



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS**  
**DES CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**DOCTORADO EN ESTUDIOS REGIONALES**

**De encuentros ficticios a desencuentros reales: saberes y significados de pacientes sobre su padecimiento/enfermedad en el Sistema hospitalario del Hospital de Las Culturas.**

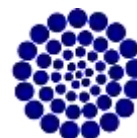
**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**Doctora en Estudios Regionales**

PRESENTA  
**ROCIO MARISELA RUIZ RUIZ      PS838**

DIRECTOR DE TESIS  
**Dr. Jorge Magaña Ochoa**

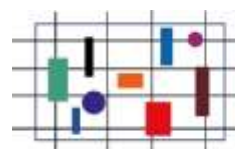
CO-DIRECTOR DE TESIS  
**Dr. José Enrique Eroza Solana**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS  
FEBRERO 2022



**CONACYT**

*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*



**Doctorado en**  
**Estudios**  
**Regionales**



DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO  
DES CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DOCTORADO EN ESTUDIOS REGIONALES  
ÁREA DE TITULACIÓN  
AUTORIZACIÓN/IMPRESIÓN DE TESIS



F-FHCIP-TD-016

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
3 de enero de 2022  
Oficio No. TDER/010/2022

**C. Rocio Marisela Ruiz Ruiz**

Promoción: **Décima Primera**

Matrícula: **PS838**

Sede: **Tuxtla Gutiérrez**

Presente.

Por medio del presente, informo a Usted que una vez recibido los votos aprobatorios de los miembros del **JURADO** para el examen de grado del Programa de Doctorado en Estudios Regionales, para la defensa de la tesis intitulada:

**De encuentros ficticios a desencuentros reales: saberes y significados de pacientes sobre su padecimiento/enfermedad en el Sistema hospitalario del Hospital de Las Culturas.**

Se le autoriza la impresión de seis ejemplares impresos y cuatro electrónicos (CDs), los cuales deberá entregar:

- Un CD: Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Un CD: Biblioteca de la Facultad de Humanidades C-VI.
- Seis tesis y dos CD: Área de Titulación de la Coordinación del Doctorado en Estudios Regionales, para ser entregados a los Sinodales.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

*"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir"*

**Mtra. Maria Eugenia Diaz de la Cruz**  
Encargada de la Dirección de la Facultad de  
Humanidades Campus VI



Vo. Bo.

**Dr. Daniel Hernández Cruz**  
Coordinador del Doctorado en  
Estudios Regionales





Código: FO-113-05-05

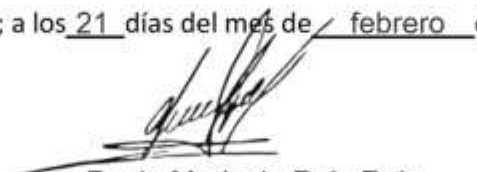
Revisión: 0

## CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

El (la) suscrito (a) Rocio Marisela Ruiz Ruiz,  
Autor (a) de la tesis bajo el título de “ De encuentros ficticios a desencuentros reales: saberes y significados de pacientes sobre su padecimiento/enfermedad en el Sistema hospitalario del Hospital de Las Culturas. ”  
presentada y aprobada en el año 2022 como requisito para obtener el título o grado de Doctora en Estudios Regionales, autorizo a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), a que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para que contribuya a la divulgación del conocimiento científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional del Ciencia y Tecnología (CONACYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 21 días del mes de febrero del año 2022.

  
Rocio Marisela Ruiz Ruiz  
Nombre y firma del Tesista o Tesistas

La realización de esta investigación fue posible gracias a la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), con número 732627, durante mis estudios de doctorado en Estudios Regionales en la Universidad Autónoma de Chiapas, (UNACH).

## Dedicatorias

A ustedes, mi gran familia: Néstor, Ana Paola y Renata, esposo e hijas. Que me acompañaron, me apoyaron y trabajaron conmigo a lo largo de tres años: escuchando mis ideas, mis emociones y mis inquietudes, siendo muchas veces mis primeros lectores, y haciéndose cargo completamente de labores cotidianas. Y el gran soporte técnico que siempre me ha dado Néstor, mi ingeniero, que sin él sería muy difícil avanzar.

A mis padres, María y Julio, que, con su gran ejemplo de perseverancia y responsabilidad, me han enseñado a no rendirme, a caminar con ánimo, a tomar decisiones importantes como el día en que comencé el proceso de doctorante en Estudios Regionales, recuerdo que mi madre me dijo: -las oportunidades no se presentan dos veces, inténtalo-.

A familiares y amigos cercanos que han estado conmigo en este proceso y siempre demostraron escucha y palabras de aliento y motivación: hermanos, cuñadas, sobrinos y queridas amigas.

Y especialmente, a las personas que me permitieron entrar a su espacio vivido: en la subjetividad de su padecer. Lleno de experiencias dolorosas y al mismo tiempo asombrosas, que me dejan una huella de aprendizaje, admiración, respeto y mucho agradecimiento por la oportunidad de generar conocimiento.

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo asignado como becaria. Al programa de Doctorado en Estudios Regionales de la Universidad Autónoma de Chiapas, que me permitió caminar por la línea académica de Comunicación, cultura e historia.

De manera muy especial a la Dr. Jorge Magaña Ochoa, mi director de tesis, por su acompañamiento, paciencia y su compromiso académico. Por ayudarme a transitar la interdisciplina entre Estudios regionales, Antropología y Teoría social, lo que me permitió alcanzar el objetivo de esta investigación. Al Dr. Enrique Eroza Solana, mi co-director, por su colaboración, responsabilidad y su compromiso académico conmigo y por consiguiente con el programa. Por guiarme en el maravilloso camino de la antropología médica, especialmente por las narrativas del padecimiento. El acompañamiento de ambos, fue esencial para mí.

A tres integrantes más de mi comité tutorial: al Dr. Sarelly Martínez Mendoza, por su gran apoyo, asesoría y compromiso, al Dr. Juan Manuel Torres de León y Dr. Raúl Trejo Villalobos por su acompañamiento, reflexiones y responsabilidad.

A todos mis profesores a lo largo de la formación en Estudios Regionales, que realmente comenzó desde el anteproyecto de investigación con el apoyo de mis profesores de la maestría en Desarrollo local. Así mismo, al personal administrativo del doctorado que forma parte del equipo.

A mis amigos y amigas de posgrado con los que compartimos momentos, conocimientos y la experiencia de ser Doctores en Estudios Regionales. A mi prima Lety y a mi amiga Charo que me apoyaron en el trabajo de campo.

A mis dos amigas de CIESAS que me apoyaron para culminar mi proceso de investigación, Magui y, especialmente a María Yanet, que ha sido una gran asesora para mí, siempre presente y dispuesta a ser amiga y maestra.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO I .....	19
SUJETOS, SABERES Y PROCESOS EN TORNO AL PADECIMIENTO Y LA ENFERMEDAD .....	19
1.1 Estudios sobre saberes, cultura y salud.....	20
1.1.1 Saberes y culturas.....	20
1.1.2 Enfoques sobre políticas interculturales en salud .....	21
1.1.3 Políticas públicas interculturales en América Latina.....	23
1.2 Nociones de padecimiento, enfermedad y salud .....	25
1.2.1. El saber acerca del padecimiento y la enfermedad .....	26
1.2.2 Padecimiento, illness, disease y sickness.....	28
1.2.3 El padecimiento como espacio vivido.....	30
1.2.4 La narrativa: estrategia analítica del padecimiento/enfermedad.....	31
1.3 Saberes expertos y saberes legos .....	32
1.3.1 El paciente como sujeto-agente .....	35
1.4 Interacción espacial en el hospital.....	38
1.5 Dimensiones socioculturales, políticas y económicas de la enfermedad y la salud. Antropología médica crítica y Estudios regionales .....	40
1.5.1 Del proceso sociocultural .....	43
1.5.1.1 Racionalidad médica.....	43
1.5.1.2 Campo de lo médico .....	46
1.5.2 Del proceso político .....	46
1.5.3 Del proceso económico .....	50
CAPITULO II .....	55
CONSTRUCCION DE LA REGIÓN SISTEMA HOSPITALARIO EN LOS ALTOS TSOTSIL-TSELTAL.....	55
2.1 Caracterización histórica de los Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas .....	55
2.2 Conformación de una regionalización .....	72
2.2.1 Cultura regional.....	75
2.2.2 Coincidir en un Sistema hospitalario .....	77
2.3 Componentes del Sistema hospitalario: sistema sanitario, espacio hospitalario y espacio vivido de los pacientes-agentes .....	80
2.3.1 Sistema sanitario .....	80
2.3.2 Espacio hospitalario.....	82
2.3.3 Espacio vivido del paciente.....	83

CAPITULO III .....	85
SISTEMA SANITARIO DE LA ZONA ALTOS TSOTSIL-TSELTAL .....	85
3.1 Antecedentes .....	86
3.2 Políticas sanitarias de 1940 a 1990 y Organizaciones indígenas.....	87
3.3 Organizaciones de la Sociedad civil .....	98
3.4 Políticas de interculturalidad en la salud...nuevos proyectos, viejos resultados .....	103
3.4.1 En el Hospital de Las Culturas.....	104
3.4.2 Universidad Intercultural.....	106
3.5 Programas asistenciales .....	108
3.6 El ámbito privado: biomédico y alternativo.....	110
3.7 Prácticas tradicionales y religiosas .....	111
3.8 Farmacias .....	112
3.9 Prácticas de Autocuidado y Grupos de autoayuda .....	113
CAPÍTULO IV .....	115
ESPACIO HOSPITALARIO: PROCESOS DEL HOSPITAL DE LAS CULTURAS .....	115
4.1 El Hospital como Espacio hospitalario .....	115
4.2 Acercamiento al Espacio Hospitalario .....	117
4.3 Estructura y Organización del Hospital de Las Culturas.....	121
4.3.1 Organigrama y funciones actuales.....	122
4.4 Procesos del Espacio hospitalario.....	124
4.4.1 Procesos relacionales .....	125
4.4.1.1 Actitudes de servicio.....	125
4.4.1.2 Relacionales entre compañeros y compañeras .....	126
4.4.2 Procesos personales .....	128
4.4.2.1 Decisión de trabajar en el ámbito de salud: .....	128
4.4.2.2 Cambios laborales .....	129
4.4.3 Procesos políticos y económicos .....	130
4.4.3.1 Determinaciones jerárquicas.....	130
4.4.3.2 Política de alimentos .....	132
4.4.3.3 Política de interculturalidad en salud .....	133
4.4.3.4 Trámites burocráticos.....	136
4.4.3.5 Empresas subrogadas.....	138
4.4.3.6 Relaciones interinstitucionales.....	139



4.4.3.7 Contratos laborales .....	140
4.4.3.8 Cambios por la pandemia de Covid-19: .....	140
4.4.4 Procesos culturales.....	141
4.4.4.1 Conceptos de la enfermedad o padecimiento.....	142
4.4.4.2 Opciones de atención cuando enferman.....	143
4.4.4.3 Visiones de la cultura del paciente: .....	143
4.4.4.4 Barreras en el idioma.....	147
4.4.4.5 Relación con las familias de los pacientes .....	150
A manera de cierre.....	151
CAPÍTULO V .....	153
ESPACIO VIVIDO DEL PACIENTE: NARRATIVAS DEL PADECIMIENTO .....	153
5.1 Acerca del padecimiento...illness, disease y sickness .....	153
5.2 Su experiencia como espacio vivido .....	154
5.3 El grupo de personas .....	157
5.3.1 Antonieta.....	160
5.3.2 Lorenzo.....	161
5.3.3 Alberto.....	162
5.3.4 Graciela .....	163
5.4 Narrativas de los pacientes .....	165
5.4.1 El comienzo...me sentía bien, de pronto algo cambio .....	166
5.4.2 De los primeros malestares a la búsqueda incesante de atención .....	176
5.4.2.1 Los servicios biomédicos privados...los costos extenuantes .....	177
5.4.2.2 El Hospital ante la urgencia...con límites de seguimiento.....	188
5.4.2.3 Las terapias alternativas...articulación del propio paciente-agente .....	217
5.4.2.4 Prácticas tradicionales y creencias religiosas...arraigo sociocultural .....	222
5.4.2.5 Prácticas de autocuidado...hoy, ayer y siempre.....	225
5.4.3 Los recursos intrapersonales...como elemento del espacio vivido .....	227
A manera de cierre.....	234
Conclusiones .....	237
REFERENCIAS.....	243
ANEXOS.....	258
Anexo 1 Guiones de entrevistas .....	258
Anexo 2 Fotografías.....	266

## Índice de Cuadros

Cuadro 1.	Pobreza, Municipios de la zona V Altos Tsotsil-Tseltal, 2010	68
Cuadro 2.	Índice de Desarrollo Humano (IDH) en la Zona Tsotsil-Tseltal, 2010	70
Cuadro 3.	Población de la zona Tsotsil-Tseltal por Marginación, 2015 y 2021	71
Cuadro 4.	Grupo de personas y su padecimiento	161

## Índice de figuras

Figura 1.	Región Sistema Hospitalario	78
Figura 2.	Organigrama del Hospital de Las Culturas	123

## INTRODUCCIÓN

Los intereses que me llevan a estudiar el padecimiento en torno al significado social de la enfermedad<sup>1</sup> versan alrededor primero de, interrogantes que se generaron a partir de una investigación previa para la tesis de Maestría en Desarrollo Local, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), analicé las relaciones que se establecían entre personal médico y parteras tradicionales en la “Casa materna” que se encuentra en el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, en la zona V Altos Tsotsil-Tseltal, área de mucha diversidad cultural.

