultural y su vínculo con la religiosidad, al igual que problemas de orden político-económico en contexto de pobreza. En lo que atañe al proceso salud-enfermedad-atención y considerando a los diferentes sistemas médicos que inciden en dicho medio, dichos ejes establecen una liga directa e insoslayable con la disputa histórica por los recursos naturales, la inequidad, el racismo, el acceso diferenciado y limitado a bienes y servicios de salud, la insalubridad, el hambre y el perfil patológico de la pobreza, con la consecuente elevada morbimortalidad.

En ese marco y desde distintos enfoques epistemológicos y teórico-metodológicos se ha problematizado sobre los procesos de salud-enfermedad-atención entre los diferentes pueblos originarios del estado, de modo que algunos estudiosos (y estudios) se orientan hacia la biodiversidad medicinal, como en el caso de los etnobiólogos; otros enfocan aspectos de orden simbólico que permiten un acercamiento a las formas en que se concibe y se vive en el mundo entre los diferentes grupos mayas, zoques y mestizos que habitan en la región; algunos abordan la noción de persona; unos más cubren los procesos de formación, iniciación y trabajo de los practicantes, es decir, del ser y hacer de los sistemas etnomédicos; y están los que se abocan a la revisión integral de los procesos de salud/enfermedad/atención como los antropólogos, médicos y psicólogos. Del otro lado, hay estudios de corte epidemiológico sobre problemas específicos que despuntan en algunas regiones o comunidades. Dado que el presente trabajo no busca profundizar en dichos trabajos, aquí tan solo se presenta un esbozo de las obras de mayor importancia.

Para los propósitos de este capítulo, los estudios realizados en la región han sido agrupados en dos

bloques o periodos: el primero, de la década de 1930 hasta finales los años setenta, y el segundo, con datos desde 1980 a la fecha.

El primer periodo quedó profundamente marcado por el interés de equipos de antropólogos principalmente de las Universidades de Chicago y Harvard, a los que se agregaron eminentes antropólogos mexicanos. Acorde con los planteamientos teóricos y metodológicos de la época, dichos estudiosos se abocaron a registrar la mayor cantidad de pormenores socioculturales, religiosos, políticos, económicos y de salud. Los escritos constituyeron fundamentalmente obras etnográficas extensas, cuyo contenido más importante se centró precisamente en los aspectos referentes a la conformación de la noción de persona y el proceso de salud-enfermedad-atención.

Algunos de estos trabajos a la fecha son considerados clásicos, lo que se traduce en que aún hoy algunos académicos siguen citándolos como si continuaran vigentes las condiciones que prevalecieron en el tiempo en que se llevaron a cabo las investigaciones, congelando la posibilidad de los grupos *maya-zoques* de ajustarse al devenir histórico no solo que les ocurre, sino los somete.

Entre las obras de esta primera época destacan: *Nagualism in Mexico and Guatemala*, de George Foster (1944); *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, de William Holland (1963); *Cancuc. Etnografía de un pueblo tseltal de los Altos de Chiapas y Los peligros del alma: Visión del mundo de un tsotsil*, de Calixta Guiteras Holmes (1944 y 1965); *Los zinacantecos*, de Evon Vogt (1966); *Los chamulas en el mundo del sol*, de Gary Gossen (1980); *El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*, de Jacinto Arias (1975); *Illness and shamanistic curing in Zinacantan. An ethnomedical analysis*, de Horacio Fabrega (1973); *Oxchuc, una tribu maya de México*, de Henning Siverts (1969); *Cambios médicos y sociales de una comunidad maya-tzeltal*, de Robert Harman (1974); *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*, de Esther Hermitte (1970); *Spiritual power in Central America. The naguals of Chiapas*, de Pitt Rivers (1970); *Chamula*, de Ricardo Pozas (1977); *Etnografía tseltal de Chiapas. Modalidades de una cosmovisión prehispánica*, de Alfonso Villa Rojas (1990); *Tenejapa: familia y tradición en un pueblo tseltal*, de Andrés Medina (1991); *Cambio y continuidad entre los mayas de México*, de Henri Favre (1973); y *Chonbilalch'ulelal: alma vendida*, de Ulrich Köhler (1995), que si bien fue escrito y publicado en alemán en el periodo señalado, su traducción no se publicó sino hasta la década de 1990.

Entre 1980 y 1990, la producción en el campo de la etnomedicina disminuyó considerablemente, para

volver a despuntar a partir de la última década del siglo xx, cuando nos encontramos con un panorama distinto y rápidamente cambiante, caracterizado en relación con el complejo *salud-enfermedad-atención* por el desarrollo de prácticas diferenciadas entre los mayas y zoques dispersos en el territorio chiapaneco; tal diversidad claramente es resultado del impacto que han tenido, en el mediano plazo, los grandes cambios religiosos, sociales, culturales, políticos y económicos que experimentó la población del estado, y que en términos de prácticas médicas ha producido un espectro diverso y denso. En un extremo se identifica casi exclusivamente a quienes recurren a sistemas etnomédicos subsumidos en una complejidad sobrenatural con abundantes elementos prehispánicos, como en el caso de los tseltales de Cancuc (Pitarch, 1996) y los tsotsiles de Chamula (Page, 2005d); en el otro, los que, como alternativa obligatoria, recurren a la atención por parte de pastores o bien a la biomedicina, tal como se observa entre los conversos a las diferentes sectas y denominaciones cristianas. Dentro de este último rango es posible encontrar un gran número de combinaciones, cuyas características dependen del grado y tipo de elementos de la sociedad dominante que los grupos originarios han ido incorporando a las dinámicas sociales y que a unos les ha llevado a sustentar sus prácticas sobre bases ancestrales, con la incorporación de pocos o numerosos elementos no solo de la biomedicina sino también de otras medicinas populares como el espiritualismo, mientras que a otros les ha impulsado a realizar prácticas sustentadas en el hacer de la biomedicina, pero centradas en la terapéutica herbolaria, como se puede observar entre los tseltales de Oxchuc (Page, 2010a).

A modo de paréntesis, cabe señalar la profunda marca que dos hechos dejaron en el quehacer científico, al menos en lo que respecta a estas disciplinas: el levantamiento neozapatista en 1994, y las acciones derivadas de la disputa por la biodiversidad a raíz de proyectos de bioprospección (mejor denominados desde la perspectiva popular como biopiratería) que impulsaron los consorcios Programa de Colaboración sobre Medicina Indígena Tradicional y Herbolaria (Procomith) y más tarde el proyecto Bioprospección, Conservación de la Biodiversidad y Desarrollo Sustentable en los Altos de Chiapas (ICBG-Maya), cuyos objetivos refieren al interés explícito de parte del sector industrial farmacéutico asociado con universidades estadounidenses para apropiarse de la diversidad biótica, específicamente de los recursos medicinales y combinaciones con efecto terapéutico sinérgico, lo que se tradujo en una respuesta popular

de rechazo de dimensiones regionales, repercutiendo de manera importante en la realización y desenlace del trabajo científico etnobotánico y etnomédico, principalmente en lo que toca al acceso a fuentes primarias, que al menos en cuanto a la investigación etnomédica ha sido gradualmente subsanado (Alarcón, 2010).

De esta segunda época del ámbito de la antropología médica, sobresalen: *Ch'ulel: Una etnografía de las almas tseltales*, de Pedro Pitarch (1996); *La vergüenza. Enfermedad y regulación social en una comunidad chol*, de Gracia Imberton (1999); *Envejecer en Chiapas: Etnogerontología zoque*, de Laureano Reyes (2004); *Cómo se vive la discapacidad causada por tracoma, un estudio de caso en el municipio de Oxchuc*, de Joaquín Ventura (2005); *Manejo terapéutico de enfermos oculares: el tracoma en una localidad tseltal del Oxchuc, Chiapas*, de Juan Carlos García (2005); *La práctica médica tradicional y sus representaciones en los problemas de salud que ocasionan la muerte materna en San Juan Chamula*, de la antropóloga de origen chamula Juana López Hernández (2007); *Winiketik Ajch'álotik, Ansetik Lumotik, hombres de lodo, mujeres de Tierra. Elementos de configuración de la persona tseltal de Yajalón*, de Óscar Sánchez (2009); *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad, Medicina alópata y medicina indígena. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, entre la vasta obra de Graciela Feyermuth Enciso (2003 y 1993); *Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad de Simojovel, Política sanitaria dirigida a pueblos indios de Chiapas y México (1856-1995), El mandato de los dioses: Medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas, y Yombil. Puesta su flor en el altar. Una mirada a la etnomedicina en Oxchuc, Chiapas a partir de los j-poxhawanejetik organizados*, de Jaime Page (1996, 2002, 2005 y 2010); *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas* de Steffan Igor Ayora (2002). En torno al tema de espiritismo y espiritualismo, Rodolfo Mondragón (1994 y 1998) publicó dos trabajos: *El reconocimiento social de las facultades de los curadores espiritistas para curar, controlar, y/o enviar enfermedades. Cintalapa, Chiapas, y Descripción y análisis de las representaciones y prácticas respecto de la brujería entre los curadores espiritistas de Cintalapa, Chiapas*. Por último, Cecilia Acero Vidal (2008) escribió *Formas de interactuar en la relación paciente-médium (curador espiritista), desde la perspectiva del paciente, en la zona sur-oriente de Tuxtla Gutiérrez*.

Las prácticas de la medicina tseltal de los inmigrantes tenejapanecos en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Jorge Magaña Ochoa*

Durante décadas la medicina practicada por la población de los municipios indígenas pertenecientes a la etnia tseltal ha estado, en opinión tanto de investigadores como de legos en la materia, fuertemente enraizada en un sistema cultural, el cual basa sus formas explicativas en la presencia de fuerzas anímicas o sobrenaturales como el *nahual* o el *ch'ulel*, fuerzas que pueden causar enfermedades o curarlas (Magaña, 2002: 197). Como mencionan López-Hernández y Teodoro-Méndez (2006: 15), “Fundamentalmente es un sistema de origen prehispánico que tiene como eje rector su cosmovisión y descansa sobre bases mágicas y religiosas”.

En ese sentido, la multiplicidad de estudios etnográficos dedicados a la población tseltal ha tendido a presentar su cosmovisión como si fuese un esquema particular y estructurado en relación con normas y valores preestablecidos y aceptados por el grupo sin posibilidad de duda, y ello en estrecha relación, a su vez, con la dicotomía naturaleza/cultura y con nociones de bienestar e infortunio. Desde esta óptica, las deidades del panteón tseltal han sido definidas como agentes que premian o sancionan las acciones humanas, guardianes de la tradición y reguladores de la vida social (Holland, 1962; Vogt, 1969; Laughlin, 1966).

No obstante, el rol de las deidades no es unívoco, pueden castigar a los seres humanos desde distintas posturas, pueden causar daño a quienes infringen las normas, pero también hacerlo arbitrariamente. Ello responde, en parte, al hecho de que las deidades simbolizan agentes naturales cuyo influjo en la vida humana se basa en una estrecha relación entre el mundo sagrado y el humano (Eroza, 2007).

En ese sentido, las prácticas médicas de los tseltales inmigrados a un nuevo contexto –representados en esta ocasión por la ciudad de San Cristóbal de Las Casas– y sus concepciones sobre la enfermedad no dejan de corresponder “a un sistema cosmológico, sustentado en la preponderancia de una concepción mágico-religiosa que las explicarían, y en el que la mayoría de los padecimientos se clasificarían etiológicamente como sobrenaturales y personalísticos” (Magaña, 2004: 189).

Sin embargo, como se ha discutido en trabajos previos, aunque las prácticas médicas de las familias tseltales inmigradas son coherentes con las formas de diagnóstico y atención con las realizadas en su lugar de origen, también “son incoherentes en el nuevo contexto, debido a la presencia de otras formas de manejo del proceso salud/enfermedad/atención” (Magaña, 2002: 197). Desde esta perspectiva, existe cierta co-

herencia entre algunas prácticas médicas de los tseltales urbanos y las de su lugar de origen.

Sin descartar las interrelaciones de saberes culturales tseltales con su lugar de origen, sus prácticas médicas en el espacio urbano, pueden interpretarse como una “metáfora de formas que dan sentidos polisémicos, ambiguos e interrogativos a la ruptura o ‘desequilibrio’ en relación al cuerpo biológico, al cuerpo social y al mundo onírico y sus interrelaciones, con una profunda influencia del saber hispano-colonial” (Magaña, 2002:197) y de la medicina científica, universitaria, cosmopolita u oficial, según se le quiera definir, que la enmarca actualmente. En otras palabras, los cambios que hoy día podemos observar en la población tseltal inmigrada a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, si bien pueden parecer que responden a la influencia generada en ellos por un mundo moderno, resultan más bien de un proceso de reconstitución y reinvencción de la identidad étnica en nuevos contextos sociales.

Por tal motivo, el que se recurra a los servicios médicos oficiales en este nuevo contexto, aun cuando pudiéramos pensar que no es coherente con las prácticas médicas de los tseltales inmigrados, es cada vez más una posibilidad: “Ya no se puede creer naturalmente las cosas, la enfermedad simplemente tiene que barse con un doctor, para que te diga o te saca psicológicamente lo que haya que entender. Y aunque yo acudo a la clínica [...], me gusta más la tradición, la creencia en el alma” (Petul Najera, en Magaña, 2002: 200). También podemos observar este fenómeno en el mismo municipio de Tenejapa con los importantes efectos de la presencia, en la década de los sesenta, de la medicina oficial a partir, principalmente, de la implementación de sus programas de atención primaria a la salud, y también puede ser más claramente estudiado en la situación de los migrantes, por sus condiciones de vida y su acercamiento a los servicios médicos oficiales presentes en San Cristóbal de Las Casas (Magaña, 2004: 196).

En teoría, lo que podemos considerar como medicina indígena en general, y tseltal tenejapaneca en particular, en realidad es una muestra de la estructuración, práctica y saberes de diversas medicinas indígenas que nos remiten a contextos locales y culturales distintos: no es lo mismo hablar de medicina chol que de práctica médica tsotsil o tseltal; como tampoco pensar que es la misma medicina la que se practica de un municipio indígena a otro (Magaña, 2002: 219). Estas medicinas indígenas, que en este espacio social no conforman un modelo o sistema coherente o

*Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales.

completo, han experimentado, en los últimos años, cambios considerables que pueden ser observados tanto en sus prácticas como en sus formas de entender a las enfermedades. Dichos procesos de cambio, se han generado a partir de la incorporación de elementos de la medicina oficial en su cotidianidad y en su articulación con distintos sistemas médicos regionales, cuya legalidad se encuentra todavía restringida y subordinada a la medicina oficial (Magaña, 2002: 219).