El análisis mostró la falta de confianza entre las diferentes partes, que deriva en una falta de diálogo, respeto y solidaridad que, a su vez, tiene por consecuencias unas relaciones de poder más tensas, no solo del personal médico hacia las parteras, también dentro del grupo parteras y dentro del grupo médico. Y prácticas científicas, que inciden en la transformación del saber tradicional de las parteras. Lo más doloroso es que esta situación no es la excepción, sino casi la regla en otros lados, a pesar de las buenas voluntades, intenciones e iniciativas. En medio de estas configuraciones se encontraban los pacientes<sup>2</sup>: las madres que estaban a punto de parir, sus bebés y su familia, así como los niños, niñas, hombres y mujeres que asistían para pedir atención en medicina tradicional, todos, sujetos de una relación

---

<sup>1</sup> Tanto los conceptos que abordan la vivencia personal subjetiva e intersubjetiva de una enfermedad, los significados que devienen de las diferentes formas de atención a la salud (como el biológico de la visión biomédica, los emocionales, espirituales, energéticos y/o sobrenaturales de otras formas de atención), y, los juicios que se emiten sobre el comportamiento de los pacientes en su rol de enfermos (el significado social), se retoman de la Antropología interpretativa, que conceptualiza tres dimensiones de la enfermedad: la enfermedad, *disease*, se centra en la mirada de la medicina y alude a la disfuncionalidad biológica del cuerpo y el organismo; el padecimiento, *illnes*, a la experiencia subjetiva e intersubjetiva de estar enfermo, es decir a la experiencia personal y cultural de la enfermedad, y, una dimensión simbólica-social, que da cuenta de las condiciones históricas y sociales de las representaciones de la enfermedad en los contextos sociales y de las prácticas médicas locales y de la propia biomedicina, es el término *sickness* (Kleiman, 1988; Hofmann, 2002; Amezcua, 2000; Hueso, 2006 Wong y Noor, 2014 ).

En este estudio lo relevante es lo que esa disfunción representa para el sujeto, el sentido que posee para explicar su aflicción y el significado social que le otorgan desde el Sistema hospitalario. En los relatos del padecimiento de los pacientes está inmerso un contenido de *illnes disease y sickness*. por esta razón se configuro la categoría de padecimiento/enfermedad; que a partir de aquí se nombrará como padecimiento, pero entendido desde las tres dimensiones antropológicas.

<sup>2</sup> En algunas expresiones utilizó la forma clásica del género gramatical en español, es decir, el masculino para referirme a seres de ambos sexos, por economía del lenguaje; pero aclaro que estoy a favor del lenguaje inclusivo para evitar el androcentrismo en el lenguaje y no invisibilizar la diversidad social y cultural. Por ejemplo, en el uso de los artículos, *los* en vez de *las y los*, en los pronombres, *todos* en vez de *todos y todas*; y en otras expresiones uso un vocabulario que me permitan minimizar palabras que implican la eliminación de un sexo, por ejemplo, *médicas* en vez de *médicos* cuando se trata de mujer.

intercultural, que, al estar las parteras, las médicas y los pacientes, se convertía en triangular. Pero esta relación se centraba mucho más en la disputa de los dos conocimientos, biomedicina y partería, que en el diálogo intercultural con los pacientes.

Algunos hechos documentados, dan cuenta de casos de pacientes que en esa relación triangular fueron las más afectadas, ya que las parteras y el personal médico querían establecer su jerga de conocimientos como la mejor. Estas disputas entre saberes estaban presentes la mayoría de las veces, pero una experiencia que colocó con más fuerza mi interés en conocer y comprender qué vivían los pacientes, fue en la observación de un parto difícil en el cual, dado que la parturienta no pudo pujar suficientemente, el bebé sufrió asfixia momentánea; en ausencia de material quirúrgico la doctora practicó después una maniobra de resucitación, la partera demostró una preocupación ponderada de quedar mal ante el acontecimiento. En ningún momento les explicaron lo que estaba pasando a la paciente y a su marido.

El otro interés por investigar el padecer y la enfermedad, radica en mi formación de psicóloga especializada en terapias alternativas sobre la salud emocional y mental, y mi interés en la formación en ciencias sociales. La maestría en Desarrollo Local me abrió el camino a la investigación centrada en los sujetos y la salud, y fueron dos estudios los que me permitieron conocer que metodológicamente la antropología médica proporcionaba esa ruta, *“Enfermedad y tratamiento entre la población indígena migrada en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social”* de Magaña (2002) y *“El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor. Las narrativas del padecimiento entre los tsotsiles de San Juan Chamula”* de Eroza (2016). Así conocí las narrativas del padecer como estrategia de investigación y análisis, y me cautivaron.

En mi quehacer como terapeuta, la subjetividad, las emociones, las sensaciones y los pensamientos, se hacen presentes, pero no se pueden dejar de visibilizar las mediaciones que estos tienen con el contexto social y cultural. Es por ello que en mi caminar, la investigación social es fundamental.

El último, pero no menos importante, de mis intereses en la investigación en el padecimiento/enfermedad, es más personal, se relacionó con parientes muy cercanos durante su estancia en varios hospitales, uno de los cuales psiquiátrico. En ambos casos, fui testigo de que fueron tratados como objetos y legos por el personal a cargo. Nadie les preguntó que

sentían o qué opinaban. No es aquí el objeto de mi trabajo de explicar estas razones, pero sí el de demostrar que el sistema público de salud está privilegiando el aspecto clínico, dejando de lado el sujeto paciente y su grupo de apoyo, familiares o amigos.

Se ven principalmente los diagnósticos y tratamientos impuestos por saberes, sean estos médicos o tradicionales, para la curación, pero se toma poco en cuenta las sensaciones, las emociones, los pensamientos, en resumen, la subjetividad del paciente, y todavía mucho menos de dónde viene o cuál es su bagaje cultural.

La tesis de Maestría y estas inquietudes intelectuales y personales me dieron pauta para emprender un nuevo trabajo de investigación sobre a la experiencia que tienen los pacientes de diferentes culturas que han acudido al Hospital de Las Culturas, en torno al concepto de padecimiento/enfermedad, dentro de una categoría regional que se denomina “Sistema hospitalario”. Partí de teorías enfocadas a los estudios regionales culturales que logran articular categorías conceptuales que me permitieron analizar la interacción entre sujetos, territorio y espacios-tiempos socioculturales, logrando así un discurso interdisciplinario entre antropología interpretativa, médica crítica, de la enfermedad, psicología social y sociología médica.

El sistema de salud de Chiapas, desde la SSA federal y estatal, ha instaurado los lineamientos de atención a la salud con pertinencia cultural no solo para los proyectos de las Casas maternas, también para unidades de salud de primer y segundo nivel de atención. El Hospital de las Culturas al ser un servicio de segundo nivel de atención, tiene que cumplir con lineamientos interculturales en la atención a la salud, pero su implementación se brinda solo a través de una o dos capacitaciones al año al personal de salud y no se toma en cuenta que está inserto en un contexto sociocultural e histórico específico.

El Hospital se encuentra ubicado en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, cabecera regional de la región político administrativa denominada Región V Altos Tsotsil-Tseltal compuesta por 18 municipios, en su mayoría hablantes de una lengua indígena, población a la que le brinda servicio. En esta zona se han dado intentos de interrelación entre las unidades de salud del sistema oficial y prácticas de salud de los pueblos indígenas a través

de políticas y programas de interculturalidad<sup>3</sup>, con intentos fallidos, y se ha pretendido respetar e integrar en la atención, a la cultura del paciente, pero con estrategias escuetas.

El Hospital se denomina de Las Culturas y se construye dentro de sus instalaciones el espacio de la Casa materna –donde se brinda medicina tradicional y algunas medicinas alternativas– en la misma lógica en que se da esta serie de políticas: en medio de estrategias políticas y económicas de por medio. Pero el sistema biomédico y las otras prácticas curativas de las medicinas indígenas, alternativas y complementarias, poseen distintos polos de coherencia cultural para la definición y tratamiento del enfermo, así como los pacientes mismos.

Así la presente tesis del Doctorado en Estudios Regionales, responde a la pregunta inicialmente planteada ¿Cómo los pacientes del Sistema hospitalario del Hospital de las Culturas construyen sus saberes y significados sobre el padecimiento/enfermedad? poniéndola en un contexto de diversidad cultural y social regional.

Esperemos que nuestro análisis teórico-metodológico pueda ser tomado en cuenta para futuras mejorías en las políticas de interculturalidad en materia de Salud en el Estado de Chiapas, ya que, como afirma Menéndez (2016), los intentos de las políticas en interculturalidad en salud han tenido un mínimo impacto, Además, en los proyectos de interrelación entre la medicina científica y las medicinas tradicionales, ha existido enfrentamientos, conflictos, contradicciones y disputas de poder (Magaña, 2002 Page, 2016, Ruíz, 2018, Gómez, 2018 y Eroza y Carrasco, 2020).

Para responder a la pregunta de investigación, se plantearon los siguientes objetivos: Objetivo General: analizar cómo se construyen los saberes y significados del padecimiento/enfermedad en el Sistema hospitalario, a través de los pacientes y su grupo de cuidado que acudieron al Hospital de Las Culturas, durante el año 2020 a 2021.

---

<sup>3</sup> Desde la SSA (2008) se plantea que la interculturalidad en la salud es una herramienta para comprender diferentes elementos asociados a la cultura de los usuarios, de las diversas prácticas terapéuticas y sistemas de atención a la salud a los que acude la población, como la medicina indígena, la acupuntura y la homeopatía. Los planteamientos se centran en cuatro estrategias para alcanzar la competencia cultural: capacitación/sensibilización del personal de salud, impulso y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena, impulso y desarrollo de las medicinas complementarias y atención a la salud de los pueblos indígenas.

Objetivos específicos:

- Indagar y comprender las significaciones y los saberes del padecimiento/enfermedad a través de la experiencia vivida en sujetos que hayan tenido un proceso hospitalario en el Hospital de las Culturas
- Analizar la experiencia vivida del padecimiento/enfermedad en narrativas del padecer
- Caracterizar los procesos sanitarios de la zona Altos Tsotsil-Tseltal
- Caracterizar los procesos del Hospital de las Culturas

Para observar, entender y analizar los componentes de la región Sistema hospitalario, se proponen tres categorías metodológicas como herramientas para la exposición de la información recabada en la investigación:

-Sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal: que se construyó a partir de la discusión con los análisis de sistema de salud (Kleiman, 1980), campo de lo médico (Magaña, 2002 y 2009), componentes macro y micro estructurales en la interculturalidad en Salud (Eroza y Carrasco, 2020)

-Espacio hospitalario: a partir de la discusión de espacio social (Bourdieu, 1997) desde la geografía humanista y la teoría social (Lois, 2001) el concepto de Sede (Giddens, 1995) y de espacios de la práctica médica (González, 2004).

-Espacio vivido del paciente-agente: desde el espacio vivido (Lefebvre, 1974, Viqueira, 1997 y Gómez, 2021) las narrativas del padecer (Kleiman, 1988, Magaña, 2002 y 2009, Eroza, 2020), dimensiones antropológicas de la enfermedad, padecimiento y malestar (Kleiman, 1988; Hofmann, 2002 y; Hueso, 2006 Wong y Noor, 2014, entre otros)

A partir de septiembre del 2020 y hasta abril del 2021, estuve colaborando en el Hospital de las Culturas en donde pude observar y participar en los fenómenos de mi particular interés, especialmente las acciones del personal y sus relaciones con los pacientes, así como las actitudes y sentimientos de estos últimos. Las técnicas correspondientes para la recolección de información fueron la observación participante, entrevistas semiestructuradas y entrevistas a profundidad. Así realicé treinta y siete entrevistas semi-estructuradas a personal del hospital, y seis entrevistas a profundidad con actores sociales participantes de los diferentes espacios de atención a la salud en la zona Altos Tsotsil-Tseltal. Estas me sirvieron

para caracterizar al sistema sanitario y el espacio hospitalario y se tomaron en consideración como herramientas metodológicas para contextualizar dichos espacios, en voz de los propios sujetos.