Por esta razón, en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, amén de cualquier otro contexto chiapaneco, no podemos considerar a la medicina indígena tseltal como un todo homogéneo, monolítico o unitario, puesto que sus creencias y prácticas son productos culturales compartidos por todos los pueblos indígenas de la región. Más bien debemos plantear la existencia de una diversidad semántica-conceptual de esquemas de percepción y representación de los procesos morbosos entre los pacientes y sus familias (Magaña, 2002: 219). En ese sentido, hemos sostenido:

Muchos de los estudios realizados en este contexto, han documentado las profundas diferencias de significado e interpretación de las prácticas y saberes médicos indígenas con relación a la medicina oficial. Trabajos como los de Ayora 1996; Nash 1967; Vogt 1969; y Fernández 1992, muestran que las prácticas y saberes médicos están claramente vinculados a otros ámbitos de la cultura, la religión, las formas de organización social y del resto de las experiencias cotidianas, de manera que el marco de interpretación de un padecimiento implica un entendimiento de todas las esferas de la vida. Así, la enfermedad es determinada como un fenómeno en el que se cruzan lo mismo causas ambientales, estructurales que sobrenaturales (Magaña, 2002: 216).

Lo anterior no implica tampoco que la medicina indígena constituya un todo orgánico y unánime de, pues sí podemos hablar de medicina tseltal. Se estaría hablando de la presencia de un fenómeno de competencia:

[...] por establecer la legitimidad de prácticas y representaciones médicas, provocado por las múltiples interacciones y relaciones sociales, en que participan los tseltales tenejapanecos inmigrados en este espacio social con otros actores sociales y estructuras médicas. De esta manera se generan diversas estrategias para resolver, en el ámbito familiar, problemas que constriñen la salud de sus integrantes (Magaña, 2002: 223).

Por tal motivo, la búsqueda de remedios para la enfermedad entre los tenejapanecos inmigrados, se debate en una serie de orientaciones, negociaciones, manipulaciones o conflictos con los demás agentes con los que entra en relación y genera una gama de estrategias acordes con la convivencia urbana y a sus posibilidades económicas y de acceso a la atención. No debemos olvidar que “por su origen social y cultural, las representaciones y

prácticas de la medicina tseltal de los inmigrantes tenejapanecos, no corresponden a los esquemas de atención a la salud propia de la medicina oficial o comercial, que son los que dominan el medio en San Cristóbal de Las Casas” (Magaña, 2002: 197-198).

Sin embargo, la producción de prácticas y esquemas de percepción y representación de las enfermedades de los tenejapanecos en este contexto pluricultural, genera cambios en su significación pues desarticula los signos y síntomas conocidos al mostrar la incapacidad de generar marcos interpretativos útiles para la planificación de los itinerarios terapéuticos, y hasta podríamos pensar en cierta situación de eclecticismo que cuestionaría tanto la idea de una medicina absolutamente hegemónica –como se quiere hacer pasar a la medicina oficial en este contexto urbano–, como de una concepción de la enfermedad construida solo a partir de las llamadas “tradiciones indígenas” médicas, que entiende la enfermedad como castigo por la transgresión de las pautas sociales tradicionales, y que demarca la existencia de enfermedades naturales y sobrenaturales; las primeras no causa grandes sufrimientos y todos pasamos por ellas, mientras que las sobrenaturales son enfermedades graves consideradas como castigos por transgredir las normas sociales.

Esta posición negociadora o ecléctica, presente en las concepciones de salud de los tenejapanecos inmigrados, se muestra en detalle en los dos casos que a continuación se presentan:

Caso 1: Petrona Guzmán representa todo un itinerario terapéutico que va de las prácticas médicas indígenas a las de la medicina oficial. Ella ha introyectado el discurso médico oficial sobre las causales de ciertas enfermedades sin entender, como nos pasa a muchos, el verdadero significado de los signos y síntomas de lo padecido y “desviando” la comprensión resolutive del proceso morbo.

Petrona se dedica al hogar, es madre de tres hijos: dos hombres y una mujer, y es originaria de Yaxhanal. Manifestaba estar “enferma de la ‘vesícula’ desde hace como cuatro años”, porque así se lo dijo la hija de su marido, que es enfermera del Instituto de la Nutrición, delegación San Cristóbal de Las Casas, pero sin cuestionarse qué es la “vesícula” y solo atendiendo a los signos diagnósticos que en su cuerpo había identificado su hijastra: fuertes dolores en el estómago y vientre, dolores de espalda y cabeza, pero, además, estos malestares eran acompañados por tristeza, llanto, flojera y coraje.

Su historia: inicia la búsqueda de una solución a su problema en la farmacia ubicada junto a su casa, donde solicitó al dependiente algún medicamento para el dolor de “vesícula”, el cual no le hizo efecto. Su marido, “entendido de las formas de curar, me dio algunas hierbas, quemó velas e hizo algunos rezos para que el *chawaj* se me quitara”. Como los dolores continuaron, su marido decidió llevarla a la clínica de la SSA. Ahí, el médico familiar le asegura que tiene un problema de “vesícula” (lo cual coincide con el prediagnóstico elaborado por ella y su hijastra) y que es necesario operarla de inmediato. Petrona se angustia y comienza a experimentar un proceso depresivo ante la inse-

guridad de salir viva de la operación: “¿ahora quién se va a encargar de mis hijos y mi marido?”

Al ver su dolor, una vecina le recomienda, no se sabe muy bien porqué, ir a que le hagan un ultrasonido y de acuerdo con los resultados obtenidos, el problema de Petrona fue diagnosticado como “colitis nerviosa” complicada por diferentes tensiones de su vida diaria (Magaña, 2002: 203).

El otro caso, que nos permite observar que las prácticas médicas de la población tenejapaneca inmigrada denotan una lógica “eclectica”, es el de Verónica Guzmán, quien intenta manipular a todo el servicio médico oficial para obtener lo que busca, medicamentos para atender la enfermedad que en ese momento afecta a su hija. “Ella no está formulando una concepción sistemática del proceso morbosos que ataca a su hija, simplemente sigue una lógica construida desde sus circunstancias: está pidiendo medicina para su hija y no tiene con qué comprarla” (Magaña, 2002: 215).

Caso 2: Un día, llegue a casa de Verónica (mujer tsejal, entre 19 y 20 años de edad); se veía muy preocupada, “mi hijita se me muere”, le decía a su vecina. Al parecer su hija, de unos tres o cuatro meses de edad, presentaba un cuadro “diarreico” desde la noche anterior, que no lograba controlar con procedimientos caseros. Me pidió que la acompañara y salimos rumbo a la clínica de campo del IMSS.

En la clínica solicitó ficha y esperó turno, cuando le anunciaron que debía pasar al consultorio me pidió que entrara con ella. Ya ante el médico, fue auscultada e interrogada sin encontrarle problema de salud alguno; cuando el médico se lo hizo patente, ella le respondió que “ya lo sabía, pero mi hija está enferma y quiero medicamento para poder curarla”, con lo que provocó desconcierto en el médico. “Es que no tengo dinero para comprarlo [...] el medicamento, por eso vine a que me dé receta a la farmacia” (Magaña, 2002: 213).

Debemos entender que no es la medicina oficial la que desplaza las prácticas médicas indígenas, sino que éstas se reformulan por medio de las estrategias forjadas para la solución de las enfermedades que les aquejan. Como argumenta Sanchiz (1993: 263), en referencia al culto de San Simón en Guatemala: “Todo es válido, nada es contradictorio; las adiciones a la ‘costumbre’ indígena, sean de cualquier procedencia, vienen a reforzar los ritos [...] de curación de almas y cuerpos...”

En este caso, por las condiciones de cambio o desplazamiento a un nuevo contexto urbano, vemos como las prácticas médicas cotidianas de la población tenejapaneca inmigrada, implican

un contacto cada vez más frecuente con los saberes y recursos de la medicina oficial “hegemónica” en San Cristóbal de Las Casas. Los grupos sociales indígenas migrantes o no, a pesar de mantener sus prácticas médicas, utilizan los servicios de salud oficial y la medicina comercial, como lo muestran los casos descritos líneas arriba.

El modelo médico oficial en San Cristóbal de Las Casas, mediante sus diversos servicios, atiende a cerca de 85% de la población de este contexto social, la cual es mayoritariamente indígena y de bajos recursos; los principales servicios que ofrece son: atención de partos, cuidados de lactantes, nutrición infantil, vacunación de niños y mujeres en edades fértiles, atención de accidentes y lesiones. Las mujeres figuran como las principales demandantes de los servicios oficiales de salud (Magaña, 2002: 212). Por tal motivo, podemos apreciar que los cambios generados en las percepciones sobre los procesos morbosos de esta población inmigrada, alternan los códigos de comunicación y transmisión del conocimiento y percepción de las enfermedades con la medicina oficial: para unos las enfermedades siguen siendo producto de interpretaciones culturales originales, mientras que para otros, han adquirido nuevos significados en función de su inmersión en un proceso de pluralismo y diversidad de interpretaciones médicas.

Por último, y como ya lo hemos sostenido, las mutuas influencias de los saberes y prácticas médicas en este contexto urbano inciden de manera directa en la variación de lo que socialmente se establece como referente a la medicina de los tenejapanecos inmigrados; instituciones e individuos, pacientes y curadores, se encuentran en un continuo juego desigual e intercambio de ideas y discursos, como pudimos apreciarlo en los distintos diagnósticos y tratamientos curativos narrados por Petrona y Verónica. Estas familias han generado, a partir de experiencias particularizadas y cambios en sus estilos de vida, una serie de explicaciones a los procesos estructurales que justifican el origen de su inmigración a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas y del cambio en sus esquemas de representación y explicación de las enfermedades que los aquejan.

Sin embargo, las explicaciones de los cambios en la representación de las enfermedades (de naturales a virales o de espirituales a psicósomáticas) no se agotan por la asimilación o incorporación a este nuevo contexto social. Implican, como ya lo hemos dicho, un contacto cada vez más frecuente con los conocimientos, saberes y recursos presentes y manifiestos por la medicina oficial y considerada como hegemónica en el contexto urbano de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

En lo tocante a las temáticas que en la actualidad se trabajan en Chiapas, en el ámbito de la etnomedicina, la antropología médica y la epidemiología, descuella el interés por el estudio de problemas emergentes en términos biomédicos, observados desde su incidencia en la población *maya-zoque* y, en algunos casos, de las representaciones

y experiencia de dicha población, principalmente en relación con el VIH/SIDA (Reartes y Erosa; Tinoco, 2007) y la tuberculosis (Bencomo, 2009b; Sánchez y Vargas, 2008b); también hay proyectos de investigación en proceso, a través de los cuales se abordan temas como la diabetes mellitus (Page y Erosa, Lerín y Juárez), el suicidio (Imberton, 2009) cuya

incidencia es cada vez mayor en población originaria, la vejez (Reyes y Villasana, 2010), y la salud y migración en población maya (Sánchez Carrillo).

Por otro lado, las temáticas ligadas a población originaria que resaltan en el área de estudios de género, salud y dinámicas poblacionales del Colegio de la Frontera Sur (Ecosur), son principalmente las de género y salud (Sánchez, 2006; Maier, 1998; Tuñón, 1997 y 1999), desigualdad y salud (Cruz Burguete y Nazar, 2009), derechos humanos y salud (Sánchez, Yamin y Arana, 2006), tracoma (Ochoa, 2008), enfermedades crónicas (Nazar y Salvatierra, 2008) y desnutrición infantil (Nazar y Salvatierra, 2008).

Las medicinas originarias y las organizaciones de médicos indígenas tradicionales en el contexto de la producción académica

La pretensión de que la población maya o zoque del estado sea uniforme en sus concepciones y prácticas médicas limita de manera severa la visión de conjunto y sobre todo las distinciones que se precisan para diseñar programas y acciones en salud intercultural acordes con las distintas formas de concebir y de vivir en el mundo.

En las diferentes regiones del estado y entre los diferentes pueblos originarios, diversos aspectos ejercen un impacto diferencial en el largo y mediano plazo, por ejemplo: la incidencia de factores de orden ideológico, en el sentido de lo político, lo cultural y lo religioso; los acontecimientos socioculturales particulares de cada región; la vocación productiva de la tierra y con ello la conformación de sistemas económicos específicos matizados por disputas en cuanto a los recursos. Estos aspectos permiten observar entre los diferentes grupos mayas, tsotsiles, tseltales, choles, mames, lacandones, mocho y tojolabales y al interior de estos, así como entre los *zoques* que pueblan el norte del estado de Chiapas, una gran variedad de concepciones y prácticas en torno al complejo salud-enfermedad-atención. Como ya se mencionó, en un extremo están quienes casi exclusivamente recurren a etnomedicinas subsumidas en una complejidad sobrenatural con abundantes elementos indoc Coloniales; y en el otro, los que consideran como única posibilidad de atención la biomedicina, tal como se observa entre muchos de los grupos de conversos a las diferentes sectas y denominaciones cristianas e islámicas. En el primer grupo, hay variaciones importantes ligadas de manera insoslayable a los aspectos distintivos de la cosmovisión, en la cual es fundamental la forma

en que se construye la noción de persona, que a su vez perfilará de manera determinante las prácticas para conservar la salud y los modos de enfermar y de recibir ayuda para sanar.

Por ejemplo, entre los tsotsiles de Chamula y Chenalhó, la noción de persona se conforma a partir de la presencia del cuerpo (*bectalil*) y entidades anímicas como *ch'ulel* (alma), animal compañero o *vayjijelil*, y *quibal*; la última de estas nociones remite a la capacidad de personas superdotadas de transformarse en animales, fenómenos naturales o cósmicos (Page, 2005e).

Por otro lado, entre los tseltales de Oxchuc (Page, 2010b) no existe la presencia de animal compañero, mientras que esta (lo mismo que otras criaturas) sí es observada entre los tseltales de Yajalón (Sánchez Carrillo, 2008); la noción de *lab* no se asemeja a la del *quibal* de los tsotsiles mencionados, ya que se le concibe como una entidad que reside en el corazón de las personas y que, al abandonar el cuerpo humano por las noches, se torna gaseiforme y puede adoptar incluso formas humanoides para sembrar el terror, enfermar y matar a sus congéneres.

La noción de *ch'ulel* es común a todos estos pueblos y constituye la fuente para una gama enorme de enfermedades por las que la gente sufre intensamente y puede morir.

Cómo se concibe (cosmovisión) y se vive, se sufre y se muere es fundamental para entender las variantes en el proceso de salud-enfermedad-atención entre los diferentes grupos, lo cual incide, incluso, en cómo se padecen aquellas enfermedades que pueden ser identificadas por las taxonomías biomédicas. Conviene considerar todos estos aspectos en primera instancia en los modelos de epidemiología sociocultural que se diseñen.

Desafortunadamente, como ya se señaló, solo existe información etnomédica y de cosmovisión detallada sobre tsotsiles (predominantemente de Chamula, Chenalhó y San Andrés Larráinzar) y algunos pueblos tseltales (Oxchuc, Cancuc, Yajalón y Tila), lacandones y zoques, así como datos aislados de algunos de los demás pueblos originarios de Chiapas (la medicina tradicional de los pueblos indígenas de México), aunque en otras temáticas pueda encontrarse información suficiente.

Los trabajos de investigación referidos, sobre todo los fechados después de 1990, han sido producidos alrededor de la conflictividad sociopolítica y religiosa e influidos por ella, circunstancia que a la vez ha ido nutriendo con temáticas emergentes dicho quehacer.

En ese sentido, las dinámicas y problemáticas que surgen de las organizaciones de etnomédicos originarios son una vertiente importante, a partir de la cual se ha suscitado una buena parte de la producción antes señalada, y en torno a la cual algunos investigadores han hecho trabajo puntual y otros prácticamente hemos permanecido ligados durante toda nuestra trayectoria académica y de servicio; hoy, aunque en declive debido a problemas de financiamiento y deterioro en sus características propias, constituyeron un fenómeno de importancia a nivel nacional, motivo por el cual se incluye un apartado en este trabajo.

La conformación de organizaciones de “médicos tradicionales indígenas” tuvo su origen en el estado de Chiapas, de manera posterior a los encuentros de médicos indígenas organizados y promovidos por el médico Gonzalo Solís desde la sección de Mínimos de Bienestar Social, del Centro Coordinador Indigenista de San Cristóbal de Las Casas, perteneciente a lo que fuera el Instituto Nacional Indigenista (INI), hoy Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), y bajo los auspicios de un proyecto denominado *Medicinas Paralelas* que mantuvo una vigencia aproximada de dos años en la institución (1981-1982).

En 1983, bajo el mismo formato y denominación y con Solís como una de las cabezas, se retomó el proyecto a través de un convenio celebrado entre la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Desde su primera conformación, el objetivo del proyecto fue favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias entre etnomédicos de la región y tal vez de otros estados de la República, con objeto de recuperar y fortalecer dichas medicinas.

En 1985, al darse por terminado el convenio con UNICEF, el proyecto quedó totalmente en manos del gobierno del estado. Durante ese tiempo se suscitó un conflicto que dio término a la relación etnomédicos/estado, lo cual llevó a los etnomédicos y a las parteras tradicionales, participantes de dicho programa, a conformar de forma totalmente autogestiva la primera organización de su tipo: la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (Omiech, A.C.), que a partir de una escisión da lugar posteriormente a la Organización de Terapeutas Indígenas Tseltales.

Más adelante, cuando el INI retomó el Programa de Medicinas Paralelas en 1989, se implementó un proyecto nacional para la conformación

inducida de organizaciones enucleadas en torno a los Centros Coordinadores Indigenistas de todo el país. En Chiapas se conformaron 21 organizaciones enucleadas en el Consejo Estatal de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas, Compitch (Page 2002b), que a la fecha enuclea a las 11 organizaciones que han persistido.

Otro hito de interés fue la inclusión en 1982 de la medicina indígena tradicional en el programa IMSS-Coplamar [Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados]. En ese año, se realizó un estudio preliminar con el propósito de “establecer un lazo de unión entre la medicina institucional y la medicina tradicional local” (IMSS-Solidaridad, 1992: 10). Con base en los resultados del mencionado estudio, en 1983 el IMSS instrumentó a nivel nacional el Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional, el cual priorizaba la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y el aprovechamiento de los recursos de la medicina tradicional como parte de las estrategias de atención primaria de salud.

Luego del impulso inicial, dicho programa no estableció, al menos en Chiapas, una estrategia para interrelacionarse con las etnomedicinas. Tan solo planteó generar un cambio de actitud en el personal de la institución que estaba en constante contacto con las comunidades indígenas, contabilizar los recursos de la medicina indígena tradicional que había alrededor de las Unidades Médicas Rurales (UMR), facilitar la investigación de algunas plantas medicinales y poner a disposición de los terapeutas indígenas los recursos de la institución, como sueros, vacunas, etcétera (IMSS-Solidaridad, 1992b: 19).

Los matices de la globalidad

Impacto de la acción religiosa en la transformación de la demanda de atención y las prácticas comunitarias

Los estudiosos del campo etnomédico se han ocupado mayormente de dilucidar la carga determinista que los diferentes actores sociales representativos de las posturas ideológicas y de visión del mundo de la sociedad dominante han tenido y tienen en cuanto a actualizaciones, transfiguraciones y cambios que día a día se suceden en las representaciones y prácticas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención entre los grupos originarios de Chiapas.

Desde esta perspectiva, el factor inductor de mayor peso es el trabajo proselitista de diferentes organizaciones religiosas entre las que predominan los presbiterianos, los pentecostales y, a partir del cambio de estrategia pastoral en los años setenta, la Nueva Iglesia Católica. Ese trabajo que algunos iniciaron a principios de la década de 1940, y otros en los años sesenta (Morquecho, 1991; Rus, 1979; Rivera, 2001; Robledo, 1987; Pérez, 1994), dio lugar a una fuerte presión social dirigida a los tradicionalistas y dentro de la cual destaca la ejercida por los conversos.

En conjunto, las acciones de proselitismo religioso han influido de manera importante y determinante en los fundamentos ideológicos relacionados con las formas de ver y de vivir en el mundo de la población maya y zoque de Chiapas, al introducirse visiones que traen aparejados modelos de vida delineados en el contexto global, que en lo tocante a los procesos de salud-enfermedad-atención privilegian el uso y consumo de la biomedicina y modelos particulares de consumo en general.

Las acciones de las asociaciones religiosas repercutieron en el corto plazo en algunos municipios, como en Oxchuc, donde según los datos de Harman (1990: 28), hacia 1950 y con menos de una década de trabajo presbiteriano, aproximadamente la mitad de la población tsel'tal se había *convertido*, abandonando sus prácticas tradicionales.

En otros municipios, el trabajo no rindió frutos tan rápido. Por ejemplo, en Chamula y Chenalhó el impacto se reflejó tres décadas después (Robledo, 1987: 81-87), y a diferencia de lo que ocurrió en Oxchuc, en donde se generaron impresionantes índices de violencia y de expulsión de población, lo cual es constatable por la cantidad de población maya protestante y católica que se ha asentado en la periferia de San Cristóbal de Las Casas, y por la fundación de lo que ahora son enormes poblados como el de Betania, La Florecilla y otros más a lo largo de la carretera que va de San Cristóbal de Las Casas a Teopisca, al igual que los poblados en el municipio de Las Margaritas y en la Selva de Ocosingo.

El discurso de los distintos agentes religiosos se ha caracterizado por ser sectario, satanizador y descalificador concretamente de las formas ideológicas y de las prácticas indoc coloniales, lo que ha derivado en el plano social no solo en enfrentamientos físicos, sino también en tendencias conciliadoras, consensos y, concomitantemente, transfiguraciones de las nociones tradicionalistas, a fin de lograr armonía social, elasticidad fundamental requerida para la coexistencia. Por el lado de las formas religiosas indoc coloniales que inciden

en los sistemas etnomédicos, dichos cambios a su vez se han concretado en prácticas tendientes a diluir tensiones sociales; es el caso, por ejemplo, de los acontecimientos en Chamula, Chenalhó y Oxchuc, en que las dinámicas suscitadas por el cambio de adscripción religiosa de muchos de los pobladores ha generado cambios y actualizaciones que han impactado los elementos nucleares de la cosmovisión. Por otra parte, según Braudel (1999) y López Austin (1984c), las prácticas de larga duración y muy resistentes al cambio, como es el caso del desplazamiento del elemento dualidad bien-mal —que era condición de todas las deidades en el pasado, que ha sido severamente satanizado desde las distintas denominaciones y sectas cristianas y que en la actualidad se traduce en una tendencia predominante a dar a las deidades una adscripción unívoca, es decir, deidades del bien o demonios—, cuya actualización conlleva cambios significativos en la estructura social, lo que, en el caso de la etnomedicina de los tsotsiles de Chamula y Chenalhó, se concreta en una vocación claramente unilateral por parte de los practicantes de este sistema etnomédico; este aspecto también se observa entre los *jpoxtawanejetik* de Oxchuc, en el sentido de que quien es hijo de Dios exclusivamente ayuda a recuperar la salud, a salvar los *ch'uleletik* (almas), mientras que quien lo es del diablo, se aboca a destruir al prójimo (Page, 2005f y 2010d).

La diversificación entre bien y mal ha generado la redistribución de la *materia sagrada*, entendida esta como los elementos del ritual (los propios del altar o que se emplean para su aderezo, y los que tienen carácter de ofrenda), y en el plano preventivo, los materiales que se usan a manera de protección. Destaca la actualización respecto de las bebidas embriagantes, de las cuales particularmente se utiliza el *pox* (aguardiente de caña), que en el pasado, cuando las deidades poseían un carácter dual, era obligado ofrendarlo por constituir uno de los principales nutrimentos de las deidades (esta práctica todavía persiste entre los tsel'tales de Cancuc y la población maya que sobrevive en regiones donde las influencias señaladas no han impactado sensiblemente).

La transfiguración referida estriba en que, por efecto de la revelación onírica, el *pox* dejó de ser considerado nutrimento de la deidad celestial, por su naturaleza satánica, de modo que en el presente se emplea únicamente para “confundir al diablo”, además de que el término “confundir” alude a la condición propia de la embriaguez, en que más allá de proveer medios para un acercamiento a lo sagrado,

Etnomicología de Chiapas: saberes y usos de los hongos

Felipe Ruan-Soto y Marisa Ordaz-Velázquez*

Los hongos son tal vez el recurso al que se le presta menor atención cuando se habla del aprovechamiento de los recursos naturales. Para algunos grupos culturales, estos organismos están envueltos de un halo de extrañeza y hasta de desconfianza, producto quizá de su aparición efímera en los bosques, de las propiedades intoxicantes (e incluso mortales) de algunas especies o de particulares eventos históricos en los que se vieron implicadas personas y hongos.

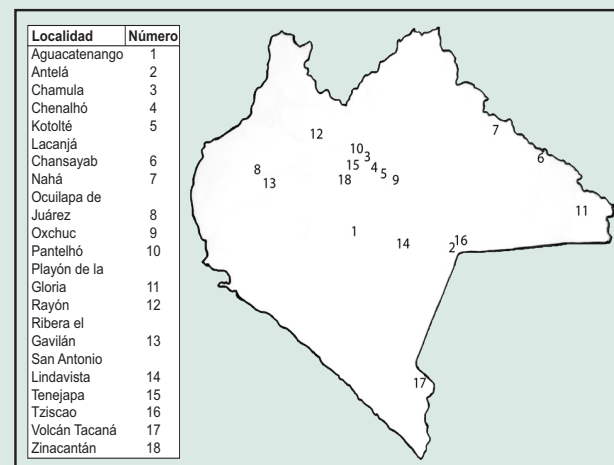
Sin embargo, para otros grupos, estos organismos son un recurso sumamente útil en la resolución de diferentes necesidades. Se encuentran envueltos en diferentes prácticas económicas, sociales y culturales, e inclusive, incorporados en su cosmovisión y sus mitos de origen. Esto no es raro si se considera que las especies de hongos comestibles son alimentos altamente nutritivos, contienen una cantidad importante de vitaminas, minerales y pocas calorías (Gómez y Mateos, 2011); además de poseer sustancias benéficas para el organismo las cuales estimulan el sistema inmunológico, contienen antioxidantes, disminuyen el colesterol, reducen la presión arterial y poseen actividad antiinflamatoria. En este sentido, la inclusión cotidiana de hongos en la dieta mejora la calidad de vida y la regulación de distintos procesos vitales (Curvetto, 2007:13-27).

En el estado de Chiapas, los hongos son un recurso abundante que se puede encontrar casi en cualquier ambiente, desde los manglares de las zonas costeras, hasta los pinares y encinares de las sierras, pasando por las exuberantes selvas (Andrade y Sánchez, 2005: 33-80). Se calcula que existen alrededor de 49 mil especies, de las cuales alrededor de 4 900 son hongos macroscópicos (Ruan-Soto *et al.*, en prensa). Se pueden encontrar sobre distintos sustratos: en la tierra, sobre tocones de árboles, sobre la hojarasca, en la madera, sobre heces de animales, o parasitando plantas, animales e incluso otros hongos. A grandes rasgos podríamos considerar dos tipos de micobiotas diferentes: los hongos de zonas templadas que se pueden encontrar en los bosques de encinos y pinos de las sierras y Los Altos de Chiapas, y los hongos de zonas tropicales, que habitan tanto en selvas secas como selvas húmedas de las tierras bajas. Aunque algunas especies se localizan en ambas zonas, la mayoría solo se encuentran en una u otra; asimismo, existen zonas llamadas de transición vegetal donde es posible encontrar en una misma área especies de ambos grupos. No obstante su gran riqueza, a este grupo de organismos no se les ha prestado la atención suficiente por parte de investigadores (biólogos, etnobiólogos, antropólogos,

agronomos, entre otros) y menos aún por aquellos encargados de la elaboración y propuesta de planes de manejo de recursos, de desarrollo económico y social, o de los responsables de la tomar de decisiones en materia ambiental, de salud, alimentaria, económica, etcétera.

Sin embargo, los pueblos originarios y, en general, la población rural en el estado de Chiapas, sí reconocen la importancia de este recurso y lo aprovechan de diversas maneras, con mayor énfasis durante la temporada de lluvias (Ruan-Soto y García Santiago, en prensa). Diferentes estudios han demostrado la gran cantidad de especies reconocidas y aprovechadas, el modo en que estos organismos encajan en la cosmovisión de los pueblos, la manera de nombrar las diferentes especies y clasificarlas, los diferentes conocimientos etnomicológicos que se han construido sobre estas y los usos que se le dan. Estudios recientes muestran que la población, tanto de los bosques como de las selvas de Chiapas, es mayoritariamente *micófila* (Ruan-Soto *et al.*, ms.), es decir, tiene actitudes de aprecio hacia los hongos (Wasson y Wasson, 1957). Actualmente Chiapas es uno de los cinco estados con mayor investigación etnomicológica realizada. Sin embargo, aún son pocas las comunidades con las que se ha trabajado. Hasta el momento se han efectuado estudios en 18 comunidades, con siete grupos originarios (tsotsiles, tseltales, tojolabales, chujes, mames, zoques, lacandones) y grupos mestizos (figura 1). Se están realizando trabajos etnomicológicos en 10 comunidades más.