Para tener el punto de vista de los pacientes, tema principal de esta tesis, se realizaron cuatro entrevistas a profundidad con pacientes, así como a su grupo de apoyo, tanto en el hospital como en sus hogares. Lo anterior parece poco dado nuestro énfasis sobre los sujetos enfermos, pero hay que tomar en cuenta las dificultades inherentes a las diferentes costumbres, en este caso, ganar suficiente la confianza de los interesados para poder proceder a trabajar con ellos en el hospital, pero sobre todo en sus hogares. También este número corresponde a los que accedieron a dejarnos utilizar sus relatos en este trabajo. Las narrativas recopiladas nos permitieron acceder a la percepción de los narradores sobre sus experiencias, las estrategias desarrolladas a lo largo de su estancia, así como los saberes utilizados o adquiridos.

Esta tesis se conforma de cinco capítulos. El primero denominado *Sujetos, saberes y procesos en torno al padecimiento y la enfermedad*; ofrece el estado de la cuestión en torno a estudios de la cultura, enfermedad y salud, así como el marco conceptual metodológico de la investigación en dónde se entretujan concepciones venidas de los estudios regionales, la antropología interpretativa, la médica crítica y la enfermedad, con conceptos teóricos provenientes de autores como Foucault o Bourdieu. Se pone énfasis en los diferentes saberes, tanto expertos como legos, en la construcción del paciente como sujeto-agente, las categorías de padecimiento y enfermedad y su significado social, las fuerzas socioculturales que participan en su construcción, así como las dimensiones socioculturales, políticas y económicas y el espacio vivido de las experiencias sobre el padecimiento / enfermedad.

El capítulo dos, *Construcción de la región Sistema hospitalario en los Altos Tsotsil-Tseltal*, contiene la caracterización del contexto macro sociocultural en el que está inmersa la investigación, que va más allá de la denominación político-administrativa en la zona Altos Tsotsil-Tseltal; es una construcción histórica geopolítica donde se plasman relaciones sociales e interétnicas, locales con influencias globales, transformado a través del tiempo, con un centro regional cosmopolita, que es la ciudad de San Cristóbal, donde se encuentra, precisamente el Hospital de Las Culturas.



Debido a las características de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, se plasman: las relaciones socioculturales entre mestizos, indígenas y foráneos, las configuraciones políticas y económicas, las transformaciones sociales con relaciones de poder visibles y disputas ideológicas, y al mismo tiempo las subjetividades e identidades construidas y reconstruidas por los propios individuos. Se describe la implementación de políticas de salud interculturales pero dirigidas desde niveles internacionales, nacionales y estatales, sin embargo, sus particularidades hacen necesario partir de sus propios procesos culturales regionales. Y surge la propuesta de la construcción de la región Sistema hospitalario. La cual se desarrolla en este mismo capítulo, como el marco-teórico metodológico de la presente investigación. El Sistema hospitalario se compone de tres dimensiones: el sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, el Espacio hospitalario del Hospital de Las Culturas y el espacio vivido del padecimiento de los pacientes del Hospital; que se desarrollan en los capítulos siguientes.

En el tercer capítulo, denominado *Sistema sanitario de la Zona Altos Tsotsil-Tseltal*, a partir de un análisis de la construcción histórica de procesos sanitarios donde han participado diversos actores, se caracteriza un sistema sanitario en esta zona. A través de fuentes documentales y de entrevistas sobre las experiencias de actores sociales que han sido participes en su construcción. Se dan a conocer las políticas y programas en salud, las prácticas de atención la salud, biomédicas, indígenas, alternativas, religiosas y de autocuidado.

En el cuarto capítulo, *Espacio hospitalario: procesos del hospital de las culturas*, se analizan los procesos del Espacio hospitalario, que se dan a través del Hospital de Las Culturas como espacio social y son con ellos con los que interactúan los pacientes-agentes. Se muestra que los hospitales trascienden la dimensión de espacios físicos asistenciales a espacios sociológicos y de memoria colectiva. Los procesos que se caracterizan dentro del Espacio hospitalario se dividen en:

\*relacionales: actitudes de servicio, relaciones entre compañeros

\*personales: decisión de trabajar en salud y cambios laborales

\*políticos y económicos: política de alimentos, programa de interculturalidad, trámites burocráticos y convenios con empresas, relaciones interinstitucionales, contratos laborales y cambios por pandemia de Covid-19.

\*culturales: concepto de enfermedad y padecimiento, barreras en el idioma y visiones de la cultura del paciente.

Y para finalizar, en el quinto capítulo, *Narrativas del padecimiento*, se presentan las narrativas del padecimiento de cuatro personas, dos hombres y dos mujeres, que estuvieron hospitalizadas en el Hospital de Las Culturas, por diferentes nosologías, en momentos distintos y con lapsos de tiempo entre cinco meses y doce años de vivir con la experiencia de su padecimiento. Las categorías de análisis de las narrativas son las prácticas de atención a la salud que se encuentran inmersas en el sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, incluyendo la interacción con los procesos del Espacio hospitalario. Es este capítulo se puede comprender cómo construyen los saberes y significados de su padecimiento los pacientes en el Sistema hospitalario. Se puede apreciar que los componentes de la región están relacionados entre sí de manera indisoluble.

## CAPITULO I

### SUJETOS, SABERES Y PROCESOS EN TORNO AL PADECIMIENTO Y LA ENFERMEDAD

La relación entre salud y cultura, es un ámbito que la medicina moderna<sup>4</sup> anula a partir del siglo XIX, su ideal era lograr la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica centrada en determinismos biológicos y fisiológicos. Es en ese periodo que desaparece de la práctica clínica el valor del contexto social y cultural que le daba sentido a las enfermedades; asimismo, se anula la capacidad interactiva y la intersubjetividad entre el profesional y el entorno que incluye al paciente, su red de apoyo, la propia institución y los otros profesionales (Comelles, 2004). Sin embargo, hacia finales de este mismo siglo, comenzaron a resurgir las consideraciones relacionadas con causas sociales y culturales de la enfermedad, entre otras, políticas que acreditaban una competencia cultural para la práctica clínica, aunque con muchos interrogantes y dudas.

En el siglo XX se desarrollaron diversos campos de investigación como la salud pública, la epidemiología cultural, la antropología médica y la sociología médica. En los sistemas de salud institucionales se desarrollaron e integraron paulatinamente los conceptos de multiculturalidad y pluriculturalidad que sirvieron para implantar políticas públicas en salud, y posteriormente, en el siglo XXI se crearon políticas con enfoques interculturales.

Por lo tanto, en la época actual, la relación entre salud y cultura está regresando con fuerza. Para entender esta interconexión, en el primer apartado de este capítulo, se presentan diversos estudios que integran tres esferas temáticas que nos han parecido importantes antecedentes para nuestro tema y contienen la dimensión sociocultural de la salud y la enfermedad<sup>5</sup>: saberes y cultura, enfoques sobre políticas interculturales de salud y políticas públicas interculturales en América Latina.

---

<sup>4</sup> La medicina moderna alude a la rigurosidad científica y es contemporánea al despliegue del Estado liberal (Comelles, 2004)

<sup>5</sup> Para este trabajo se plantea una diferencia ente la salud y la enfermedad, pese a la obvia interrelación en la que se presentan estos dos conceptos desde las ciencias médicas son dos procesos diferentes para analizar, las lógicas y las vivencias de uno y otro se pueden reflexionar desde distintitos ángulos.

Posteriormente, se presenta a lo largo del capítulo, el marco teórico-conceptual que guía la relación entre saberes, sujetos y procesos en torno al padecimiento y la enfermedad, a través de sus dimensiones socioculturales, políticas y económicas.

## **1.1 Estudios sobre saberes, cultura y salud**

### **1.1.1 Saberes y culturas**

Una primera línea para comprender que los aspectos socioculturales están presentes en la construcción de la enfermedad, es la que explora los saberes culturales y las relaciones sociales de los pueblos originarios en la actualidad y cómo se entrelazan con los padecimientos y su significado.

Los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad propios y, en muchas ocasiones, el sector salud no cuenta con los códigos para entender su etiología ni los múltiples factores que asocian a la salud; así, por ejemplo, Hasen (2012) muestra que, en la cultura mapuche, la salud es entendida holísticamente con tres elementos que deben permanecer en equilibrio: la persona, el ambiente y lo sobrenatural, y se pierde si hay transgresión entre ellos. Por lo tanto, el autor recalca que el profesional de salud debe estar informado de ello y de los derechos de las poblaciones originarias, ya que tanto los pueblos indígenas como los sistemas médicos deben tener voluntad de encontrarse en una relación horizontal, para mejorar la relación médico-paciente y paciente-institución de salud.

Eroza (2016) afirma que los saberes culturales sobre la enfermedad y sus significados implican un drama social que se genera por las tensiones del contexto, las cuales están influidos por niveles locales y macroestructurales, donde las personas articulan para sí mismos, las prácticas y saberes que van recibiendo de curanderos, practicantes de medicina científica, herbolarias, medicina natural basada en complementos vitamínicos y medicinas alternativas. Así se trazan múltiples significados que las personas construyen mediante las experiencias sociales, sus signos y dolencias.

Escrig (2015) por su parte, alude a las intersecciones culturales en el ámbito de la salud aseverando que, como en cualquier campo social de interacción, los contactos, las confrontaciones y negociaciones culturales transforman a todos los actores que participan en ellas; lo cultural y la propia interculturalidad se nutren, expresan y transforma precisamente

en y a través de la hibridación, y enseñan que la lógica y la racionalidad de un sistema tradicional-popular puede contribuir a que el contacto intercultural no se maneje desde la confrontación.

Otro análisis similar es el de Flores (2017) que investiga el impacto que la ciencia médica tiene en un contexto con población originaria en la Sierra de Aquismón de San Luis Potosí, a través de encuentros y desencuentros de la ciencia médica con las prácticas de curación locales. Para él, la mayor dificultad radica en las reglas que dan sentido a uno u otro lenguaje, tanto el lenguaje científico como el popular o del curanderismo, ya que cada uno mantiene su propia gramática, de modo que, en ocasiones, no existe ninguna traducción posible, no existe una apertura formal en términos de intercambios y saberes, lo cual es comprensible si se observa la distancia entre lenguajes y prácticas. El autor considera que las fusiones culturales no suponen ni favorecen la mutua comprensión entre diferentes lenguajes y formas de vida y se necesita un esfuerzo personal para poder superar la crisis que genera cierto tipo de disrupción social y cultural.

### **1.1.2 Enfoques sobre políticas interculturales en salud**

Para superar las dificultades entre los diferentes saberes sobre la salud, existen enfoques que han servido de antesala a las políticas públicas en salud y diversos autores definen y reflexionan sobre éstos. Es el caso de la bioética, una propuesta de ética acerca de los conflictos relacionados con la vida en general (Mocellin, Viesca y Gutiérrez, 2011), la epidemiología sociocultural (Hersh2013) y los derechos humanos y la interculturalidad (Castañeda, 2010).

Mocellin, Viesca y Gutiérrez (2011) abordan la relación entre salud intercultural y bioética y consideran la diversidad en la atención a la salud para evitar criterios hegemónicos que contribuyen a la exclusión. Señalan que la salud intercultural no busca rechazar los métodos occidentales, más bien se trata de una conjunción de saberes que pueden aprovechar el conocimiento y las prácticas vinculadas con distintas culturas de manera interactiva y respetuosa, ya que muy frecuentemente, miembros de diversas etnias se tornan pacientes vulnerables. De ahí la importancia de políticas públicas que se ocupen de las cuestiones de salud particulares a cada cultura, y retomen la idea de trabajar desde una bioética intercultural

orientada desde la diversidad de situaciones y contextos, para conectar diferentes realidades sociales y culturales y establecer comunidades de coparticipación intercultural, tratando de buscar los mínimos comunes.