Figura 1. Localidades donde se han realizado estudios etnomicológicos en Chiapas



Fuente: Elaboración propia

* Profesor de asignatura, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Estudiante de licenciatura, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Saberes y usos de los hongos

En las comunidades de Chiapas donde se han realizado estudios etnomicológicos se ha documentado que, tanto los indígenas como mestizos habitantes de las zonas rurales, tienen conocimientos más o menos detallados sobre la biología y las características de diferentes especies de hongos que les permiten aprovechar con acierto este recurso.

El número de especies que la gente de las comunidades reconoce va desde nueve en el ejido Ribera El Gavilán hasta 81 en Naha (García-Santiago 2011: 33; Domínguez-Gutiérrez, 2011: 49). Por lo general, las especies reconocidas son aquellas que tienen alguna importancia cultural, ya sea por algún uso directo (comestibles, medicinales, etc.), algún servicio que brinden o alguna relevancia dentro de sus mitos de origen.

Los nombres locales que se asigna a los hongos en su mayoría tienen que ver con alusiones a formas de objetos de la vida cotidiana (*Gomphus floccosus* Schwein: corneta), a descripciones de su color, olor o consistencia (*Auricularia delicata* [Fr.] Henn: chicharroncillo) a sus propiedades y usos más conocidos (*Boletus complex. edulis* Bull: pancito). Los nombres incluso pueden referirse a aspectos externos las cualidades intrínsecas de los hongos, relacionándolos con el lugar de los hongos en la cosmovisión y en los mitos de origen de algunos pueblos mayas (*Ganoderma applanatum* [Pers.] Pat: *wah kisin* -tortilla del *Kisin*, hermano de *Hachakyum*, Dios creador en la mitología lacandona) (Ruan-Soto *et al.*, 2007: 1-20; Domínguez-Gutiérrez, 2011: 49-91); La manera de clasificar a los hongos nos brinda mucha información acerca de las características consideradas importantes y cómo se entienden, particularmente entre los pueblos indígenas. Los hongos macroscópicos no integran los dominios culturales “animal” o “planta” correspondientes a reinos biológicos, en cambio, forman parte de un dominio independiente, aunque comparativamente pequeño, llamado *chejchew* en tseltal, *chechew* o *chuch* en tsotsil y *kuxum* en maya lacandón, por mencionar algunos términos (Lampman, 2007a: 11-27; Ruan-Soto *et al.*, 2007: 1-20). En un nivel menos incluyente, los hongos se separan por lo general en dos grupos con el sustrato y la textura o forma como criterios de separación: 1) terrestres y carnosos o con una forma típica de hongo “sombrija”, y 2) hongos lignícolas y correosos o con forma de oreja (Shepard *et al.*, 2008: 437-470), por ejemplo *lumilal chejchew* y *chejchew te* en tseltal, *Kuxum lu'um* y *Kuxum che'* en maya lacandón (hongos de tierra y hongos de palo) (Alvarado-Rodríguez, 2010: 75-90; Ruan-Soto *et al.*, 2007: 1-20). Muchos de los géneros locales corresponden con grupos relacionados de hongos (géneros, especies o morfoespecies) en los que los criterios morfológicos como la forma general o la textura tienen mucho peso (Shepard *et al.*, 2008: 437-470). Hay otras categorías que agrupan hongos con base en criterios diferentes a los mencionados, como

el hábitat, por ejemplo *kishin k'inal chejchew* “hongos de tierra caliente” y *sikin k'inal chejchew* “hongos de tierra fría”, en tseltal (Alvarado-Rodríguez, 2010: 75-90).

Uno de los aspectos más importantes para comprender cómo son entendidos los hongos por los pueblos indígenas en Chiapas, es la existencia de mitos de origen donde figuren hongos y en general aspectos ligados a la cosmovisión. Como ejemplo de esto, los Lacandones de Naha y Lacanja-Chansayab, explican cómo se originaron los hongos, cuáles se pueden comer y cuáles no, y el porqué de sus nombres y clasificación a partir de un mito de origen (Domínguez-Gutiérrez, 2011: 122-125; Ruan-Soto *et al.*, 2007: 1-20).

Aunado a estos aspectos cognitivos, se ha documentado una parte de los conocimientos ecológicos ligados a los hongos que tienen los diferentes pueblos chiapanecos con los que se ha trabajado. Conocimientos respecto de los sustratos propios donde se desarrollan las especies con importancia cultural, los tipos de vegetación donde se encuentran, los hábitats específicos donde es más probable que aparezcan, las fechas precisas en que se pueden encontrar, la abundancia de las especies de interés y las relaciones que existen entre estas especies y otros animales propios de los bosques y las selvas, por mencionar solo algunos ejemplos. Gracias a estos conocimientos y a su precisión es que estas personas pueden hacer un uso y aprovechamiento como a continuación se describe.

En Chiapas alrededor de 95% de las personas han consumido alguna vez hongos comestibles. Tanto en las zonas tropicales como en las zonas altas del estado este número es alto (97% y 90%, respectivamente). Es de llamar la atención porcentajes tan altos en tierras bajas tropicales, regiones que se habían considerado en el pasado como no micófagas (Ruan-Soto *et al.*, en prensa). En total, está reportado el consumo de 105 especies en todo el territorio donde se han realizado estudios etnomicológicos; sin embargo es claro que este número crecerá conforme se realicen más estudios. Como referencia de este indicador, en México se ha registrado el consumo de 275 especies de hongos de manera tradicional (Garibay-Orijel *et al.*, 2010: 243-270). Las 105 especies comestibles reconocidas para Chiapas están agrupadas en 35 familias y 13 órdenes. Con respecto a su modo de vida, 60 especies son ectomicorrizógenas, 43 son saprobias y 2 parásitas. Estos datos son sumamente relevantes ya que las especies saprobias son susceptibles de cultivo. En promedio, en las zonas altas templadas se consumen 24 especies, y en las zonas bajas tropicales, 11 especies. Esta diferencia es un patrón observable a lo largo de toda Mesoamérica y se explica porque, de manera natural, la riqueza de hongos macroscópicos en las tierras altas templadas es tres veces mayor que en las tierras bajas tropicales (Mueller *et al.*, 2006: 37-48; Cifuentes, *com. pers.*). Haciendo un análisis cuantitativo

a partir de las especies señaladas como comestibles en cada estudio realizado, las comestibles más importantes en el estado, tomando como indicador la frecuencia de mención (Weller y Romney, 1988: 15-32; Montoya *et al.*, 2003: 793-806) son: *Schizophyllum commune* (Fr.), *Pleurotus djamor* (Fr.), Boedijn, *Amanita* complex. *caesarea* (Scop Pers), *Auricularia fuscusuccinea* (Mont), *Auricularia delicata* (Fr.) Henn., y *Lactarius indigo* (Schwein Fr). En tierras altas templadas las especies comestibles más importantes son *Schizophyllum commune*, *Amanita* complex. *caesarea*, *Lactarius indigo* y *Lactarius* complex. *deliciosus* (Linn. Fr.) S.F. Gray. En tierras bajas tropicales, las especies más importantes son: *Pleurotus djamor*, *Schizophyllum commune*, *Auricularia fuscusuccinea*, *Auricularia delicata*, y *Tremella fimbriata* (Fr.) Es necesario considerar el impulso que se le ha dado en los últimos 10 años el cultivo de setas (*Pleurotus ostreatus* [Jacq.] P. Kumm.) por diferentes organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales. Gracias a la existencia de diferentes proyectos se ha logrado, por un lado, que ciertas dependencias públicas y privadas produzcan y vendan la “semilla” y, por otro, que un buen número de grupos de productores organizados instalen módulos de producción rural en comunidades marginadas de los Altos de Chiapas y la Selva Lacandona.

En cuanto a los hongos medicinales, en Chiapas hasta la fecha se registra el uso de 36 especies para combatir o remediar distintas afecciones. Muchas especies de los llamados hongos gasteromicetes como *Lycoperdon* spp., *Calvatia* spp. o *Geastrum* spp. se usan para combatir afecciones cutáneas (rozaduras, cortaduras, inflamación, erupciones y verrugas, por mencionar algunas) gracias a las propiedades antihemorrágicas y antisépticas que tiene la gleba (tejido donde se encuentran las esporas) al aplicarla directamente sobre la parte afectada. Asimismo otras especies, como *Schizophyllum commune*, *Ganoderma lucidum* (Curtis) P. Karst., o *Ustilago maydis* D. C. Corda, se utilizan para estimular la producción de leche materna, disminuir el dolor estomacal y el de cabeza, combatir los resfriados e inclusive para aliviar la tristeza (Lampman 2007b: 1-5; Shepard *et al.* 2008: 437-470; Grajales-Vázquez *et al.*, 2008: 5-15; García Santiago, 2011: 33-65; Ruan-Soto *et al.*, 2009: 61-72). Llama la atención que existan relativamente pocas especies de hongos medicinales en comparación con la cantidad de plantas medicinales registradas a pesar de que el número de especies de hongos es mayor al de las plantas. El hecho de que los hongos tengan una estacionalidad marcada (los cuerpos fructíferos solo aparecen en la época de lluvias), así como la dificultad de reconocer el lugar preciso en que aparecerán, son sin duda factores que privilegian el uso de plantas en las prácticas medicinales ya que estos organismos por lo regular están presentes todo el año, en lugares fijos y es mucho más fácil su cultivo.

Además de la alimentación y la salud, los hongos también son utilizados con otros fines. *Amauroderma rude* (Berk.) Torrend se utiliza con fines ornamentales (García Santiago, 2011: 56), *Cookeina speciosa* (Fr.) Dennis se utiliza con fines lúdicos (Ruan-Soto *et al.*, 2009: 61-72) y diferentes especies del género *Psilocybe* son utilizadas de manera recreativa por su característico efecto psicotrópico.

Como puede apreciarse a lo largo de este texto, muchas especies de hongos macroscópicos son aprovechadas por la población rural chiapaneca, tanto indígena como mestiza. Sin embargo, existen muchas otras especies, tanto comestibles como medicinales, que se utilizan en otras regiones del país y que existen en territorio chiapaneco. Especies como *Morchella* spp., *Boletus* spp., *Craterellus cornucopioides* o *Cookeina speciosa*, son recolectados en muchos sitios del mundo para consumo y venta en mercados locales. Actualmente el aprovechamiento de las diferentes especies silvestres y también las cultivadas es muy simple y rudimentario. Por lo general se venden los cuerpos fructíferos frescos y en mercados locales. Sin embargo, existe un sinfín de estrategias llevadas a cabo en otros sitios del país para generar productos acabados diversificados, con un mayor valor agregado y una mayor vida media del producto (Garibay-Orijel *et al.*, 2010: 243-270). Aunado a esto, hasta el momento están registradas 43 especies consumidas en la localidad que son potencialmente cultivables, de las cuales solo una se cultiva. Aunque existen instituciones que hoy experimentan el cultivo en laboratorio de nuevas especies comestibles con cepas nativas, es indispensable promover con más fuerza estos estudios y más aún, la transferencia de estas tecnologías a productores rurales.

Pese a todo este panorama de aprovechamiento, producto del beneficio alimentario y económico, real o potencial, muchos de estos conocimientos y prácticas están desapareciendo. Los factores son múltiples. En primer lugar se encuentra el desplazamiento de los modos de vida tradicionales por prácticas modernas. En este nuevo esquema no solo se tiene acceso a alimentos diferentes, sino también a nuevas formas de entender a la naturaleza y sus recursos. De tal modo gente joven, principalmente de zonas rurales, construye percepciones negativas sobre los recursos tradicionales como los hongos comestibles silvestres pues los conciben como una “comida de pobres” (Ruan-Soto *et al.*, 2007: 1-20). Los procesos de migración son otro factor que contribuye a acelerar estos mecanismos de aculturación en los cuales los conocimientos tradicionales son vistos como algo del pasado. Como estos conocimientos y prácticas transmitidos por la tradición oral ya no se consideran importantes, quedan en una posición vulnerable pues se interrumpe su línea de transmisión y corren el riesgo de perderse cuando la gente mayor muere (Ruan-Soto y García-Santiago, en prensa). A estos hechos se suman las acciones realizadas por autoridades sanitarias en los Altos

de Chiapas en respuesta a eventos de intoxicaciones mortales por consumo accidental de especies tóxicas de hongos silvestres. Con mensajes por todos los medios de comunicación se intentó desalentar el consumo de hongos silvestres señalando el peligro que corre la gente al consumirlos (Ruan-Soto *et al.* en prensa). Asimismo se prohibió su comercialización en los mercados de San Cristóbal de Las Casas. Investigaciones recientes muestran evidencia de que estas campañas han cambiado la percepción de la gente hacia los hongos, provocando desconfianza e incluso temor a consumirlos.

Ante este panorama, es necesario continuar con estudios etnomicológicos en el territorio chiapaneco que permitan do-

cular tanto especies aprovechables, como conocimiento micológico tradicional. Es indispensable no dejar morir estos conocimientos, los cuales servirán de base para promover y revalorar el aprovechamiento de los recursos micológicos por medio de talleres participativos, ferias donde se divulgue este conocimiento y otras estrategias que permitan revertir la desconfianza que se ha generado ante los hongos en Chiapas. Con un esquema de trabajo en el que participen tanto instituciones académicas, organismos gubernamentales y no gubernamentales como las personas en las comunidades es posible generar alternativas viables para un uso diversificado de los recursos naturales.

lo dificulta: sobre todo porque el *j-poxstawanej* embriagado es incapaz de concentrarse en el ritual, de seguir ordenadamente sus preceptos y, por ende, de ayudar a salvar-sanar a los enfermos; y en este mismo sentido afecta al diablo, ofrendándosele con el propósito de que la obnubilación coadyuve a que libere de su influjo a la víctima (Page, 2005g).

Las actualizaciones señaladas remiten a un proceso que por un lado apunta a la desconfiguración de las formas religiosas tradicionales y de las prácticas ligadas a estas y, por otro, a la resistencia a la desaparición, manifiesta en una reconfiguración encaminada a eliminar los elementos que afectan la supervivencia.

Como han mencionado distintos autores (Villa Rojas, 1990; Siverts, 1969; Harman 1990), los sistemas de control social y etnomédico en Oxchuc estaban centrados en lo que ellos denominaron “brujería” y que los oxchuqueros nombran *akchamel* o mal echado. En mi opinión, dicho sistema mantenía a la población constantemente atemorizada, por no decir aterrorizada, no por los castigos que las deidades pudieran infligir, sino por la capacidad de algunos de sus agentes sociales, predominantemente ancianos, de causar daño discrecional, en ocasiones por motivos nimios.