Hersch (2013), exponente de la epidemiología sociocultural, explica que dicha vía permite atender el contexto y el carácter relacional en que se generan o se potencializan los procesos de enfermedad de alcance colectivo. Es también un apoyo para que el quehacer científico se repositone ante una multiplicidad de realidades, y recoja saberes biomédicos (medicina científica), terapéuticas no biomédicas y conocimientos de los conjuntos sociales para tener un análisis sanitario de los territorios específicos, así como una integración de los aspectos individuales del proceso de salud/enfermedad con sus determinantes socioculturales. Este enfoque evoca un diálogo de saberes cuyo foco de atención se centra más en los problemas y no en las disciplinas, en el conocimiento de que la biomedicina, junto con otros saberes médicos, alcanza la trascendencia epidemiológica en términos de daño inevitable y focaliza los escenarios de riesgo sin dejar a un lado los factores individuales. Asimismo, permite integrar la noción de estilo de vida en situaciones locales, así como su dimensión política y subjetiva; con ello se puede discernir quiénes son los actores imprescindibles para la prevención y atención, así como cuales son los obstáculos políticos para impulsar acciones sanitarias a partir de especificidades y perspectivas locales (Hersch, 2013).

Otro enfoque que se suma a superar las dificultades entre salud y diferencias culturales es el que muestra Castañeda (2010) sobre la articulación entre interculturalidad y derechos humanos. Este autor centra su atención en los derechos en salud de los pueblos originarios, explicando la importancia que tienen los derechos sociales, económicos y culturales tanto para las personas como para sus comunidades. Afirma que la salud pública requiere de un esfuerzo del ciudadano y del Estado, siendo este último el que desarrolla los principios de los derechos a la salud a través de las instituciones del sector salud, con base en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, ética e inclusión social. Por lo tanto, el derecho a la salud es reconocido, definido y protegido dentro de los derechos económicos, sociales y culturales.

La bioética, la epidemiología sociocultural y los derechos humanos interculturales, son perspectivas que trazan parámetros para la atención a la salud respetando las diferencias

culturales de cada población. Pese a estas iniciativas y otras acciones dirigidas a la atención médica de pueblos originarios en América Latina, en el fondo persisten las desigualdades, el racismo hacia otras prácticas curativas y el dominio de la biomedicina en el sector salud.

No cabe duda que los estudios de los aspectos culturales de los grupos sociales muestran la trascendencia de conocer el contexto y cómo este influye en los procesos de enfermedad, y son centrales para que la ciencia médica comprenda y respete los sistemas culturales. Pero no solo los saberes tradicionales o populares y los sistemas sociales se convierten en marcos de referencia para significar un padecimiento, el sistema médico científico también es un sistema cultural (Magaña, 2002) que crea significaciones de lo que es la salud, la enfermedad y las formas de alcanzar la cura, en interacción con aspectos políticos y económicos en el que se recrea el servicio de atención a la salud; aspectos centrales que presento en esta investigación.

### **1.1.3 Políticas públicas interculturales en América Latina**

Campos Navarro (2017) aborda las políticas públicas en tres países andinos que han desarrollado programas específicos de salud para indígenas entre 1990 y 2015. En Chile se crearon iniciativas significativas de características interculturales y se alegó por tener una interculturalidad crítica que lleve las comunidades a un verdadero autogobierno en los procesos de salud, enfermedad y atención. En Bolivia se iniciaron actividades interculturales a comienzos del siglo XXI con cooperación europea y asiática y con facilitadores de origen indígena para fortalecer la medicina tradicional, pero los intentos elaborados en diferentes regiones no fueron tan fructíferos. En efecto, si bien se redujeron las muertes maternas, no se tomaron en cuenta varios elementos que influyeron sobre los resultados; podemos citar, entre otros, la falta de consideración del deterioro de los servicios públicos en salud, la escasa resolución de problemas en atención primaria, la negligencia médica, así como el desconocimiento de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que influyen en la salud intercultural. En Venezuela, en 1999, se reconoció en la Constitución el derecho a una salud integral, a la medicina tradicional y las complementarias, pero fue solamente hasta 2004 que se incorporó una estrategia intercultural. El problema no era la desconfianza

hacia la biomedicina sino la inaccesibilidad a los servicios de salud y las grandes deficiencias en recursos humanos capacitados y materiales médicos.

Campos Navarro (2017) reconoce que la evolución de la atención en estos tres países ha permitido el reconocimiento jurídico de sus respectivos sistemas indígenas de salud y el inicio de actividades interculturales, pero que todavía hay mucho que recorrer debido a la falta de información particularizada. Se necesitan espacios académicos y de aplicación práctica que permitan fortalecer la presencia de la interculturalidad en las políticas de salud y el autor insiste en que aún hay escasa atención a las multidimensionales trayectorias de los enfermos ante las enfermedades.

En México las iniciativas de la interrelación entre modelos de atención a la salud de la medicina científica y medicinas tradicionales comienzan desde mediados del siglo XX en diversos programas e iniciativas de interrelación entre la medicina científica y los sistemas curativos tradicionales, en el año 2002 se crea la Dirección de interculturalidad en la Secretaría de Salud (SSA) para dar seguimiento a los lineamientos establecidos con esas políticas de salud, pero hasta la actualidad con resultados escuetos.

Un estudio realizado por Ruíz (2018) muestra la inserción de la partería tradicional en el sector salud y su vinculación con el sistema biomédico, en un programa denominado Casas maternales en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; en donde se aprecia que cuentan con las racionalidades disímiles, que no se ha logrado un diálogo de saberes, ni actitudes de confianza y solidaridad entre parteras tradicionales y personal biomédico, la inserción a espacios de salud transforman algunas prácticas de las parteras tradicionales, existen relaciones de dominación/subordinación de la medicina científica hacia las parteras, pero también entre parteras y entre biomédicos, por lo que se concibe que el discurso de las políticas públicas no se relaciona con su instrumentación.

Se puede apreciar que no han sido suficientes y eficientes las estrategias de las políticas interculturales en salud, en muchos contextos sociales se han enfrentado a diversos problemas para que tanto las idiosincrasias de los pobladores con respecto a la salud y enfermedad, como las formas de atención de otros saberes médicos sean tomados en cuenta por parte de la medicina científica que está a cargo de brindar atención desde el sistema público.



Derivado de la revisión de estos trabajos, se plantea el interés de comprender y analizar la enfermedad y no la categoría de salud; porque pese a la obvia interrelación en la que se presentan estos dos conceptos desde las ciencias médicas son dos procesos diferentes para analizar, las lógicas y las vivencias de una y otra se pueden reflexionar desde distintitos ángulos.

El marco conceptual para la discusión y análisis de esta investigación se inscribe en los estudios regionales, en los debates de la antropología interpretativa, la antropología de la enfermedad y la antropología médica crítica. Que integran las construcciones de la enfermedad/padecimiento, los saberes de los sujetos y las dimensiones socioculturales, políticas y económicas en relación con la enfermedad y las experiencias del padecer, a través de las que se expresan significados de lo que experimenta la persona enferma.

## **1.2 Nociones de padecimiento, enfermedad y salud**

En primer lugar, cabe clarificar las nociones de padecimiento, enfermedad y salud. Definir la salud es algo complejo dadas las varias visiones que sobre de ella se tienen, visiones que hacen de este concepto uno dinámico que se ha ido modificando según los tiempos y los cambios socio culturales. Se ha entendido desde un punto de vista “fisiológico” como ausencia de enfermedad hasta definiciones que abarcan aspectos psicológicos, sociales y culturales. Está considerada como uno de los derechos fundamentales de los seres humanos.

La Organización Mundial de la Salud, en su Carta Fundacional define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948:1, en Alcántara, 2008) que es una definición bastante amplia. Sin embargo, es también muy vaga ya que los seres humanos presentan una tal gama de variaciones biológicas y sociales que lo que es considerado normal en una parte puede ser visto como anormal en otra. Como apunta Briceño-León (2000:15), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”. Por lo tanto, es un concepto relativo que varía de una cultura a la otra, tanto en la dimensión espacial como temporal.

A la salud se le contraponen generalmente la enfermedad. Se considera enfermedad cuando un sujeto es atacado por algo que causa manifestaciones no habituales que indican una alteración, tales como dolor, vómitos, tos o fiebre, aunque en unos casos como tener diabetes o el colesterol alto, estas manifestaciones pueden no presentarse. Es relativamente fácil para la persona que padece estos cambios darse cuenta que algo está fuera de lo normal en el primer caso, pero es mucho más difícil en el segundo.

Se plantea el interés de comprender y analizar la enfermedad y no la categoría de salud, porque uno se interesa en ésta cuando ya no la tiene, es decir cuando ya está en el proceso de enfermedad. Además, pese a la obvia interrelación en la que se presentan estos dos conceptos, desde las ciencias médicas son dos procesos diferentes para analizar, y las lógicas y las vivencias de una y otra se pueden reflexionar desde distintitos ángulos.

### **1.2.1. El saber acerca del padecimiento y la enfermedad**

Diversos autores (Auge, 1986; Magaña, 2002; Good, 2003; Eroza, 2016 y Eroza y Carrasco, 2020) han mostrado que la enfermedad es una representación simbólica, una construcción que cada individuo o grupo social aprehende de su contexto y no solo alude a procesos biológicos y fisiológicos como la medicina científica ha considerado.

Desde la segunda mitad del siglo XX se ha constatado que el concepto de enfermedad alude a procesos sociales y culturales en un tiempo y espacio dados. Lo muestran, por ejemplo, los estudios sobre las cosmovisiones mesoamericanas hechas en algunas regiones de Chiapas, donde se evidencia que la enfermedad es considerada un signo del poder de mundos sobrenaturales que actúan para su cura o en su contra (Holland, 1963, Hermitte, 2004, Pozas, 1977). Menéndez (2020) señala que los grupos sociales crean y utilizan criterios preventivos y curativos en relación con algunas enfermedades y, muchas veces, cuestionan la mirada médica que trata a las poblaciones y a los sujetos como los que no saben. Y no se trata de que esto sea correcto o no, sino más bien, hay que considerar la forma en que crean y replican estas prácticas dentro de su grupo,

Marc Augé (1986) desarrolló la antropología de la enfermedad e indicó que no hay sociedad en la cual la enfermedad no tenga una dimensión social y que el estudio antropológico de ésta permite conocer los sistemas de interpretación y prácticas sociales de

cualquier cultura. Considera que la enfermedad es una de las realidades más íntimas y por ello, proporciona una conexión intelectual entre la percepción individual y el simbolismo social (relación entre individuo y sociedad). Remarca también que las nociones de cuerpo, enfermedad y salud son construidas socialmente y como tal, son variables en el tiempo y en el espacio; sin embargo, a pesar de la variabilidad cultural, el cuerpo es quien generalmente es considerado la sede del malestar, ahí recae el sufrimiento de las personas. Podemos decir que el cuerpo es un elemento universal, pero con singularidades culturales.

Al respecto Eroza (2016) deja ver claramente en *El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor* que los signos, síntomas y dolencias visibles en el cuerpo adquieren la capacidad de ser un lenguaje importante y profundo de la vida social y de sus acontecimientos, por lo que precisamente hacen del cuerpo un texto abierto a una diversidad de lecturas. Así, da a conocer cómo, en San Juan Chamula, un municipio de Chiapas, desde el simbolismo y el poder, se debaten los cuerpos e intentan, de diversas maneras, restaurar y contrarrestar el sufrimiento que les ocasiona el orden social establecido.

Erróneamente algunos estudios equiparan categorías nosológicas a padecimientos concretos, malestares y dolencias exclusivas de ciertos grupos sociales, como el mal de ojo, el espanto u otros que más bien, hacen referencia a experiencias personales y socioculturales (Eroza y Carrasco, 2020), lo cual ha permeado, entre los creadores de las políticas en salud, en la incomprensión de lo que las concepciones de enfermedad y salud significan en cada entorno en que tienen lugar.

En términos de los aspectos sociales y subjetivos, los abordajes implican no solo aceptar los discursos o enunciados de la relación entre el cuerpo y el contexto social de los malestares derivados de las presiones sociales, o de la salud fundamentada en el equilibrio con el medio, sino de dirigir intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de las personas. El concepto de salud debe ser lo suficientemente relativo para atender las particularidades de lo que, para unos y otros, esté contenido en su percepción de la salud y la enfermedad (Caponi, 1997).

### 1.2.2 Padecimiento, *illness*, *disease* y *sickness*

En la década de los noventa, desde la perspectiva antropológica interpretativa, se comienza a privilegiar las racionalidades culturales más profundamente del sujeto y de los grupos, se propone un acercamiento a los aspectos más subjetivos de la enfermedad como el sufrimiento, la experiencia personal y las emociones, las circunstancias históricas, sociales y culturales que influyen en la respuesta que la persona desarrolla (Menéndez, 2020). Son precisamente los individuos que padecen de un malestar quienes pueden dar cuenta de cómo lo experimentan.