Lo anterior apunta a que, al menos en Oxchuc, la religión tradicional estaba en un proceso franco de deterioro en el que predominaban elementos católicos poco relacionados con la seguridad de la persona, según la perspectiva espiritual de los pobladores, lo cual los impulsó a un rápido cambio de adscripción religiosa, tal vez no como una forma de alejarse sino de quedar a salvo de los embates de los *labetik* de ancianos y *akchameletik* (echadores de mal) (Page, 2010e).

El cambio de adscripción religiosa en Oxchuc resulta un hecho inédito, ya que bastó el trabajo de un lustro, 1940-1945, por parte de la Iglesia presbiteria-

na para lograr la conversión de la mitad de la población del municipio. La información recopilada (Page, 2010f) indica que en la actualidad los *chábajeletik*, que realizan los rituales más complejos y se consideran representantes de la humanidad ante las deidades celestiales, acceden al cargo por intuición: ya no reciben mandato o formación por la vía onírica, y solo refieren captar alguna señal divina, totalmente difusa, respecto a lo que se espera.

Por otro lado, son pocos los *tseltales* que en la actualidad detentan el cargo de *chábajel*, solo presente en algunas comunidades. Así, entre los terapeutas que predominan están los yerbateros y las parteras, ambos formados en el seno familiar, sin participación divina y ocasionalmente reforzados mediante cursos de las organizaciones de etnomédicos.

Impacto de los programas institucionales de salud

En otro tenor, los determinantes secundarios de cambios y actualizaciones acaecidas en los sistemas etnomédicos incluyen: en primer término, la incidencia del mercado y sus elementos promocionales (medios masivos de información, modelos de consumo de grupos económicamente mejor situados); enseguida, la política social del estado (acción indigenista, que contempló programas estatales de bioatención a la salud-enfermedad y procesos de incorporación de las etnomedicinas a los sistemas de atención a la salud-enfermedad); por último, la interacción con grupos culturalmente diferentes.

Sobre el particular, hice las siguientes observaciones (Page, 2002c): la introducción de servicios de salud gubernamental a las regiones habitadas por población originaria ocurrió en la misma época en que dio inicio la acción religiosa protestante, es decir, a finales de la década de 1930, durante la presidencia de Lázaro Cárdenas, en cuya gestión se instrumentó

el año de servicio médico obligatorio a todo pregraduado de las escuelas de medicina, programa con bajo impacto en términos de promoción, difusión y aceptación, así como de cambio ideológico relacionado con hábitos de salud de la biomedicina.

A finales de la década de 1940, el Estado mexicano a través del Instituto Nacional Indigenista dio paso a una política integracionista con bases institucionales firmes, y directamente dependiente del Ejecutivo, encaminada a la realización de acciones sostenidas y programadas.

A través de diferentes programas, desde el INI se pretendía conformar, en la población objetivo, hábitos acordes con los de la “sociedad mexicana”. En este sentido, se instrumentaron medidas educativas y de provisión de servicios que precisamente pretendían modificar las costumbres: por un lado, las relacionadas con las necesidades básicas (salud, habitación, técnicas alimentarias y educación); por otro, las relativas a técnicas “atrasadas” de producción agropecuaria y artesanal.

Hasta finales de la década de los setenta, las políticas indigenista y sanitaria dirigidas a población originaria permanecieron acordes con el planteamiento integracionista caracterizado, en el discurso como en las acciones, por la descalificación, satanización y persecución de los practicantes de las etnomedicinas. La estrategia indigenista fue muy incisiva, especialmente considerando que las etnomedicinas son uno de los principales factores de cohesión social, estabilidad y continuidad de las culturas originarias, que era precisamente lo que se pretendía erradicar.

Sobre dicha base, las acciones sanitarias predominantemente fueron encaminadas “a lograr, a la vez que la racionalización y secularización de los conceptos y las prácticas médicas tradicionales, el debilitamiento de los mecanismos de cohesión fundados en la magia y la religión” (Aguirre Beltrán, 1976: 39). Sin embargo, esta política de Estado no incidió en lo ideológico, sino que se concretó en la promoción de prácticas; así, los cambios esperados fueron mínimos, y cuando sucedieron, como ya se señaló, fueron paralelos y derivados de los cambios religiosos, ya que también desde las estrategias de los grupos religiosos se privilegiaba la atención biomédica y se satanizaban las prácticas etnomédicas.

Encuentros y desencuentros entre los agentes biomédicos y usuarios pertenecientes a culturas originarias

En torno a la relación entre el personal de las instituciones de salud y los usuarios originarios, se pue-

de concluir que los criterios de interculturalidad han sido limitados a un ideario que plantea la adecuación de los servicios a ciertos aspectos de orden sociocultural, los cuales remiten a facilitar el acceso a los servicios y disponer de personal hablante de la lengua local, pero sin modificar a fondo las formas anquilosadas de la relación médico-usuario; también se orientan a facilitar espacios separados del hospital, para que los etnomédicos y, en especial las parteras, “puedan realizar su trabajo”, pero se trata de espacios que parecen haber sido diseñados sobre las rodillas de algún funcionario de ciudad y que permanecen sin uso por ser inoperantes y ajenos a la cultura de los etnomédicos. Cabe señalar que este modelo es únicamente implementado en los hospitales denominados interculturales, de los que hasta el momento hay tres en Chiapas.

Al menos en los servicios de estos hospitales se observa un trato amable y respetuoso hacia el usuario originario, y en términos de comunicación se busca siempre que el paciente se dé a entender en su propia lengua. Pero lo que más bien predomina, sobre todo en las clínicas en que los trabajadores de la salud han laborado por varias décadas, es la persistencia de patrones de comportamiento en que se relega al usuario originario y en muchas ocasiones se le maltrata.

En 2004, Gisela Espinosa condujo un análisis colectivo con mujeres en el estado de Oaxaca, respecto a los factores que desde su punto de vista coadyuvaban a la mortalidad materna, y obtuvo los siguientes datos sobre los servicios de salud:

[...] salió a la luz que recurrir a una institución pública de salud no garantiza la salud ni la vida, sea porque las mujeres llegan “en las últimas” y “ya no hay nada que hacer”; sea porque muchas clínicas y hospitales son como elefantes blancos: sin medicamentos, ni equipo y muchas veces sin personal médico, o con horarios y calendarios restringidos; sea porque los prestadores de servicios “nos discriminan por ser indígenas y pobres”.

[...] los “usos y costumbres” de modernos prestadores de servicios que laboran en instituciones y programas del sector salud tampoco tienden a fortalecer su autonomía en torno a la reproducción, sino a presionarlas para que tengan menos hijos (Espinosa, 2004b: 166, 167).

Por último, quiero resaltar que cuando una persona acude a una unidad biomédica, lo hace precisamente buscando ese tipo de atención, no la del yerbatero, del huesero o de la partera, sino la del biomédico; y,

en este sentido, la calidad de la relación intercultural depende de la disposición del trabajador de la salud para comprender qué le sucede al enfermo y proponer estrategias terapéuticas enclavadas en la biomedicina pero culturalmente pertinentes, todo esto desde la perspectiva cultural —léase cosmovisión— particular del enfermo y sus familiares.

Interrelación entre la biomedicina y las etnomedicinas

Otro problema relevante es la dificultad para lograr una relación armónica entre el sistema biomédico oficial y los sistemas etnomédicos. El mayor obstáculo, hasta la fecha insalvable, para alcanzar una convivencia armónica y respetuosa entre ambos es atribuible a las posturas inflexibles sostenidas por el Estado y las instituciones de salud.

A partir de la incorporación de la noción de interculturalidad en salud como parte de la política social de la Secretaría de Salud en 2002, se han readequado y fundado centros hospitalarios interculturales de segundo nivel en diversas regiones originarias del país. En Chiapas, destacan tres (uno en el municipio de Oxchuc para la atención de población tseltal, otro en San Andrés Larráinzar; y uno más en San Cristóbal de Las Casas, bautizado como Hospital de la Culturas), cuyas características en términos interculturales es que una parte del personal en salud es hablante de la lengua que predomina en la región, y el trato que se brinda a la población, al menos en San Andrés Larráinzar, donde nos ha sido posible observarlo, es amable y considerado. Pero toda actividad es llevada dentro del tenor de los puntos de vista de la biomedicina sobre la salud, la enfermedad y la atención.

De regreso al punto de los problemas de interrelación en términos de interculturalidad en salud, la interrelación con los grupos originarios del país, como una medida programática de política sanitaria, ha pasado por diferentes momentos a partir de las iniciativas formuladas desde la década de los setenta, con motivo de las metas del milenio que se plantearon en la reunión de Alma-Ata (en Kazajistán, que fuera parte de la entonces Unión Soviética), la cual dio origen al lema “Salud para todos en el año 2000” y a las “metas del milenio”, con la consideración de que esto se lograría, entre otras cosas, a través de la implantación de estrategias de atención primaria de salud, basada en la participación, en el plano local, de personal de salud para la consulta y referencia de casos, con la participación de:

[...] personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (Declaración de Alma-Ata, 1978).

En mayo de 1979, la Federación firmó un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Solidaridad, 1985: 7) que dio pie a la creación del Programa IMSS-Coplamar, hoy IMSS-Oportunidades, que perdura hasta la fecha aunque con algunas modificaciones, sobre todo de apellido.

Desde sus inicios, el programa IMSS-Coplamar ha estado imbuido del estilo rígido y vertical del IMSS, la institución que lo cobija. A través de la creación del modelo de Unidades Médicas Rurales y Clínicas Hospitalares de Campo, se pretendió imponer un incisivo moderno modelo de atención tendiente, en un principio, a impactar a las comunidades rurales, para lo cual se hizo un gran despliegue de recursos y personal.

Conforme el programa avanzó, se hicieron evidentes dificultades significativas: por un lado, el fracaso para contratar médicos dispuestos a permanecer durante largos periodos en sitios alejados de las zonas urbanas, lo que tiene cierta lógica dado el perfil profesional y el espíritu pro hospitalario conforme a los cuales se forma a los futuros médicos; por otro lado, la crisis económica, atribuida a la caída brusca del precio del petróleo, que a corto plazo llevó a la desaparición de la envergadura del programa Coplamar, nacido junto con la política económica nekeynesiana que precisamente, por la crisis señalada da paso a la instalación del neoliberalismo.

En lo que toca al sector salud, estos hechos marcan el inicio de la falta progresiva de financiamiento, lastre que se arrastra hasta nuestros días, pero que en su momento significó el despoblamiento de un número considerable de Unidades Médicas Rurales y la merma en el cuadro básico de medicamentos y otros recursos necesarios para su operación.

Durante las décadas de los ochenta y los noventa, varios acontecimientos en términos de política social repercutieron en el sector salud y en las formas que adoptó la atención dirigida a la población originaria, mismos que voy a obviar en esta presentación, por no corresponder al tema a tratar, pero que no dejan de ser importantes en el acontecer actual sobre la materia.

Solo señalaré un hecho en Chiapas que marcó indeleblemente la relación entre el Estado, el sector salud y los sistemas etnomédicos, y que se refiere al proceso que dio como resultado una acción fallida en el intento de conformar un modelo de atención a la salud que recuperara la inclusión de las etnomedicinas: en 1990, bajo el mandato de Patrocinio González Garrido, el Gobierno del estado de Chiapas emitió los preceptos legales que sustentan la implantación del Sistema Estatal de Salud, acorde con lo estipulado en la Ley General de Salud emitida en 1984, en la que se incluyó un apartado para normar la práctica de la medicina tradicional y herbolaria, asentado en el “Título IV: Recursos humanos para la salud” y el “Capítulo VI: De los auxiliares de fomento a la salud”; esta ley fue publicada en el Periódico Oficial del Estado, núm. 101, el 30 de octubre de 1990 (Congreso del Estado de Chiapas, 1990b), y dio cuenta de la situación legal a la que quedarían sometidos los médicos indígenas tradicionales chiapanecos en el contexto del Sistema Estatal de Atención a la Salud. Chiapas fue el primer estado en incluir una norma de este tipo en su sistema legal de salud.

Cabe señalar que dicho apartado fue emitido cuando en la Federación aún se discutía con qué características se haría la adición de un primer párrafo al Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana respecto de los derechos culturales de los pueblos originarios, cuya propuesta se presentó al H. Congreso de la Unión el 7 de diciembre de 1990 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 1992. Es decir, el capítulo referido se adoptó un mes y medio antes de la propuesta de adición al Artículo Cuarto Constitucional y dos años antes de su promulgación. Sin embargo, para entonces México ya había suscrito el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que como establece la Constitución Federal, posee el mismo nivel jerárquico que las leyes reglamentarias, y que no tomaron en consideración aquellos que hicieron la propuesta de ley o que la avalaron en el H. Congreso del Estado de Chiapas.

En el Título cuarto, Capítulo VI, de la Ley de Salud del Estado de Chiapas, en adelante El Capítulo, podemos ver cómo se pretendió simplemente incorporar a los médicos originarios, mas no a sus etnomedicinas, en la estructura del Sistema Estatal de Salud —lo cual se puede constatar desde el título “De los auxiliares de promotor de la salud” —, porque se les ubicó en la categoría más baja del escalafón del sector salud, introduciendo de lleno el espíritu occidentalizador, integracionista y descalificador de las prácticas curativas tradicionales en dicho documento.

Para su elaboración, no se realizó ningún tipo de acción tendiente a que los diferentes grupos originarios y organizaciones de médicos originarios tradicionales del estado participaran en consultas previas o en el diseño del documento, como sí lo indica el Convenio 169. Por otro lado, en su diseño no fueron contempladas las costumbres de las comunidades, ni se evaluó si la aplicación de dicho instrumento sería relevante para ellas, por lo que dicha ley entró, en principio, en contradicción con el Convenio 169.

El Capítulo surgió en específico desde una perspectiva etnocéntrica y *medicalizadora*, resaltando la evidente ignorancia acerca de los procedimientos de fomento a la salud, preventivos y terapéuticos de que participan las etnomedicinas y respecto de las diferentes publicaciones existentes en la época sobre la materia, así como de los documentos fuente del derecho positivo mexicano, tanto por parte de quienes hicieron la propuesta de ley como de los legisladores.