La perspectiva interpretativa tiene una visión humanista y estudia el modo en que las personas le dan significado y perciben a la enfermedad a través de la influencia de su contexto social y cultural. Explica que la enfermedad tiene una triple dimensión: una dimensión biológica con el término inglés de *disease*, que se centra en la mirada de la medicina y alude a la disfuncionalidad biológica del cuerpo y el organismo; una dimensión que se refiere a la experiencia subjetiva e intersubjetiva de estar enfermo, *illness*, es decir a la experiencia personal y cultural de la enfermedad; y, una dimensión simbólica-social, que da cuenta de las condiciones históricas y sociales de las representaciones de la enfermedad en los contextos sociales y de las prácticas médicas locales y de la propia biomedicina, conocida bajo el término *sickness*.

Kleiman (1988), exponente de la corriente interpretativa, utiliza el término padecimiento para referirse a la experiencia humana innata de síntomas y sufrimiento, y para estudiar como la persona enferma y los miembros de su red social como la familia, responden, perciben y viven ante la enfermedad. Aunque utiliza indistintamente los términos de paciente y persona, aclara que concibe al sujeto enfermo como una persona activa de la atención, no como alguien pasivo; en el caso de las enfermedades crónicas, donde centra su investigación, tanto la persona enferma como su familia toman decisiones y, por ende, no se pueden percibir como pacientes en el sentido estricto de pasividad. Retomo esta aportación en mi investigación cuando me refiero a los pacientes<sup>6</sup>, ya que mi interés radica en comprenderlos

---

<sup>6</sup> Utilizo el término paciente porque el sistema médico científico lo ha instaurado desde su universo semántico como una categoría que se comprende en la mayoría de los sectores sociales, aunque mi posición epistemológica es humanista entendiendo al paciente como una persona activa, cognoscente, conformada por una unidad corporal, psíquica, social y cultural.

como sujetos o personas activas que deben ser tomados en cuenta en el entendimiento, control y manejo de sus enfermedades.

La dimensión de la enfermedad que permite abordar al paciente como persona y comprender los saberes y significados de los pacientes y su grupo de cuidado acerca de la enfermedad y su cura, es la de *illness*. De acuerdo a Kleiman (1988) la enfermedad absorbe el significado personal y social de la persona, y las experiencias o narrativas del padecer reflejan su sentir, sus emociones, percepciones, conocimientos, expectativas, prácticas y sus significados, mismas que se elaboran, de manera personal e interpersonal, con su círculo social más cercano. Esta dimensión contribuye a que la atención sanitaria aborde el significado privado de la enfermedad, como una red simbólica que une al cuerpo, al yo y a la sociedad y no solo la interpretación como nosología o nomenclatura de una patología o trastorno.

A través de las narrativas del padecer se pueden entender entonces las significaciones y saberes que las personas manifiestan de su experiencia como un proceso donde median las dimensiones personales y sociales. Eroza (2016) hace hincapié en que es importante entender el significado que los sujetos otorgan a los padecimientos y cómo responden a ellos desde determinadas perspectivas culturales, así como se tiene que tomar en cuenta las experiencias sociales y la forma en que viven, porque pueden ser causantes de tensión emocional que igualmente repercute en la salud.

En este estudio se utiliza la categoría conceptual de **padecimiento/enfermedad** como espacio vivido, para referir los aspectos no solo subjetivos sino fisiológicos y sociales de la experiencia del padecer, que involucra a la persona, a la atención médica, a su contexto inmediato y sociocultural. A través del padecimiento (*illness*) se presenta la voz del paciente como agente (Kleiman, 1988 y Lupton, 1997); a través del diagnóstico médico sobre la enfermedad (*disease*) la voz de los médicos y/o terapeutas, y a través del reconocimiento social del padecimiento (*sickness*), la voz del contexto social (Kleiman, 1988; Hofmann, 2002; Wong y Noor, 2014 y Antonucci, 2018). Los saberes y significados del padecimiento devienen de las personas con el padecer desde sus propios procesos personales y subjetivos y solamente se pueden entender contextualizándoles en su universo de valores, creencias, condiciones materiales de vida o comportamientos.

El padecimiento se experimenta como un cambio en el mundo vital de muy diversas formas y ritmos (Good, 2003) aunque se presente la misma patología en diversos casos. Es la experiencia de las personas con su contexto, lo que les permite plasmarse un espacio con procesos dialógicos, que se convierte en un espacio vivido.

### 1.2.3 El padecimiento como espacio vivido

El espacio vivido da cuenta de una relación directa entre las personas y su espacio próximo, es decir, cómo la gente reconoce y significa y cómo desarrollan sus interacciones sociales en las coordenadas del aquí y el ahora. El espacio se construye desde lo vivencial (Spinola, 2016) y son las intervenciones sociales de los individuos que con el paso del tiempo van construyendo ese espacio.

Lefebvre (1974), en *La Production de l'espace*, conceptualiza el espacio como aquel en el que se conjugan los diversos procesos y elementos de las relaciones sociales. Y establece una división trídica de dicho espacio que define como la *práctica espacial*, los *espacios de representación* y las *representaciones del espacio*. Estas tres dimensiones corresponden, a su vez a otras:

El *espacio percibido* (la práctica espacial) es el más cercano a la vida cotidiana y refiere a lo expuesto a los sentidos, a las formas del espacio geográfico físico-material;

El *espacio vivido* (espacios de representación), donde se refleja una mayor subjetividad; es el espacio propio que construye cada sujeto en relación con los demás integrantes de una sociedad, lo que permite que se estructura una nueva dimensión material y mental en el individuo conformando un proceso dinámico con el tiempo y generando nuevos valores actitudes e intereses.

El *espacio concebido* (las representaciones del espacio) es la dimensión de la concepción e interpretación de la realidad, es el espacio mental-pensado que, en todo momento está entrelazado con los dos anteriores.

En esta tesis, abordamos principalmente el espacio vivido que alude al estudio de la conciencia de los individuos, a las ideas que se forman de su espacio social, y a las definiciones que dan de ellos y de los otros, ideas y definiciones que por supuesto, no son homogéneas dado que los diversos sujetos perciben y viven de manera diferente el espacio.

Para conocerlas es necesario analizar sus prácticas sociales con respecto a sus nociones de enfermedad y sus formas de atenderlas (Viqueira, 1994).

El espacio vivido es estudiado al igual por la geografía humanística para dar preponderancia a la escala local o regional, que permite abordar la experiencia cultural del espacio (Lerma, 2013). La geografía dejó de ser más que solo el estudio de lo material y físico de la tierra o del paisaje para pasar a otras categorías fundamentales como el espacio, lugar, área, región, territorio, pero la más general que incluye a todas las demás es el de espacio, concepto que le ha permitido dialogar con otras disciplinas que lo han estudiado como la antropología, la sociología, la economía y la historia, ya que los espacios, los lugares y las regiones no están dados a priori, son construidos por los sujetos sociales en un territorio.

Para adentrarse en el padecimiento/enfermedad como espacio vivido, es necesario analizar narrativas del padecer del paciente, de su círculo social inmediato, de la forma en que su entorno cultural y la visión institucional médica y otras prácticas de atención se incorporan en su propia visión de sufrimiento.

#### **1.2.4 La narrativa: estrategia analítica del padecimiento/enfermedad**

Las narrativas como estrategia analítica organizan la experiencia de las personas e informan acerca de ellas; son un género de la acción y representación oral de la vida cotidiana, y al mismo tiempo, no son independientes de las convenciones sociales y culturales y de las formas compartidas; por tanto, se analizan a través de los relatos personales, pero como instancias de acción social, como actos de habla con propiedades comunes (Atkinson, y Delamont, 2015).

Las narrativas son la creación de significado en retrospectiva, de la situación vigente y también se proyectan hacia el porvenir, y además expresan emociones, pensamientos e interpretaciones del narrador, mediante su relato construye, representa y le da forma a su yo, a la experiencia y a la realidad que le rodea (Chase, 2015). Las personas entrevistadas se consideran narradores con historias para contar y voces propias y a través de entrevistas a profundidad se analizan los relatos de las personas para construir las narrativas y comprender el significado que otorgan a los acontecimientos de su vida (Chase, 2015).

En este estudio el análisis se basa en los aspectos específicos de la trayectoria del padecimiento. Dado que las narrativas del padecimiento se ubican en una tradición centrada en el significado en donde la enfermedad no es una entidad sino un modelo explicativo, se recurre a esta propuesta metodológica de análisis (Uribe, 1999). De lo que se trata es de acercarse a la aflicción que conlleva la enfermedad, tanto para las personas enfermas como para su grupo de cuidado.

La relevancia de esta metodología se aprecia en investigaciones con distintos objetivos: en una se trabaja desde las experiencias y trayectorias de la enfermedad para explicar cómo se construye un contexto de lucha entre diversas prácticas médicas para solucionar la enfermedad (Magaña, 2002 y 2009). Otra ve la estructuración en términos culturales de experiencias del sufrimiento de dos padecimientos (del dolor crónico y la epilepsia) demostrando que, a través de la narración, el mundo vital es reconstituido (Good, 2003). Una tercera línea investiga narrativas de los padecimientos que sumergen en un diálogo del cuerpo, el dolor, el sufrimiento y el infortunio con la sociedad (Eroza, 2016).

En las narraciones de las personas representan al proceso morboso como algo presente en su vida, a diferencia de la medicina que la localiza en el cuerpo, en lugares concretos o procesos fisiológicos y centra la historia clínica en la patología y no en el ser humano (Hamui, 2011). Sin embargo, Kleiman (1988) considera que tanto la narración de la fisiología como la patología en la historia, son la fuente de la forma y peso de la experiencia vivida, desde los propios saberes de los pacientes, los cuales tienen que ser visibilizados por los profesionales de la salud.

A continuación, se presentan los debates que se derivan de las perspectivas antropológicas con respecto a la construcción de conocimientos y saberes expertos y legos, en relación al padecimiento/enfermedad.

### **1.3 Saberes expertos y saberes legos**

Los conocimientos y saberes son parte de los procesos socioculturales y por tanto no son homogéneos, pertenecen a diferentes realidades; Good (2003) menciona, desde una visión fenomenológica, que existen muchos mundos o submundos que habitamos, entre ellos el mundo científico, el de la experiencia religiosa, de los sueños y fantasías, del arte, de la



realidad del sentido común (el mundo cotidiano), formas simbólicas, prácticas sociales y modos de experiencia específicos. Los significados y conocimientos están constituidos en relación con esos mundos de experiencia.

De acuerdo a lo anterior cada mundo es una forma de conocer la realidad, pero es importante señalar que luchan por imponerse con sus principios de racionalidad (Arrúe y Kalinsky, 1996). Se sabe que el conocimiento científico ha logrado establecerse en posiciones ventajosas –donde– tiene cabida la distribución social del poder, pareciera que el mundo científico es el único que lo posee y que no debe ser cuestionable; sin embargo, conforme a la antropología y la sociología el conocimiento se construye en los procesos socioculturales no exclusivamente desde la ciencia. Como lo exponen Arrúe y Kalinsky (1996) todo conocimiento se encuentra sujeto no solo a raíces culturales, sino históricas, institucionales, políticas e ideológicas, por eso nos queda claro que los conocimientos no son etéreos y se producen con determinados intereses: “es mucho más que un inocente juego de palabras y razones” (p.225). Se trata entonces de intensificar y mantener el poder como menciona Foucault (1999).

¿Cuáles son los conocimientos y saberes a los que se desea hacer referencia al presentar estos argumentos? siguiendo a Foucault (1999), son los saberes de la gente, saberes locales señalados como no conceptuales o como insuficientemente elaborados y el poder de los conocimientos científicos que imponen un paradigma. En este sentido Arrúe y Kalinsky (1996) concuerdan con Foucault al aclarar que entre el conocimiento científico y no científico existe un reparto desigual porque los que están al alcance de casi todas las personas, han sido vistos como refugio irracional y de retraso epistemológico y político.

Sin embargo, ambos conocimientos son universos semánticos, universos que Greimas (1973) precisa como la suma de todos los posibles significados producidos por los sistemas de valores de toda cultura, incluyendo las diversas maneras del lenguaje, y el lugar en el que se posee el universo semántico de la ciencia, ejerce un poder sobre el saber de la gente. Para Bourdieu (1999) el poder siempre tiene una dimensión simbólica, es un poder invisible que no se puede ejercer sino es con actos de sumisión ante el orden establecido de quienes lo soportan, por eso logra imponer significados como legítimos y recae en los diferentes universos simbólicos, como instrumentos de elaboración de la realidad social, mito, arte, lengua y ciencia.