Según se observa en El Capítulo, se pretendía occidentalizar las prácticas médicas mediante dos mecanismos. En primer lugar, establecer el “control del ejercicio de la medicina tradicional” (H. Congreso del Estado de Chiapas, 1990c, Art. 81: 59), lo que, entre otras cosas, contraviene el Convenio 169, que establece que: “Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que este afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural” (OIT, 1989, Art. 7, inciso 1: 14). En segundo lugar, para obtener el reconocimiento que otorga la ley, los médicos originarios estaban obligados a recibir “adiestramiento suficiente en materia de fomento a la salud o en actividades elementales de primeros auxilios y atención médica simplificada, en cualquier institución del sector salud” (H. Congreso del Estado de Chiapas, 1990d, Art. 85, inciso II: 59).

La estructura medicalizadora del párrafo precedente nos permite notar, por un lado, que no se reconocían destrezas a los practicantes de las etnomedicinas, ni efectividad alguna a estas; y, por otro, nos muestra el desconocimiento existente en los círculos sanitarios y legislativos acerca de la estructura, carácter e importancia de las comunidades originarias en sus formas médicas. Además, se procedió como si las comunidades y los médicos originarios estuvieran esperando la primera oportunidad para deshacerse de su medicina, y unos recibir los parabienes de la atención biomédica, y otros el conocimiento. Así, se dejaba de lado, en primer lugar, que la mayoría de esos grupos participaban de una visión de la realidad y de una

cosmovisión distinta de la sociedad global; y, en segundo lugar, la importancia histórica que para ellos han tenido sus tradiciones etnomédicas, por constituir conocimientos y prácticas que en gran medida han coadyuvado a su sobrevivencia física y sociocultural ante el constante embate de la sociedad colonial.

La tendencia medicalizadora de El Capítulo se refuerza, a su vez, con otros condicionantes, como el hecho de que: “el reconocimiento será individualmente y no a grupos ni organizaciones, tampoco se otorgarán registros ni apoyarán trámites” (H. Congreso del Estado de Chiapas, 1990e, Art. 88: 60). Esto contradice la adición al Cuarto Constitucional que dice: “La Ley protegerá y promoverá [...] formas específicas de organización social” (CPEUM, 2001). También incumple lo planteado en el Convenio 169, en el sentido de buscar mecanismos que “promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones” (OIT, 1989b, Art. 2 inciso 1: 13) y que se ve reforzado por el Artículo 5 del mismo documento, el cual señala que “deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos” (OIT, 1989b Art. 5 inciso c). Así pues, las condiciones planteadas en El Capítulo coadyuvan, además, a desmembrar las instituciones que los grupos originarios han creado para la defensa de sus costumbres y derechos, en este caso, la organización para la defensa de sus etnomedicinas.

Por otro lado, en El Capítulo se establece que solo se dará reconocimiento al manejo de las técnicas aprendidas en las capacitaciones mencionadas (H. Congreso del Estado de Chiapas, 1989f, Art. 89: 60), dejando totalmente de lado lo relacionado con las etnomedicinas. De ese modo, El Capítulo muestra una clara tendencia al desplazamiento y desarticulación gradual de las etnomedicinas, mediante mecanismos legales, por ejemplo, mediante la introducción gradual de elementos propios del modelo médico alopático. La pregunta sería: ¿en qué medida ha sido esto superado?

A mi parecer, el único factor positivo de este proceso es que El Capítulo limitó su corta existencia, en los diferentes foros sobre el particular, precisamente a servir de ejemplo de lo que los médicos originarios tradicionales del país no quieren por ley.

Durante el periodo gubernamental de Roberto Albores Guillén (1998-2000), en atención a las modificaciones realizadas a la Constitución Federal,

la quincuagésima novena legislatura del estado procedió a impulsar reformas de ley, entre las que se consideró la ley de salud. En dicho proceso fueron derogados los capítulos v y vi del Título Cuarto, quedando lo relativo a la medicina tradicional de la siguiente manera:

Capítulo v. De la medicina tradicional y práctica

Artículo 72. La Secretaría en coordinación con todos los miembros del sistema estatal para salud, otorgarán las facilidades necesarias para la asistencia y colaboración con los médicos indígenas tradicionales y prácticos; promoviendo la realización de programas educativos de fomento y mejoramiento de la salud, en los que participen activamente en sus respectivos lugares de origen, principalmente comunidades rurales (Ley de Salud del Estado de Chiapas, 2004: 21).

Como se puede observar, tal modificación no aporta ningún avance y se desentiende de una relación más activa y fructífera con los agentes de los sistemas etnomédicos, lo que se reflejó en la falta de iniciativa o programas relevantes de vinculación desde el periodo de dicho mandatario.

La primera versión de la ley suscitó una reacción organizada por parte de las organizaciones estatales de etnomédicos, y se promovió un proyecto de investigación-participación denominado “Opiniones y propuestas de dos organizaciones de médicos indígenas en torno al proceso de legislación en materia de medicina tradicional”, que constituyó la base para sistematizar las siguientes propuestas que se hicieron en los diferentes talleres realizados en las comunidades y que se han presentado en diferentes foros, así como ante las autoridades de salud sin que se reciba respuesta alguna hasta la fecha.

1. Toda legislación que se realice, a nivel federal o de los estados, en relación con los pueblos indígenas, estará contenida en apartados específicos de Derecho de los Pueblos Indígenas.
2. En todo proceso legislativo en materia de derecho de los pueblos indígenas, realizado en los estados, sean tomados como directriz, la Ley Reglamentaria correspondiente al primer párrafo del Artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, una vez que este haya sido modificado según la demanda de diferentes organizaciones indígenas del país, así como el Convenio 169 de la OIT, suscrito por México, y que constituyen los tres órganos máximos de referencia.

3. Es improcedente legislar sobre los mecanismos internos de la medicina indígena tradicional, por ser esta parte de la costumbre y tradición de los pueblos indios.

4. En todo caso, lo legislable son las características bajo las que debe interactuar el sector salud de la sociedad global con las comunidades indígenas y sus médicos tradicionales.

5. Se debe adicionar un capítulo a las leyes de salud, tanto federal como de los estados, donde se establezca que se respetan los mecanismos propios de los grupos originarios para la validación de la práctica de sus médicos originarios tradicionales. Mecanismos de validación fincados en la costumbre originaria y que han sido aplicados durante siglos.

6. Se deben asegurar mecanismos jurídicos y financieros destinados a la conservación, fortalecimiento, rescate de recursos en vías de extinción y desarrollo de las medicinas originarias tradicionales, así como apoyo a sus organizaciones.

7. Toda legislación que se realice, en torno a las medicinas tradicionales, tome como base la determinación de los médicos originarios tradicionales de continuar siendo independientes, al mismo tiempo que estar coordinados con las instituciones de salud, apoyados por ellas pero no como asalariados o con menosprecio, sino por el contrario con respeto y apoyo mutuo.

8. El trabajo que se realice en coordinación con el Sector Salud tenga como base un programa especial en cuyo diseño participemos por igual las organizaciones de médicos originarios tradicionales y las instituciones.

9. Que las comunidades originarias y sus médicos tradicionales participemos en la planificación, programación, desarrollo y evaluación de los programas oficiales de salud, aprovechando los conocimientos que tenemos de las regiones, de la cultura, de las necesidades y de las formas de llegar a los habitantes de nuestras comunidades.

10. Que el Gobierno estatal apoye, a través de sus instituciones proyectos de investigación, capacitación y servicio, abocados a afinar las relaciones entre las medicinas tradicionales y los sistemas de salud.

11. Consideramos que en los planes de estudio de las instituciones formadoras de recursos humanos, sobre todo aquellas cuyos egresados realizarán su trabajo profesional en zonas originarias, debe de ser considerada la inclusión de materias como antropología médica, medicina social, botánica y herbolaria medicinal; ya que es necesario que estos cuenten con conocimientos que les permitan des-

envolverse en nuestras culturas y darnos los apoyos que realmente necesitamos.

12. Los servicios de clínicas y hospitales asentados en las regiones interculturales se adecuen a las necesidades de la población. La adecuación mencionada tendría que realizarse en coordinación con los médicos tradicionales, sus organizaciones y representantes de las comunidades.

13. Los Gobiernos federal y de los estados apoyen la documentación, así como la identificación y preservación de los recursos naturales usados por las medicinas originarias tradicionales.

14. Que no se obstacule la libre participación del médico tradicional como autoridad religiosa, dentro de la organización jerárquica tradicional.

15. Por ningún motivo se podrá obligar a los médicos tradicionales a tomar cursos con contenidos propios de la biomedicina, como son los de fomento a la salud, primeros auxilios y atención médica simplificada. Correspondiendo a la libre decisión de cada persona tomarlos o no. En su lugar se sugiere que se fijen mecanismos encaminados a la organización de encuentros entre médicos tradicionales y la creación de Centros de Desarrollo de la Medicina Tradicional, que tengan por objeto el intercambio, enseñanza y fortalecimiento de las técnicas y procedimientos de nuestra medicina (Page, 2002d).

Este ejemplo puede hacerse extensivo a cualquier instancia que en el marco de la interculturalidad en salud plantee llevar a cabo algún programa dirigido a población originaria, y todo se reduce a que en la planificación de acciones en salud se tome en cuenta la sencilla propuesta de los etnomédicos en el sentido de que están en la mejor disposición de establecer una relación de intercambio y de trabajo con las instituciones de salud, que parta inicialmente de la referencia y contrarreferencia de enfermos, en un marco de respeto mutuo y sin la subordinación de los médicos y parteras tradicionales a los sistemas regionales de atención a la salud-enfermedad.

Es necesario dar solución al desencuentro antes precisado flexibilizando las posturas irreconciliables por parte del sector salud en torno a negociar las formas de interculturalidad en salud, ya que, en la actualidad, esto se refleja en la política sanitaria, que en términos de interculturalidad y con el programa Oportunidades como bastión, soslaya totalmente a cualquier agente tradicional de salud, al enfocar la atención exclusivamente en las parteras y operar para incorporarlas ya medicalizadas al sistema de atención, mediante la

certificación de las que aceptan capacitarse y el otorgamiento de credenciales que las acreditan como tales ante la estructura sanitaria, además de darse a conocer sus nombres a través de boletines en que se les designa como parteras elegibles dentro del programa Oportunidades.

Las parteras que no están dispuestas a desvalorizar los conocimientos que poseen sobre el proceso embarazo-parto-puerperio y por tanto se niegan a certificarse, son sistemáticamente descalificadas y sujetas a acciones para desplazarlas del escenario de la atención. Otras medidas tomadas en Chiapas contra las parteras no certificadas es que se les ha amenazado —lo mismo que a las futuras madres— con no permitir el registro oficial a los recién nacidos recibidos por ellas; asimismo, las mujeres a las que atiendan pierden el apoyo económico del programa Oportunidades, por lo que las gestantes se ven obligadas a no recurrir a sus servicios. Estas maniobras están encaminadas ya sea a integrarlas o para que abandonen su práctica.

La relación intercultural del sector salud con los pueblos originarios se da en un marco de desigualdad, históricamente construido a partir de las características que definen la relación médico-paciente en el ámbito clínico y hospitalario, así como con la comunidad en el ámbito de las acciones desplegadas mediante los programas de promoción y preservación de la salud y prevención de las enfermedades. Esto se debe fundamentalmente a que solo en escasas regiones se empiezan a delinear programas específicos, ya que por lo general la parte programática de las instituciones hace tabla rasa y no distingue entre diferentes tipos de población. Además de la verticalidad, la relación se enmarca en la interacción jerarquizada conforme a la cual el médico constituye la autoridad máxima, facultado para manejar a su arbitrio al personal de apoyo y someter a los usuarios a su voluntad y estilo de atención; así, su opinión terapéutica debe constituirse como ley inquebrantable. Cuando aplica a usuarios originarios, tal circunstancia se puede ver frecuentemente matizada por la relegación, en cuyo caso: se les atiende hasta el final del horario de consulta, después de que pasan todos los usuarios que no pertenecen a dichos grupos; son víctimas de comportamientos despóticos y críticas acérrimas sobre la higiene personal, la ignorancia o la falta de comprensión de las indicaciones del médico; reciben regaños excesivos por algo que al criterio del médico significa solicitar el servicio cuando ya está muy avanzada la enfermedad. En todos estos rubros las listas son largas.

Ciertamente no todo puede ser colocado en el costal de los fracasos. Existen ejemplos interesantes de esfuerzos institucionales e interinstitucionales, y más de orden personal, por generar un modelo de atención intercultural que ante todo anteponga la pertinencia cultural en la asistencia, como es el caso del Hospital fundado en Cuetzalan en la Sierra Norte de Puebla, o el de Nayarit para la asistencia de la población *cora*; pero, cuando se han dado, ha sido producto de iniciativas personales o de pequeños grupos, no de una política institucional, por lo que dichas iniciativas han tenido principio y fin, de acuerdo al arbitrio de los gobernantes en turno.

Disputa por la biodiversidad

La disputa por los recursos bióticos constituye otro factor de suma importancia en el posicionamiento de las organizaciones de etnomédicos, de los grupos *maya-zoque* y de otras regiones del sureste mexicano.

Como es frecuente constatar, los países desarrollados han posicionado sus intereses en la obtención del conocimiento terapéutico herbolario del estado de Chiapas, a través de instituciones académicas y de la industria farmacéutica. Ello responde al exitoso impacto del uso de plantas medicinales en el tratamiento de innumerables padecimientos, por la megabiodiversidad propia del estado, de la que se beneficia no solo el ámbito étnico sino la población general.

La última de estas iniciativas tomó cuerpo con el proyecto de bioprospección denominado ICBG-Maya, realizado entre 1998 y 2002, a través de un convenio trilateral entre la Universidad de Georgia (UG) de Estados Unidos, el laboratorio *Molecular Nature Limited* (MNL) del Reino Unido (empresa biotecnológica de Gales) y el Colegio de la Frontera Sur de México, con varios objetivos, entre ellos: 1) el descubrimiento de medicinas y desarrollo farmacéutico (descubrimientos para ser patentados); 2) etnobiología médica (estudio de los seres vivos entre las comunidades humanas) e inventario de la biodiversidad; y 3) conservación, agricultura sustentable y crecimiento económico (Compitch, 2002).