El Estado contribuye a la producción y reproducción de estos instrumentos de elaboración de la realidad social a través de la imposición de estructuras cognitivas incorporadas que se convierten en constitutivas del sentido común, son las que representan formas simbólicas de pensamiento y esquemas de percepción (Bourdieu, 1999), es decir, las formas de pensar, de ver el mundo, de otorgarles un significado y todo esto es compartido en cada grupo social; al estructurar la percepción que las personas tienen del mundo, la nominación (formas de nombrar las cosas) construye la estructura de ese mundo y mientras más profunda es, más ampliamente reconocida y autorizada (Bourdieu,1983)<sup>7</sup>. No se cuestionan los significados del propio idioma, el léxico que utiliza la ciencia, lo que está escrito en la *Biblia* o el *Nuevo testamento*; ya son reconocidos por el conjunto social y se les otorga potestad.

Así el poder socialmente reconocido impone una visión del mundo social: surge una lucha en la que la propia ciencia, empeñada por su capital simbólico, permite ejercer su dominio. Allí, entran juegos de representación, en los que un participante de los universos simbólicos constituye al grupo que lo constituye a él mismo, convirtiéndose así en portavoz dotado de poder para hablar en nombre del grupo como el médico habla de la medicina o el sacerdote habla de la religión; de ahí que el poder de las palabras solo es el poder delegado del portavoz, el lenguaje representa a esa autoridad, la manifiesta y la simboliza (Bourdieu, 1983). Es entonces, a través del lenguaje de autoridad que se valida un conocimiento como experto, del cual no se niega ni se repela, porque está investido de poder simbólico y *expertis*, es decir, de un capital simbólico que confiere importancia social y razón de ser como lo conceptualiza Bourdieu (1999). Dicho autor ejemplifica que las atenciones y cuidados que las instituciones y los agentes hospitalarios confieren a los enfermos están en proporción –de un modo más inconsciente que consciente– de su importancia social, por el estatus social que representa ser un profesional de la salud o trabajar en un hospital y porque saben que se espera algo de la función social que representan, el servir al conjunto social. Paradójicamente el lenguaje de autoridad gobierna con la colaboración de aquellos a quienes gobierna; la credencialización, como el título escolar, multiplica el valor de su portador extendiendo o multiplicando la creencia de su valor, instituye y obliga a hacer lo que por esencia debe

---

<sup>7</sup> De acuerdo con la teoría neokantiana que confiere al lenguaje y a las representaciones una eficacia simbólica de construcción de la realidad.

hacerse y no otra cosa como menciona Bourdieu (1983). Los discursos autorizados subordinan, tienen el poder de decir con éxito lo que es

En el caso de atención sanitaria en los hospitales lo que se le transfiere a los pacientes y a su grupo de cuidado es una significación de la enfermedad y mecanismos para tratarla, que forman parte fundamental de los universos semánticos de la ciencia médica, y se construyen y/o deconstruyen los saberes socioculturales de las personas en la interacción con el conocimiento experto de los agentes de la salud.

A pesar de que los pacientes tienden a subordinarse al poder médico, no es precisamente una regla, ya que los individuos también tienen la capacidad de anteponer su voluntad al poder del conocimiento experto, es decir, poseen agencia. De acuerdo a las perspectivas posestructuralistas, se cambia el término de individuo o sujeto a agente. En la *Teoría de la Estructuración* de Giddens (1995) la realidad social se construye a través de la acción de sujetos sociales, dotados de pensamiento y generadores de conocimiento, Giddens no niega la existencia de las estructuras, pero retoma el pensamiento de los sujetos: agentes y estructura son mutuamente constitutivos, el agente puede alterar su posición en la estructura social. A la vez, Bourdieu (1995) considera que, “los agentes sociales no son “partículas” mecánicamente arrastradas y empujadas por fuerzas externas. Son más bien portadores de capital” (p. 72).

Así es precisamente como se concibe en este estudio, al paciente que interactúa con los espacios hospitalarios. A continuación, se esboza el papel del paciente como sujeto-agente dentro del proceso de atención a la salud.

### **1.3.1 El paciente como sujeto-agente**

Para desarrollar el concepto de paciente como agente, en este apartado se retoman algunas visiones de la sociología médica con un enfoque clásico, interpretativo y contemporáneo. En el primer caso, Parsons (1975) determina las formulaciones conceptuales del papel del enfermo, es decir de lo que significa ser paciente. Para el enfoque interpretativo se retoma a Armstrong (1984) y Segall (1976) que ponen atención a diversos puntos: la relación entre el personal de salud y el paciente, las creencias sobre la salud, los cuidadores legos o informales y la respuesta a la enfermedad. Deborah Lupton (1997) representa a la

visión contemporánea sociocultural para la cual los pacientes no son entes pasivos sino sujetos con agencia que tienen diversas respuestas a la mirada clínica.

Parsons (1975) plantea el rol del enfermo a partir de tres supuestos: el primero determina que estar enfermo no es una elección consciente o deliberada, en el segundo establece que como no es responsable de sus dolencias se le otorgan ciertos derechos y privilegios como apartarse de sus responsabilidades cotidianas, y el tercero alude a que el enfermo debe esforzarse por conseguir su salud y por ello tiene que adaptarse al papel del paciente y acatar las órdenes del médico consensuadamente. Al buscar ayuda profesional el enfermo intenta recuperarse, pero no es la persona de siempre, por lo tanto, enfermarse constituye un rol social diferente porque implica conductas que se basan en expectativas institucionales que la sociedad refuerza; es decir, tiene que adaptarse a las normas de comportamiento que se piden cuando se encuentra enfermo, ya que las fue aprendiendo con la socialización.

Parsons explica entonces que la superioridad de los organismos de salud, así como del personal de salud en general y de los médicos en particular, se debe a que les encargaron la responsabilidad de la salud de las personas enfermas y, por lo tanto, una responsabilidad fiduciaria (de confianza)- Por ello, han sido certificados como aptos para el cuidado, prevención y cura. El autor aclara que no se trata de una posición aristocrática o de clase de los médicos con los pacientes, sino del manejo de funciones institucionales específicas de la atención a la salud. Su responsabilidad fiduciaria comienza desde su formación ya que los médicos se someten a un entrenamiento formal elaborado y se articula con las exigencias de las funciones de atención. La relación asimétrica entre el médico y la persona enferma se considera funcional desde la perspectiva parsoniana.

Segall (1976), por su parte, y desde una visión interpretativa, estima que el papel del enfermo no solo se ve afectado por la naturaleza de la enfermedad, sino también por la social, con factores culturales y personales. Se pueden encontrar diferencias socioculturales sobre el comportamiento apropiado o las expectativas para el papel del enfermo, ya que, para este autor no es un concepto unitario que se aplique igualmente a todas las personas. El paciente puede tener una participación activa que no se ve reflejada solo en su educación, experiencia y conocimiento en relación a su enfermedad de manera individual, sino de los que están cerca

como su familia. De esta manera, critica el modelo ideal del rol del enfermo de Parsons porque no refleja la complejidad del fenómeno.

Armstrong (1984), a su vez, explora la evolución del rol del enfermo haciendo explícito que el modelo de Parsons es estandarizado e invisibiliza la capacidad de agencia del paciente. Afirma que hay que darle importancia a los relatos y a las sensaciones del enfermo, haciéndolo partícipe dentro de la terapéutica. Aquí la importancia de la mirada del paciente en la enfermedad es central y se articula con el médico que es el experto, lo cual permite trascender las demarcaciones entre médico y paciente. Se pueden rastrear los marcos de significación de salud y enfermedad, las traducciones de los pacientes, las aparentes fronteras entre el saber de profesional y el saber de la persona enferma, lo que posibilita procesos de negociación que emergen de esa relación.

Un trabajo trascendente para reconocer que el papel del paciente no es homogéneo y que, por el contrario, diversos factores influyen en la forma de reaccionar ante la enfermedad es el de Lupton (1997), quien demuestra que no se puede entender al paciente como un ser pasivo sino como un agente participativo involucrado en su propio proceso de enfermedad. La autora parte de la perspectiva foucaultiana sobre medicalización en relación con la práctica y el encuentro médico, donde se plantean estrategias de poder disciplinario que proporcionan directrices sobre la forma en que los pacientes deben de entender, regular y experimentar sus cuerpos, como son la observación, el examen, la medición, la comparación de los cuerpos con normas establecidas, convenciendo así a los sujetos de ciertas formas de pensamiento y comportamiento, lo que Foucault llamó “el biopoder”.

Según esta misma autora, para Foucault y sus seguidores los médicos son considerados como eslabones en un conjunto de relaciones de poder, por lo no se puede quitar el poder a los profesionales médicos y entregárselos a los pacientes. Dado que es una relación de naturaleza concertada socialmente, -aunque aclaran que los médicos no buscan intencionalmente la dominación coercitiva y limitante sobre otros-, el poder médico es de naturaleza productiva y no represiva y no siempre las estrategias de poder corresponden con su ejercicio exitoso. Por otra parte, donde existe poder siempre van a encontrarse resistencias. Es precisamente de esta reflexión de Foucault, y del interés que mostró sobre la tecnología o prácticas del yo que explican como un individuo actúa sobre sí mismo, de los que parte

Lupton, ya que no han sido explicada con detalle por el autor dado que este proyecto se interrumpió a su muerte y quedo sin desarrollo posterior.

Lupton, analiza las estrategias médicas del poder médico, en un trabajo donde muestra que en el encuentro médico existe una continua negociación de poder que depende del contexto de esa interacción, de factores como edad, sexo, origen étnico, dolencia médica, experiencia acumulada y dimensiones emocionales. En algunas ocasiones las personas pueden subvertir las técnicas disciplinarias que experimentan como restricción de su autonomía y del rol del enfermo pasivo y ortodoxo. En algunas ocasiones las personas pueden subvertir las técnicas disciplinarias que experimentan como restricción de su autonomía y del rol del enfermo pasivo y ortodoxo. La autora enfatiza también la importancia de las respuestas, mediadas por diversos factores, de las personas enfermas a los discursos y estrategias externas que intentan disciplinarlos. Ante un padecimiento las acciones no son únicas ni lineales, son variadas; no son unitarias ni estandarizadas, son dinámicas. Las personas enfermas se muestran como agentes ante los discursos hegemónicos. Así, incorpora el reconocimiento del yo y la noción de subjetividad.

Las visiones sociomédicas con respecto al papel que juega el paciente en la relación con los médicos y/o los organismos de salud fueron ampliándose hasta llegar a dotar a la persona como a su grupo de cuidadores de un rol más activo con respecto a su enfermedad.

Sumado al rol activo de los pacientes, es importante comprender que la interacción en los espacios de atención institucional, como los hospitales, no son encuentros con un espacio físico, sino de múltiples interacciones simbólicas.

#### **1.4 Interacción espacial en el hospital**

Cuando los pacientes y su grupo de cuidado ingresan a un hospital interactúan en una sede donde se conjugan relaciones culturales; las sedes son escenarios de interacción, elementos biofísicos que tienen significados sociales, donde se establecen relaciones cara a cara en espacios micro, con regionalización interna donde se construyen los contextos de interacción y a la vez conecta los componentes más íntimos con actores y procesos que se encuentran alrededor de la sede; si no hay procesos sociales no hay sedes y cada sede tiene de contexto otras sedes (Giddens, 1995).

Los pacientes se hacen partícipes de la sede por necesidad, interaccionan con personal de salud y administrativo que dirige el hospital y que responden a intereses e instituciones que involucran no solo a los que están dentro, sino a otros actores externos. No se trata de la localización física del espacio, sino de prácticas sociales y culturales, de espacios y tiempos específicos que se definen a partir de estas prácticas, que son el resultado de procesos estructurales de un sistema social.

Se plasma una relación simbólica con el espacio hospitalario, lugar en el que el transcurrir por las consultas médicas o la internación hospitalaria des-cotidianiza la vida, se vuelve extraño lo familiar (Arrúe y Kalisky, 1996); los pacientes y su grupo de cuidado traspasan los límites de la frontera de su cotidianidad y se sujetan a una situación estructurada en donde el conocimiento experto pretende subordinar al conocimiento lego, el espacio hospitalario espera que los pacientes y su grupo de cuidado, acaten las normas que establece para la recuperación de su salud, durante el proceso de hospitalización y posteriormente en casa, sin embargo, la agencia de los sujetos les proporciona ser actores activos y crear relaciones significativas en la experiencia de su padecer. No se puede considerar, por tanto, un espacio donde no se plasman saberes y significados.

La creación y funcionamiento de hospitales responden al MMH y los lineamientos de funcionamiento del hospital; dependen de la SSA que como institución del Estado indica la implementación de políticas de salud como las políticas de interculturalidad, que las implementa como un modelo que busca fortalecer la visión respecto a la atención a la salud en la diversidad, con el diseño de componentes que definen a una unidad de salud y redes de servicio como culturalmente competentes, aquellas que promueven ambientes positivos y de atención a los usuarios, incorporando información de los servicios, personal técnicamente capacitado y actitudes de respeto y servicio (SSA, 2008).

Como ya he mencionado anteriormente, las políticas en salud sobre interculturalidad se centran en el reconocimiento y respeto de la cultura de los pacientes sobre el binomio salud/enfermedad más no posiciona a la ciencia médica como “otro” sistema cultural, solamente a la cultura de los pacientes, concebidas como ideas, creencias, o actualmente nombradas de manera arbitraria como usos y costumbres de los usuarios<sup>8</sup>. Es clara la postura

---

<sup>8</sup> Se menciona que es de manera arbitraria porque varios de los trabajadores del sector salud, en una investigación anterior en la Casa materna de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (proyecto del sector salud), se refieren a que “tienen” que respetar los usos y costumbres de los pacientes porque institucionalmente se

de situarse como referencia para establecer quiénes son los *otros*, a fin de alcanzar actitudes de respeto a la diversidad cultural (que no siempre se logran), pero no circunscribirse como otra visión cultural en el contexto de la diferencia.

El estudio del encuentro que se gesta entre el sistema de atención a la salud en el espacio hospitalario y los pacientes, presenta elementos de análisis que aluden a una experiencia que se da en un espacio-tiempo, donde se establece un encuentro de interacción que traspasa los límites de la frontera que divide de su cotidianidad a los pacientes y a su familia del espacio hospitalario. Al referir interacción, se habla de la acción entre dos fuerzas en relación, es decir, una dialéctica entre procesos y sujetos, donde impera el dominio que contiene el sistema médico hegemónico para crear significaciones culturales de la enfermedad, pero a la par la participación activa y no pasiva de los pacientes. Se intenta enfatizar en los aspectos internos que viven los pacientes y su grupo de cuidado cuando interaccionan con un sistema médico que posee sus propios significados establecidos en el control del cuerpo, de los procesos mentales y la forma de guiarlos en la vida cotidiana.

En tanto, las visiones antropológicas mostraron las dimensiones subjetivas, biológicas y sociales, que envuelven a un padecimiento/enfermedad y las visiones sociomédicas el rol de los pacientes como sujetos agentes y la interacción con los espacios hospitalarios, aunado a estas dos nociones, los estudios regionales y la antropología médica crítica, muestran que se encuentran estructuras a nivel sociocultural, político y económico, que determinan los procesos del padecimiento/enfermedad y salud, los cuales se explican en el siguiente apartado.

## **1.5 Dimensiones socioculturales, políticas y económicas de la enfermedad y la salud.**

### **Antropología médica crítica y Estudios regionales**

No solamente las singularidades culturales han sido motivo de estudios en diversos contextos sociales, desde los años sesenta comenzaron a darse críticas académicas con respecto a la

---

plantea en la actualidad. El término se ha hecho popular y se nombra de manera generalizada para referirse a la cultura de las diversas sociedades locales, sin conocer que la figura *costumbre* desde los noventa fue establecida en el convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (OIT) para identificar que los pueblos indígenas o tribales estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres y tradiciones, o por una legislación oficial (OIT, 2014).



falta de una visión más amplia sobre los problemas de salud y las consecuencias humanas de los procesos políticos, económicos y sociales que giran en torno a las enfermedades y a su atención (Gamlin, Gibbon, Sesia y Berrio, 2020).

Desde la Antropología Médica Crítica (AMC) se comprenden las razones culturales, económicas, políticas e ideológicas que se encuentran detrás de las prácticas y el comportamiento de las personas en relación a la salud y a la enfermedad. Al respecto sugiere Menéndez (2020) que “las razones socioculturales, económicas y técnicas no deben buscarse solo en los hábitos o estilos de vida de la población, sino también en los del personal médico y en los de la industria de la salud/enfermedad” (p. 7), lo que lleva a entender que la medicina científica, sus instituciones y sus prácticas tienen una base cultural, social, económica e ideológica, y se dan a diferentes escalas: locales, estatales, nacionales y globales.

La antropología médica crítica coincide con los Estudios regionales para la comprensión de los saberes y significados del padecimiento/enfermedad en relación a un sistema más amplio y complejo, en tanto histórico y espacial escalar.

Volver los ojos hacia atrás, centrar la atención en la historia de las dinámicas sociales, de los intercambios, el aprendizaje, las transformaciones y el poder y dominio contenidos en estos procesos, muestran que la existencia de las relaciones complejas entre mundos diversos ha estado siempre presente. Además, influenciadas por relaciones de largo alcance de tiempo y espacio, elementos que analizan los Estudios regionales.

Ayora (1995) puntualiza que no se puede separar un contexto local del global, y precisamente, lo aborda para explicar el concepto de región, propone que el concepto de región solo puede entenderse en el ámbito de las relaciones globales, que abarcan las económicas, políticas y culturales. Es un campo en que se enfrentan fuerzas, constituido por otras relaciones de poder que tienen un origen externo. Existen culturas que logran imponerse sobre otras, debido a la distribución desigual de recursos económicos y políticos. Los estados-nación son aquellas entidades sociopolíticas que concentran recursos y poder, primero surgen en Europa y después se trasladan al continente americano. Y las naciones ubicadas en la periferia prestan en el siglo XIX las ideas y prácticas que les ayudarían a constituirse como entidades sociopolíticas con igual trato y derechos en las relaciones entre nacionales.

Los aspectos que se mencionan, son de importancia cuando se requiere no solo entender el concepto de región, además presenta metodológicamente los elementos que debe

contener una investigación en estudios regionales, los históricos en primer lugar, los sociales, políticos, y culturales. Sin dejar de lado la relación entre lo global y local, ya que la globalización tiende hacia la homogenización y al mismo tiempo a la heterogenización, a universalizar particularismos y a particularizar lo universal (Ayora, 1995).

Región, no está exenta de dimensiones que, al igual, son universales: los aspectos históricos, sociales, políticos, económicos, culturales e incluso, los ambientales; pero, se manifiestan y dinamizan de diferente forma en cada espacio de relaciones, que involucran no solo lo local y actual, sino también relaciones globales, y actores, que a través del tiempo imprimen una influencia muchas veces directa, otras indirectas y otras muchas tan tenue que apenas alcanza a percibirse.

De lo anterior se deriva una categoría conceptual regional, que se desarrolla como **Sistema hospitalario**, donde se encuentran los procesos socioculturales, políticos y económicos que convergen alrededor de la atención sanitaria en el Hospital de Las Culturas; el interés no radica en la interacción de sujeto a sujeto [individuales] como médico-paciente sino de sujeto a sistema, algo más complejo que requiere del entendimiento de procesos estructurantes del padecimiento/enfermedad y salud. Cabe mencionar, que categorizar a la medicina como un modelo o forma cultural y no exclusivamente como modelo médico-científico, es la primera intencionalidad de la que se desprende la discusión para desarrollar la región Sistema Hospitalario, tal como lo han ilustrado diversos autores ya mencionados dentro de la tradición de la antropología de la enfermedad e interpretativa y lo estudios de interculturalidad en salud, pero también, se dirige a evidenciar dimensiones político-económicas y socioculturales macroestructurales.

La construcción del Sistema hospitalario se explica en el capítulo dos, tomando en cuenta las características histórico-culturales de la zona V Altos Tsotsil-Tseltal, territorio político administrativo donde se encuentra el Hospital de Las Culturas. Enseguida y para finalizar el capítulo uno se despliegan los componentes de los procesos sociocultural, político, y económico, que se convierten en estructurantes y determinantes del funcionamiento y las prácticas de la atención del padecimiento/enfermedad.

### **1.5.1 Del proceso sociocultural**

La perspectiva sociocultural alude a la noción de sociedad, cultura y persona. Los procesos socio-históricos y culturales constituyen la creación de formas simbólicas e instituciones que encarnan significaciones e instituyen representaciones (Castoriadis, 1997). En todas las sociedades las diferentes prácticas de atención a las enfermedades contienen símbolos, significados e instituciones para prevenir y enfrentar el malestar provocado en las personas. Este apartado explica cómo la medicina científica de la atención hospitalaria es un sistema cultural y se encuentra ligado a otros sistemas médicos y saberes populares dentro de una misma sociedad.

Las interacciones socioculturales son procesos que contienen la producción de significados y símbolos compartidos dentro de una cultura a partir de la socialización primaria y secundaria donde se internalizan instituciones en un proceso dialéctico entre el sujeto y la sociedad. Las personas que prestan servicios dentro de un hospital no se encuentran aisladas de un contexto social y cultural, devienen de una historia de vida y un proceso educativo familiar y escolar donde se cimentan significantes sobre el cuerpo, la mente, las emociones y los diversos padecimientos; al interactuar en una dinámica relacional socializan sus conocimientos con el resto de la estructura hospitalaria.

Los profesionales de salud reciben durante sus estudios una formación ideológica-cultural que parte de los universos semánticos médico-científicos, representados en una racionalidad específica que a continuación se expone como racionalidad médica.

#### **1.5.1.1 Racionalidad médica.**

La atención hospitalaria asume como base conceptual y de acción el sistema médico científico, que Menéndez (1988) denominó modelo médico hegemónico, y lo caracteriza como:

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales... (p. 1).

El modelo médico hegemónico (MMH) emana del capitalismo, de una racionalidad científica y tecnológica, del poder que le confiere la legitimación del Estado, y ha implantado su normatividad de cómo llevar a cabo la atención a la salud, subordinando a otras prácticas curativas y a los saberes populares a través de discursos ideológicos, racionales y científicos (Magaña, 2002). Los modelos científicos son elaborados y mantenidos dentro de un contexto histórico, social, cultural y político. Y, por lo tanto, revelan la concepción con respecto a lo que es definido como ciencia (Caramés, 2004); este modelo médico no fue legitimado solo por los profesionales de la medicina, sino también por instancias jurídicas del propio Estado y por un sistema económico dominante centrada en la acumulación de capital.

Menéndez (1988) lo concibe como modelo porque existe una relación que opera entre rasgos teóricos para aplicarlos en la realidad, involucra a la práctica clínica curativa, a la práctica epidemiológica y a la preventivista. Los rasgos estructurales que lo caracterizan son los siguientes: biologismo, individualismo, ahistoricidad (la enfermedad no contiene causas históricas), asociabilidad (no es un hecho social), mercantilismo, eficacia pragmática, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, legitimación jurídica, profesionalización formalizada (como formación ideológica-cultural y no solo de adquisición de habilidades técnicas (Caramés, 2004)), identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo de medicamentos. Todos estos rasgos estructurales diferencian y al mismo tiempo jerarquizan al MMH sobre otros conocimientos y saberes para explicar la enfermedad, como la forma de nombrarla, sus causas, manifestaciones, maneras de vivirla, alternativas de curación, hasta la construcción y prevalencia social e individual de determinados padecimientos.

El posicionamiento del MMH sigue vigente en la sociedad sin concientización sobre la historia de su aparición como de los problemas sociales de salud que ha generado y/o no ha resuelto, subordina los saberes y sentires de grupos sociales históricamente conformados con significaciones producidas y reproducidas culturalmente; sin asumir que no es solo un modelo científico sino cultural como otros modelos de atención. La diversidad de estrategias curativas posee distintos polos de coherencia cultural para la definición y tratamiento de la enfermedad, por tanto, todo sistema médico es un sistema cultural (Magaña, 2002).

No solo las prácticas médicas de los distintos grupos sociales construyen las formas de comprender la realidad de la enfermedad también el MMH, y, por tanto, todos los sistemas médicos son modos de interpretación y significación.

La ciencia médica es, en parte, una formación ideológica y posee un lenguaje cultural vinculado a una versión de la realidad, es un modo de aprehender el mundo y por tanto de influir a través de símbolos, formula el cuerpo humano y la enfermedad de una manera culturalmente específica (Good, 2003). Desde la formación de los estudiantes de ciencias de la salud comienza la construcción ideológica-cultural de la enfermedad y los enfermos (Caramés, 2004) a través de significaciones emanadas de un lenguaje propio científico y técnico. Dicha formación determina la forma de ver, de hablar, de interpretar y de tratar a las personas como enfermedades.