La ejecución de dicho proyecto, cuyo perfil encendió los focos rojos de organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales dedicadas al combate de la biopiratería, generó entre las organizaciones de médicos indígenas que en su momento integraban el Compitch un nivel de alarma tal que les indujo a movilizarse hasta lograr la cancelación del mismo por México y el Ecosur, iniciativa que incluso

coadyuvó a la suspensión del ICBG (*International Cooperation Biodiversity Groups*) del desierto que contaba con la participación de investigadores del Instituto de Biología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Las repercusiones de esta experiencia marcaron profundamente a los etnomédicos y sus localidades de origen, y prácticamente desde que inició el proyecto se optó por la estrategia de negar acceso y permiso de trabajo a cualquier investigador que pretendiera efectuar estudios sobre etnobotánica, consigna que se extendió más allá de las fronteras del estado de Chiapas, según declaración hecha por el Compitch (2008), bajo las consideraciones de:

Que el sistema de patentes es causa estructural de nuestra pobreza, mecanismo fundamental de los poderosos para lucrar legalmente con los bienes de uso público y así mantener en la dependencia y esclavitud económica a nuestros pueblos y suprimir la autonomía de las comunidades.

Que la Constitución Nacional establece que la nación mexicana es la propietaria originaria y soberana de la tierra, el agua y el espacio que integran su territorio y que el agua y el espacio están sujetos a concesión.

Que el dominio y usufructo sobre las accesiones de los terrenos (que son las plantas) es libre para sus propietarios directos aunque su naturaleza de bien público (utilidad social) y tenencia compartida con muchos otros propietarios rurales, sobre todo comunidades indígenas, las convierte en un recurso mancomunado y estratégico no privatizable.

Y sobre la base de estos principios se sostiene que:

1. La vida, cualquiera que sea su forma, no se puede patentar o privatizar;
2. Los recursos naturales (en este caso la biodiversidad) son estratégicos y del dominio nacional pero bajo la custodia y los principios de las comunidades rurales;
3. Los conocimientos asociados a esos recursos son igualmente estratégicos y de la nación pero quedan bajo la custodia y principios de sus poseedores;
4. El intercambio de recursos o de conocimientos tradicionales relacionados con la salud humana no se puede hacer bajo reglas de mercado. Lo sagrado no se merca.

Como se puede notar, el problema de disputa sobre la biodiversidad adquiere cada día mayor importancia, y las organizaciones de etnomédicos

están mejor capacitadas en términos jurídicos, mejor organizadas y ligadas a redes nacionales e internacionales que han establecido una lucha sobre el particular. Pero, la revaloración que ha hecho la sociedad global sobre la biodiversidad, específicamente respecto de las plantas medicinales, sitúa este recurso en el primer plano en torno a las transfiguraciones que se presentan en las etnomedicinas.

Por lo anterior, al menos entre los etnomédicos vinculados de una u otra manera a organizaciones, el surgimiento de prácticas con enfoques diferentes al tradicional es reforzado desde posiciones ideológicas biomédicas sustentadas por las agencias nacionales e internacionales que privilegian el financiamiento de proyectos, a fin de que por un lado coadyuven a la incorporación de prácticas selectivas y principios de las etnomedicinas eficaces en la curación de enfermedades del sistema biomédico, y por otro reorienten las estrategias terapéuticas hacia el predominio de la herbolaria medicinal como principio terapéutico. Así, se ha generado lo siguiente:

Primero. Es casi obvio: que se privilegie la administración de una infusión u otra forma de aplicación, por sobre los rituales orientados a ayudar a las personas a sanar.

Segundo. Pérdida de rigor y desacralización de la recolección de plantas medicinales, en relación a pedir permiso, establecer horarios y épocas de colecta, y respetar tabúes para su corte y bendición.

Tercero. La colecta indiscriminada de grandes cantidades de plantas para su procesamiento ha llegado a extremos de amenazar la extinción de algunos recursos con demasiada demanda.

Cuarto. El procesamiento de plantas para su conservación (secado y embolsado, y elaboración de jarabes, tinturas, champús y encapsulados) da a los productos la apariencia de medicamentos de farmacia, lo que ideológicamente va impactando a favor de la biomedicina tanto en los terapeutas como en sus usuarios.

Lo antedicho ha influido de tal manera en las organizaciones, que la correlación de fuerzas para encabezarlas se ha ido desplazando desde quienes ayudan a sanar mediante procedimientos predominantemente religiosos hacia los yerbateros, sobre todo los que destacan en conocimiento amplio de plantas medicinales y su uso solas o combinadas, que ha influido positivamente en el sentido de enriquecer y fortalecer el uso de la herbolaria y combinaciones de alta efectividad.

Actores: sistemas médicos (biomedicina, medicinas originarias, medicinas complementarias)

¿Cuáles son los sistemas médicos con los que la biomedicina coexiste y subordina? En este orden hay que establecer ciertos criterios clasificatorios para distinguir entre los que alcanzan dicha categorización y las prácticas que no forman parte de sistema alguno pero que se presentan como tales, así como la hibridación de sistemas. Entre las primeras, a la vez, es preciso diferenciar las que tienen lugar en espacios rurales y las que se llevan a cabo en el entorno urbano o suburbano.

Empezaré por referirme a los entornos rural y suburbano. Dentro de ellos, en el estamento rural suburbano con importantes elementos de interculturalidad y en el que coexiste población originaria y población mexicana con sus particulares regionalismos, por lo regular hay sistemas etnomédicos bien consolidados: prácticas con una base de largo plazo y abundantes elementos prehispánicos, pero que han sufrido constantes cambios en la interacción cultural con la sociedad dominante. De poco tiempo a la fecha se observan prácticas basadas en el espiritualismo y el espiritismo, entre las que destaca el Espiritualismo Trinitario Mariano, que incluye agentes de salud con una base biomédica en las instituciones de salud y ONG, así como promotores propietarios de farmacia que ejercen de manera privada.

En los espacios urbanos con fuerte carga intercultural, en la categoría de sistemas médicos también encontraremos agentes adscritos a la medicina *china* o *taoísta* —mal llamada acupuntura—, una fuerte presencia de la homeopatía y menos médicos *ayurvédicos*; así como prácticas que toman de uno y otro sistema, para conformar una práctica híbrida por su carácter indefinido, que se categorizan a sí mismos como naturistas, chamanes, sanadores, etcétera.

Por último, tenemos aquellas prácticas que no alcanzan a formar parte de un sistema médico, porque el bagaje teórico de quienes lo sustentan es insuficiente, como el *reiki*, los masajes terapéuticos, la acupuntura misma, los temascales, etcétera.

Hacia una propuesta de salud intercultural

De haber sido adoptadas a cabalidad las estrategias propuestas, por el modelo de atención primaria en salud (APS) desde finales de la década de los setenta, contaríamos en la actualidad con un sistema de atención a la salud si no óptimo, sí de buena calidad.

Hoy, a partir de las iniciativas expuestas en este volumen, se vislumbra la posibilidad de dar un giro en la política pública y hacer un esfuerzo real por incidir en las condiciones de vida y de salud de los pueblos originarios, siempre y cuando se tomen las decisiones políticas necesarias y la consecuente conformación de equipos adecuados para realizar la tarea.

La instrumentación de un modelo de APS en ámbitos interculturales coadyuvaría a la disminución de los índices de morbimortalidad y a cierta elevación del nivel de vida de la población, así como apuntaría a la racionalización del gasto.

El abordaje y solución podrían tener como eje la noción de *daño evitable* que proponen Hersch y Haro (2007: 6), cuya aproximación se haría desde distintas disciplinas, tantas como se requiera para la documentación y sistematización de problemas de salud-enfermedad-atención sentidos y detectados. Para ello, se parte de la idea de que, de entrada, el modelo por construir deberá anteponer la prevención a la atención, pero también contar con toda la infraestructura, recursos humanos e insumos necesarios para operar óptimamente, todo ello inscrito en ámbitos socioculturales variables. En otras palabras: el acercamiento a los problemas debe ir más allá del marco positivo de la biomedicina y la epidemiología clásica, porque como señalan Hersch y Haro:

[...] en epidemiología convencional se documenta una escasa teorización acerca de los problemas que estudia desde un punto de vista colectivo, tendiendo a adoptar los esquemas explicativos elaborados desde la biomedicina, con la cual comparte una postura reduccionista respecto a los esquemas causales de las enfermedades y una falta de actualización y reflexión en lo que respecta a los factores que son determinantes de la salud y la enfermedad en los colectivos humanos, todo lo cual consideramos que en buena medida viene marcado por la obsolescencia de su marco epistemológico, dependiente en buena medida aun del positivismo biomédico, para el cual solo lo medible y cuantificable puede caracterizarse como veraz y científico, sin advertir que esta perspectiva reduce la complejidad de los fenómenos en virtud de su homogeneización, como también tiende a asumir que conoce de antemano las categorías pertinentes para interrogar una realidad en aras de su operacionalización (Hersch y Haro, 2007: 2).

Por lo anterior, además de proponer como eje a la epidemiología sociocultural, deberá considerarse sin menoscabo:

- La utilización óptima de todos los recursos técnicos y humanos disponibles en comunidades marginales, tanto los tradicionales como de otras instancias.

- El diseño y operación de redes jerarquizadas de prevención y atención que tengan como base la participación de la comunidad en la instrumentación, análisis y evaluación de su problemática de salud.

- La optimización programada de los recursos de salud proporcionados por el Estado y otras instancias, en los niveles primario, secundario y terciario.

- La conformación de equipos multidisciplinarios que trabajen en torno a problemas comunes, desde la perspectiva de diferentes disciplinas del conocimiento (epidemiólogos, médicos, antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, psicólogos, ingenieros, etcétera).

El enfoque de los problemas del proceso salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de la epidemiología sociocultural está encaminado a considerar de importancia vital todo aquel acontecer relacionado con evitar el daño en salud, lo que no se podrá lograr si se recurre a la visión parcializada de la clínica y la epidemiología clásica; en este sentido, habría que diseñar instrumentos que den cuenta de todos los problemas identificados, por ejemplo, las nosologías que el modelo biomédico no reconoce, porque como señalan los mismos autores: por un lado, “la epidemiología convencional tiende sistemáticamente a soslayar aspectos estructurales para destacar meras manifestaciones desagregadas, como en el caso de la desnutrición o el alcoholismo expresados en diversas consecuencias patológicas” (Hersch y Haro, 2007: 3).

Por otro lado, el acopio de información clínica actualmente se hace desde una perspectiva positiva, referida exclusivamente a lo experimentado corporalmente en términos de sensaciones, dolores, cambios físicos particulares o generales, etcétera. El registro de datos no da cabida a presunciones sobre la causalidad, a no ser las prescritas por la literatura especializada, y no acepta criterios emocionales y otras particularidades. El interrogatorio se orienta a obtener respuestas precisas y específicas, de las cuales solo se seleccionan los datos que en términos biomédicos aportan información relevante para la historia clínica y que apuntalan criterios teóricamente preestablecidos para arribar a un diagnóstico, en el que se desecha el resto. Todo ello está inscrito en una noción en que la persona como entidad, con sus emociones, experiencias, puntos de vista sobre lo que le sucede e historia personal que va más allá del padecimiento que la lleva a la consulta, no interesan porque estos no son criterios tangibles, de modo que

Seguridad alimentaria y políticas públicas

Hilda María Jiménez Acevedo*

“Al hambre no basta con combatirla. Hay que derrotarla. A los hambrientos no basta con darles pan: hay que asegurar su mañana. Al mundo no le basta con que una parte de nosotros no sepamos lo que es el hambre. No entiende de partes: ha de ser un todo o nada”.

Espido Freire.

Introducción

Existen dos conceptos importantes ligados a la alimentación, la *seguridad alimentaria* y la *soberanía alimentaria*, los cuales se vinculan con percepciones distintas: la seguridad se refiere al ingreso como indicador de acceso a los alimentos mientras que la soberanía alimentaria se entiende como un proceso social de control de la producción, los canales de comercialización y el destino del consumo.

En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 se especificó que “existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 2006).

La **seguridad alimentaria** tiene cuatro dimensiones que son:

Disponibilidad de alimentos: que existan alimentos en cantidades suficientes y de calidad adecuada, ya sea que provengan de la producción del país o de importaciones (incluyendo la ayuda alimentaria).

Acceso a los alimentos: que las personas tengan los recursos necesarios (a los que se tiene derecho) para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva. Los derechos son el conjunto de todos los grupos de productos sobre los cuales una persona puede tener dominio en virtud de acuerdos jurídicos, políticos, económicos y sociales de la comunidad en que vive (comprendidos los derechos tradicionales, como el acceso a los recursos colectivos).

Utilización de los alimentos: que se tenga una utilización biológica de los alimentos por medio de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica, para lograr un estado de bienestar nutricional que satisfaga las necesidades fisiológicas. Este concepto pone de relieve la importancia de los insumos no alimentarios en la seguridad alimentaria.

Estabilidad de los alimentos: que una población, un hogar o una persona deben tener acceso a alimentos adecuados en todo momento. No correr el riesgo de quedarse sin acceso a los alimentos a consecuencia de crisis repentinas (económicas o climáticas), ni de acontecimientos cíclicos (inseguridad alimentaria estacional). El concepto de estabilidad se relaciona tanto a la dimensión de la disponibilidad como a la del acceso de la seguridad alimentaria (FAO, 2006).

*Universidad Autónoma de Chiapas, Docente investigador del Doctorado en estudios Regionales, Maestría en ODM.

En cuanto a la soberanía alimentaria, se dijo que es el proceso social de control de la producción, los canales de comercialización y los destinos del consumo; su consolidación se logra mediante las alianzas entre productores y consumidores, que ha dado como resultado la apertura de mercados directos, justos, orgánicos, o solidarios.

El paradigma de la seguridad alimentaria es el mercado financiero, mientras que el de la soberanía alimentaria es la búsqueda de alternativas locales al comercio mundial (la seguridad alimentaria puede alcanzarse aun si se desconocen los procesos de producción, distribución y comercialización. Por ejemplo, los consumidores que habitan en las ciudades no necesitan saber de los problemas del campesino, ni los ambientales, simplemente se preocupan de que su ingreso sea suficiente para cubrir sus patrones de consumo, que cada vez son más elevados y sofisticados).

Sin embargo, el análisis de la seguridad alimentaria no debe reducir el debate de esta dicotomía, es necesario desmitificar la visión neoliberal del mercado, que afirma que la economía es dirigida por una “mano invisible”, pues existe una heterogeneidad de agentes sociales, intereses en conflicto, empresas de diversos tamaños, redes sociales, cooperativas de producción o de consumo, culturas productivas de los recursos naturales, leyes restrictivas y realidades históricas como el colonialismo, que intervienen y deben ser consideradas ya que tienen un impacto en la seguridad o inseguridad alimentaria (Gómez, 2010: 2).

El concepto de seguridad alimentaria está también ligado al debate sobre los derechos alimentarios en general y en particular de los pueblos indígenas; la autonomía se establece a partir de la capacidad de los productores de decidir si su sistema de producción es comercial o de autoconsumo, si usan insumos químicos u orgánicos, o si utilizan semillas nativas, híbridas comerciales o transgénicas. La autonomía de los pueblos indígenas para decidir sus procesos de producción, se acerca al concepto de soberanía alimentaria, que entonces se entiende como una manera de practicar la autonomía indígena, en el marco del derecho a la alimentación. Por el otro lado está la pobreza ligada a la insuficiencia de ingresos para cubrir una canasta básica alimentaria que satisfaga las necesidades básicas para desarrollarse física y mentalmente y llevar una vida activa y sana.

El derecho a la alimentación

La alimentación es un derecho humano establecido desde 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que en su artículo 25 señala que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación [...]”; se ratifica en 1976, con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que esta-

blece “el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre” (ONU, 1998; 1976).

A pesar del desarrollo alcanzado por la sociedad en su conjunto, no se ha tenido capacidad para resolver el problema del hambre y la insuficiencia de alimentos, que tiene su origen básico en factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad social, la escasa educación, los bajos ingresos y la mala distribución de la riqueza. La falta de alimentos o su mala ingesta, determina una situación de vulnerabilidad, que está directamente relacionada con el riesgo de muerte de lactantes, niños pequeños y mujeres embarazadas, lo que viola sus derechos (OMS, 2002).

De acuerdo con la UNICEF, en los países en desarrollo 40% de los jóvenes más pobres se encuentran desnutridos. La desnutrición resulta de una ingesta insuficiente en cantidad y en calidad para que los niños tengan un buen desarrollo físico e intelectual/mental. Un niño con desnutrición ve afectada tanto su supervivencia como el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y sus capacidades cognitivas e intelectuales. Esta condición también está relacionada con la falta de atención en salud y con la aparición de enfermedades; es diferente de la malnutrición, que se refiere a la falta o el exceso de nutrientes.

En el mundo diariamente mueren 10 mil niños por desnutrición y consumo de agua contaminada lo que se traduce en casi 4 millones de muertes infantiles por año según la UNICEF. Por otro lado, uno de cada siete habitantes en el planeta tiene hambre y, según el Informe del Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo, hay 925 millones de personas que sufren hambre crónica y las estimaciones indican que la cifra va en aumento (FAO, 2010; UNICEF, 2011).

No se trata de un problema de producción de alimentos, ya que en los últimos 30 años las calorías per cápita generadas aumentaron en 17%, esto significa que todas las personas podrían consumir 2 720 calorías diarias, cantidad superior al mínimo de 2 500 necesarias. El problema radica en el acceso a los alimentos, pues existen 1.345 millones de personas que ganan menos de 1.25 dólares al día, ingreso que no les alcanza para tener una alimentación suficiente en cantidad y en calidad (Klikhsberg, 2012).

A partir de la crisis financiera del 2008 y las repetidas crisis alimentarias, ha empeorado la situación en cuestión de alimentos, ya que sus precios fluctúan, con alzas que hacen imposible para millones de familias el acceso a una alimentación adecuada. Según datos del Banco Mundial, en 2011, el precio de los alimentos aumentó 36%, debido en parte al incremento de los combustibles; señala que entre junio de 2010 y abril de 2011, cerca de 44 millones de personas cayeron en pobreza como consecuencia de las crisis (BM, 2011: 1).

Con el fin de avanzar en el cumplimiento del derecho a la alimentación, en febrero de 2011 se creó el Observatorio del Derecho a la Alimentación en América Latina y el Caribe (ODA-ALC), integrado por más de veinte instituciones académicas de toda la

región interesadas en aportar al conocimiento y trabajar en la promoción del derecho a la alimentación, por medio de una red académica. Esta es una estrategia, pero hacen falta una intervención más enérgica, seria y comprometida de los organismos internacionales y nacionales, de los gobiernos y de la sociedad en general para erradicar verdaderamente el hambre, la inseguridad alimentaria y la desnutrición en el mundo.

México y Chiapas

La medición de la pobreza en México indica que 52 millones de mexicanos se encuentran en situación de pobreza y 11.7 millones en condición de pobreza extrema, la cual se concentra en algunas de las regiones y grupos indígenas (Coneval, 2010). Esta medición utiliza dos líneas de ingreso: la del bienestar mínimo, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes, y la del bienestar, equivalente al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.

Los estados del sur del país como Chiapas, Guerrero y Oaxaca presentan mayor número de habitantes en condiciones de pobreza y, como coincidencia, son también los que mayor concentración de población indígena tienen (los municipios con mayor porcentaje de personas en pobreza en Chiapas son Aldama, San Juan Cancuc, Chalchihuitán, San Andrés Duraznal y Santiago el Pinar, todos con población predominantemente indígena). La medición de la pobreza en el estado en 2010 se aprecia en el cuadro 1:

Cuadro 1. Indicadores de pobreza del Estado de Chiapas

Pobreza	Porcentaje	Miles de personas	Carencias promedio
Población en situación de pobreza	78.4	3 777.7	2.9
Pobreza extrema	32.8	1 580.6	3.8
Pobreza moderada	45.6	2 197.1	2.2
Vulnerabilidad por carencias sociales	13.1	633.1	2.1
Vulnerabilidad por ingreso	2.5	119.2	
No pobres no vulnerables	6.0	289.7	
<i>Carencia social</i>			
Carencia por acceso a la alimentación	30.3	1 460.9	3.6

Fuente: Estimaciones de Coneval, con base en el MSC-ENIGH 2008 y 2010. <http://web.coneval.gob.mx/coordinacion/entidades/Documents/Chiapas/principal/07triptico.pdf>

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut) muestra que la mayor prevalencia de percepción de inseguridad alimentaria en los hogares de México se localiza en la región sur con 76%, de los cuales 42% presenta inseguridad leve, 22% moderada y 12% severa.

La prevalencia de desnutrición crónica en México afecta a 1.8 millones de niños menores de cinco años y corresponde a 12.7% a escala nacional, que presenta una variación de acuerdo a la zona geográfica y al grupo social: en la región urbana del norte, la prevalencia es de 6.9% mientras que, en la zona rural del sur del país, es de 25.6%, lo que sobrepasa el doble de la prevalencia nacional (Ensanut, 2012: 2).

Con respecto de la desnutrición crónica en la población indígena, hubo una disminución del 39.8% entre 1988 y 2012, pero la velocidad de su disminución, fue menor al de la población no indígena que fue de 52.4%. La reducción más significativa se presentó entre 1999 y 2006, que según la Ensanut, ha sido el único periodo en el que se combinaron una reducción sostenida de la pobreza por ingresos y la presencia de programas pertinentes y bien focalizados.

En cuanto a la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cuatro años indígenas, esta representa 37%, siendo el triple de la media nacional que es de 11%; esto se refleja entre otras cosas, en la baja talla en niños indígenas de dos a cuatro años de edad.

Políticas públicas

A escala mundial, los organismos internacionales han diseñado muchas políticas sobre la materia, las cuales se han alineado con las políticas públicas de las naciones asociadas; las más relevantes provienen de los años setenta y abordan diversos temas centrales para el desarrollo económico, social y humano en el mundo. Como ejemplo en el caso de la alimentación están las cumbres sobre la alimentación, la infancia y la de desarrollo del milenio de la que se han derivado programas específicos, entre ellos el de los Objetivos y Metas del Milenio. Sin embargo a casi 50 años de programas y acciones, las cifras muestran un crecimiento en el número de personas que sufren pobreza, inseguridad alimentaria, hambre y desnutrición en todo el mundo, lo que significa el fracaso de las políticas para combatir la pobreza, el hambre y la desigualdad social.

En México este fracaso también es palpable, pues aunque ha habido una disminución en las cifras mostradas, también es cierto que para el tamaño de la economía y el nivel de desarrollo del país, los datos siguen siendo preocupantes pues reflejan las grandes desigualdades sociales prevalecientes, que excluyen a amplios sectores de la población (particularmente a los pertenecientes a etnias indígenas) y regiones del territorio nacional de los beneficios económicos y sociales.

Se puede afirmar que si bien en México se han implementado muchas políticas y programas para incidir en los problemas de la *insuficiencia alimentaria* y la desnutrición, también

es cierto que estos no han tenido los resultados esperados en la población objetivo. Es necesario atender los problemas estructurales que generan y reproducen la pobreza y la desigualdad y no dar paliativos para atender sus efectos. Se debe seguir generando información confiable a partir de encuestas y mediciones serias, como herramienta indispensable para quienes toman las decisiones, tener diagnósticos lo más realistas posibles y evaluar los resultados en la misma forma. La focalización de las intervenciones orientadas a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad sigue siendo muy conveniente para reducir las brechas entre quienes ganan y quienes pierden en el desarrollo.

El 21 de enero del 2013, Día Mundial de la Alimentación, Enrique Peña Nieto declaró que una de las prioridades de su administración era la atención a los problemas del hambre, la desnutrición infantil aguda, la baja producción de alimentos, los pocos ingresos de los campesinos, las pérdidas durante el almacenaje, el traslado, la distribución y la comercialización. Con este objetivo promulgó un decreto para iniciar la Cruzada Nacional contra el Hambre, estrategia de inclusión y bienestar social, que está orientada a la población que vive en condiciones

de pobreza multidimensional extrema y que sufre carencia de acceso a alimentos. En la primera etapa consideró 400 municipios de México, de los cuales 55 pertenecen al estado de Chiapas y 35 tienen población indígena (Segob, 2013).

La realidad dolorosa de las condiciones de pobreza, el hambre y la desnutrición en algunas regiones y particularmente para los grupos indígenas en el país, reclama la conjunción de esfuerzos gubernamentales y sociales. Se requiere una intervención honesta, eficiente y comprometida de todos los actores involucrados para evitar que los resultados esperados de la Cruzada caigan en el escenario de una sobrevaloración. Es urgente enfocar los esfuerzos buscando la equidad y generación de oportunidades para todos los mexicanos sin distinción.

El Estado debe trascender los intereses y agendas particulares para adoptar o perfeccionar marcos jurídicos e institucionales sostenibles y efectivos para garantizar el derecho a la alimentación. En este sentido, se hace imperioso construir amplios consensos que incluyan a la sociedad civil, al sector privado, a la academia y las entidades federativas.

se da paso únicamente a los datos que forman parte de la taxonomía requerida para arribar al diagnóstico, la evolución de la enfermedad o el desenlace. Se soslayan datos que no puedan enmarcarse dentro de la objetividad biomédica, para contemplar nada más lo mesurable de alguna manera; así, la información que a criterio del médico parece deshilvanada queda fuera de la historia clínica en aras de la objetividad “científica”.

El saber médico es anatómico y fisiológico. Oculta al sujeto, a la historia personal, a la relación íntima con el deseo, a la angustia o a la muerte, y deja de lado la trama relacional en la que se inserta para tener en cuenta solamente el “mecanismo corporal” (Le Breton, 2006: 211-212).

Al proponerse a la epidemiología sociocultural como eje del modelo de salud intercultural, estamos considerando junto con Hersch y Haro que se hace referencia:

[...] no sólo de los problemas que emergen con un encuentro conflictivo entre perspectivas diferentes, sino, más bien, de una dinámica no resuelta que se genera entre diferentes instancias sociales y no solo académicas, donde el análisis, la eventual interpretación e inclusive la definición misma de los problemas de salud son tareas cuya jurisdicción implica la competencia entre diversas disciplinas, sectores operativos y también sociales. Por esto consideramos

que las ciencias sociales en salud, y particularmente la antropología, resultan ser aportes significativos para la construcción de una epidemiología integral, en tanto recurren al registro de visiones que son comúnmente excluidas en los enfoques epidemiológicos convencionales. Por ello la inclusión de la dimensión etnográfica e interpretativa en el abordaje de los problemas de salud resulta pertinente para construir una visión más completa y compleja sobre los fenómenos sanitarios y no limitarse a una simple sumatoria de métodos y técnicas, como actualmente sucede (Hersch y Haro, 2007 : 5-6)

La implantación en Chiapas de estas estrategias requiere decisión política y más:

- Investigación de los recursos tradicionales en salud, efectividad de dichos servicios y su cobertura, y la investigación de la herbolaria desde la perspectiva clínico-terapéutica, partiendo de la experiencia de los médicos tradicionales, con objeto de incorporar algunos de estos esquemas terapéuticos en la práctica del personal de salud que trabaja en dichas zonas y otras; sobre todo, adoptando las propuestas citadas que los etnomédicos organizados han hecho.

- Formación adecuada de profesionales de la salud y paramédicos, en el manejo de las técnicas de atención primaria de salud, epidemiología sociocultural, técnicas de investigación y fundamentos de

antropología y sociología médica, que permitan un trabajo eficiente y coherente con la realidad sociocultural a la que se enfrenten.

En ese sentido, en coordinación con las instituciones de salud, corresponde crear en las universidades los espacios destinados a la investigación y actividades de docencia-servicio, que permitan, primero, establecer una relación con la comunidad, a fin de efectuar una planificación coherente con la realidad social; y, segundo, la educación y sensibilización de los futuros profesionales y de la comunidad respecto del modelo intercultural.

Por otro lado, la realización de acciones comunes entre la medicina institucional y las etnomedicinas, además de que ya responde a una política de salud —muy concreta— dirigida a los grupos originarios, también es una necesidad primordial para algunos de los sectores de etnomédicos organizados.

En la mayoría de las comunidades originarias se tiene la certeza de que la presencia de las dos medicinas —biomédica y etnomédica— resulta fundamental para combatir los procesos patológicos que afectan a los pobladores, ya que saben que las condiciones de vida en que sobreviven favorecen en gran medida el desarrollo de la enfermedad.

También existe la conciencia de que cada medicina tiene su ámbito específico de trabajo, y que entre ambas pueden coadyuvar para resolver la gran cantidad de problemas de salud y el espectro de enfermedades que se presentan.

El estado de Chiapas cuenta con el recurso humano especializado y profesional adscrito a diferentes instituciones de investigación y de atención a la salud, así como estudiantes y pasantes de diferentes licenciaturas y carreras técnicas, con capacidad para integrar equipos multidisciplinarios que diseñen e implementen un modelo de salud intercultural para las regiones con predominio de población originaria.

Según mi punto de vista, conviene inicialmente elaborar un proyecto piloto multidisciplinario en dos regiones, que por un lado dispongan de servicios como hospital intercultural, centros y casas de salud, al igual que unidades móviles; y, por otro lado, formen redes organizadas de etnomédicos, parteras y promotores de salud originarios. Esas dos regiones podrían ser Oxchuc y San Andrés Larráinzar.

Se trata de una propuesta en ciernes, recabada de la voz de diferentes académicos, que espero de pie a un trabajo serio y arroje consecuencias medibles en el mediano plazo.