Categorizar a la medicina como un modelo o forma cultural y no exclusivamente como modelo médico-científico, es la primera intencionalidad de la que se desprende la discusión para desarrollar la región *Sistema hospitalario*, tal como lo han ilustrado diversos autores ya mencionados dentro de la tradición de la antropología médica y los estudios de interculturalidad en salud.

No estaría completa la noción del proceso sociocultural sin la mención de que la hegemonía que ejerce la medicina científica es con otros saberes médico-culturales que confluyen dentro de los grupos sociales en un mismo espacio social, las diversas estrategias curativas<sup>9</sup> que entran en disputa para establecer sus explicaciones acerca de la enfermedad; esta dinámica se explica a través de la categoría conceptual de campo de lo médico de Magaña (2002 y 2009)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Medicina científica, estrategias médicas tradicionales locales, terapias como la acupuntura, la homeopatía, la herbolaria, biomagnetismo, entre otras.

<sup>10</sup> Categoría de análisis que construye el autor a partir del concepto de campo de Bourdieu (1997) entendida como una red de relaciones objetivas entre posiciones; estas posiciones se definen en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, el campo es escenario de relaciones de fuerza y de luchas encaminadas a transformarlas, el sitio de un cambio permanente; y del concepto de culturas íntimas de Lomnitz (1995) que hace referencia a los signos y significados desarrollados por grupos que comparten espacios (una clase localizada) en un ambiente regional específico, que pueden ser desde hogar hasta la comunidad.

### **1.5.1.2 Campo de lo médico**

Alude a las relaciones de subordinación y lucha que orientan diversas prácticas médicas en la solución a problemas de enfermedad. Estas relaciones que manifiestan un campo de conflicto por la obtención de poder en el interior de un espacio social específico con distintos polos de coherencia cultural en interacción desigual, el MMH mantiene como ya se ha mencionado, subordinadas a las otras prácticas curativas.

Magaña (2002 y 2009) resalta que existen diferentes representaciones culturales de la enfermedad en un mismo espacio social, y se suscita una competencia entre los distintos saberes provocando una fragmentación o hibridación de coherencias culturales en los esquemas de percepción y representación de las enfermedades en la población, aunque esto se presenta en posiciones desiguales porque el MMH con su posición dominante logra influir considerablemente en las significaciones de la enfermedad pese a que ésta ha sido formulada asimismo por esquemas de las sociedades y esencialmente en quienes enferman.

### **1.5.2 Del proceso político**

Los procesos políticos y económicos aluden a las relaciones de poder, ideológicas y de producción y circulación económica que determinan los problemas de salud y su atención.

La legitimación que el Estado le concede al modelo médico hegemónico –ahora entendido como un modelo médico-cultural– lo coloca en un ámbito político privilegiado frente a otras prácticas curativas, como lo evidencia Magaña en el campo de lo médico al referirse a las tensiones estructurales médicas no aisladas de presiones sociales, políticas y económicas al interior de un espacio social. A pesar de este posicionamiento, el sector salud entra en conflicto con múltiples actores con otros intereses y diversos grados de poder como los estados, corporaciones transnacionales, sociedad civil y otros, áreas de política cuyas decisiones no se orientan a perjudicar la salud, pero pueden tener efectos colaterales negativos, y que son determinantes políticos de la salud, porque incluyen normas, políticas y prácticas que surgen de interacciones globales que atraviesan los sectores y pueden llegar a afectar la salud (Ottersen, *et al.*, 2004).

De estas interacciones entre diversidad de actores surgen las políticas públicas (de Estado) en cada nación; Cueto y Gudardamagna (2013) consideran que la sociedad reclama

la generación de tácticas de largo plazo que se sintetizan en la demanda por políticas públicas pero que sean estables y continuas y no unilaterales y rígidas.

Las políticas públicas son una serie de decisiones y acciones para resolver un problema políticamente definido como colectivo, que requiere consensos entre actores gubernamentales en asociación con actores sociales (económicos, civiles) y los ciudadanos; generalmente es el Estado el que tiene la centralidad, define los procesos y su extensión, es el dueño del juego, pero todo concepto de Estado debe suponer así mismo uno de sociedad (Cueto y Gudardamagna, 2013). Por lo tanto, la construcción de políticas públicas supone un ámbito de relación entre Estado/sociedad.

Cabe preguntarnos qué tipo de relación se establece, lo cual se puede responder a partir del concepto de Estado; de acuerdo con Zeller (2007) existen diferentes perspectivas que lo definen, la perspectiva pluralista, dirigencial y neomarxista o clasista; la primera tiene un nivel de análisis individual y considera al aspecto clave del Estado como democrático, la dirigencial parte de un análisis organizacional y el aspecto clave del Estado es burocrático y la perspectiva clasista, que critica a ambas, parte de un análisis social y el aspecto del Estado es capitalista. Así el Estado se define como entidad o como una relación social; como entidad es un conjunto de organizaciones separado de la sociedad y como relación vincula a múltiples grupos, actores y clases.

Para entender la creación de políticas públicas se retoma la perspectiva clasista, que determina al Estado de naturaleza relacional, pero como una relación social de dominación, un Estado capitalista que opera materialmente a través de aparatos estatales con una apariencia burocrática y de neutralidad entre la clase dominante y los sectores subalternos (Zeller, 2007). De esta manera los aparatos del estado son los que implementan las políticas públicas, aparece una cuestión social problematizada y se generan un conjunto de decisiones, intervenciones, posiciones o abstenciones que constituyen la política pública en sí (Álvarez, 2009).

Cueto y Gudardamagna (2013) explican que dichas políticas públicas se pueden producir desde actores gubernamentales, desde el Estado y la sociedad o desde el campo de la sociedad o por lo menos en un espacio de coproducción activa donde el Estado o el gobierno no siempre ocupan una posición central y hegemónica; sin embargo, en América Latina se cristalizan las decisiones unilaterales como predominancia, además de que

devienen no solo desde actores nacionales de acuerdo a condiciones políticas e históricas particulares, sino desde organismos internacionales y ello trae consecuencias en su instrumentación en las diversas realidades, porque se pretende homogeneizar las acciones y los resultados.

Es importante ponderar cómo se reciben desde la sociedad, qué intereses se benefician, a quiénes afectan, qué modificaciones causan, si se logra la vinculación con el Estado y si resuelve lo que se denominó problema. Hay experiencias en diferentes contextos locales de la realidad política mexicana específicamente, donde los lineamientos de las políticas públicas dirigidas a la salud no han tenido éxito (Menéndez, 2016, Eroza, 2017, Ruíz, 2018).

Sin pretender agotar esta reflexión aquí, se aborda un elemento en la implementación de las políticas públicas que se considera relevante para la definición del *Sistema hospitalario*, que es la participación de los actores de la administración pública, que son los que realizan la función administrativa y gestión con el Estado. No hay que confundir las políticas de Estado con las políticas de gobierno, de acuerdo a Álvarez (2009) la primera se circunscribe a una gestión en particular, no tiene consensos extendidos y dura mientras esté vigente el gobierno que la concibió; en cambio una política de Estado responde a intereses más generalizados que influirán en la vida del Estado y la sociedad, los actores públicos tienen injerencia en ambas, por lo que se les confiere poder político. Se han generado políticas públicas para resolver problemas sociales concernientes a la protección a la salud con la toma de decisiones de actores primordialmente gubernamentales, que ejercen su poder político no siempre a favor de las prácticas y acciones en beneficio de la salud de la población.

Definitivamente la política y el poder no están separados, existe una vinculación directa y por esa razón se compite por influencia, estrategias de dominación y luchas por la hegemonía (Zeller, 2007).

Como se puede apreciar, una de las formas como se adquiere el poder es en una posición política, aunque no es la única, porque también puede ser a través de sistemas de control social<sup>11</sup>. De acuerdo con Foucault (2007) el poder no se posee; se ejerce, en vez de

---

<sup>11</sup> Como lo muestra Hermitte (2004) en la década de los setentas, en un sistema tzeltal, en donde el poder y la autoridad opera bajo la jurisdicción de funcionarios gubernamentales y principalmente por tres agentes sobrenaturales que por sus posiciones sociales ejercen sanciones cuando una persona del poblado transgrede el código moral local, a través del daño a su espíritu, haciendo que se enfermen o por el contrario se curen. Aquí



hacer universal la distinción entre Estado y sociedad considera que es necesario esquematizarla desde una tecnología específica de gobierno, es decir, cómo lo ejercen los aparatos estatales y los actores del poder político en un determinado contexto social, cómo se ejercen las formas de poder locales o regionales que poseen su propia modalidad de funcionamiento, procedimientos y técnicas con especificidades históricas y geográficas, pero sin dejar de ver el marco neoliberal en el que se han desenvuelto las maniobras gubernamentales a nivel global.

Lo anterior es lo que Foucault (2009) denomina gubernamentalidad del Estado y menciona que es de mayor interés que la estatización puesto que las tácticas de gobierno son las que permiten definir qué le debe y que no concernir, lo que es público y privado; pero la gubernamentalidad abarca mucho más que eso; la define como:

el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja, de poder, que tiene como meta principal la población, como forma primordial de saber la economía política, y como instrumentos técnico esencial, los dispositivos de seguridad...[ ] lo que ha comportado, por una parte, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno, y por otra el desarrollo de toda una serie de saberes (2009, p. 213)

Aquí Foucault muestra que el elemento primordial es gobernar a la población, ejercer poder sobre los individuos, pero en conjunto, a nivel social y sobre la base del saber de la economía política, que aparece de la relación entre población, territorio y riqueza con la forma de poder de gobernar. Para Foucault desde el siglo XVIII la población aparece como un dato, como un campo de intervención, como el fin de las técnicas de gobierno, en sí, gobernar un Estado es poner en práctica la economía con respecto a los habitantes, a las conductas, a las riquezas, vigilar y controlar. Entonces menciona, que el modo de relación propio del poder no debería buscarse del lado de la violencia o de la lucha, ni del lado del contrato o de la vinculación

---

el sistema de control social implica que una persona sea vigilada y se informe de su conducta al gobierno del otro mundo. Los roles son: el *me'iltatil* (o guardián sobrenatural), el *poshtawaneh* (el que cura), y del *ak'chamel* (o brujo), cada uno con sus atributos, funciones y jurisdicciones territoriales. Todos son ancianos, este gobierno sobrenatural consta de un presidente, un secretario, un juez y varios policías, que son elegidos bajo mecanismos sociales. El respeto y el temor que les tienen se debe a su status sobrenatural y no a la afiliación de un grupo formalmente constituido.

voluntaria (los cuales pueden ser, a lo más, instrumentos del poder), sino más bien del lado del modo de acción singular del gobierno (Foucault, 1988).

Sin duda las acciones políticas en cualquier momento y contexto histórico están acompañadas de relaciones de poder. Siguiendo el mismo planteamiento analítico de Foucault sobre este tema, nos adentramos al ejercicio de poder en ámbitos de racionalidades específicas como el de la medicina sobre la población, ya que “la medicina ejerce un poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte” (Foucault, 1988, p. 6). De acuerdo a Giorgi y Rodríguez (2009) Foucault descubre que las formas de sujeción del individuo moderno se dan alrededor de la salud, de la sexualidad, la herencia biológica o racial, la higiene, los modos de relación y conducta con el propio cuerpo; los mantienen entre lo normal y anormal, entre la enfermedad y la salud, etc.

La salud y la enfermedad en tanto hechos de grupo y población fueron problematizados en el siglo XVIII por múltiples instancias, no solo por el Estado -pero con mucha fuerza por este- entre ellas grupos religiosos, asociaciones de socorro y de beneficencia, sociedades científicas y de estadística; el estado de salud de una población pasó a ser el objetivo, se crea así una nosopolítica (uso de la enfermedad con fines políticos), y no hay sociedad actual que no la ponga en práctica, como lo podemos ver en las acciones de los diversos países del mundo en relación con la pandemia de SARS 02-COVID 19.

Pero no solo es un asunto político, la salud a mitad del siglo XX empieza a ser parte de los cálculos de la macroeconomía primero en países europeos -lo cual podemos apreciar en la actualidad en países de América Latina- existe cierta redistribución económica para cubrir la salud, se convierte en objeto de una lucha política y económica (Foucault, 1999). Esto se desarrolla en el siguiente apartado que aborda el proceso económico en el que ha estado envuelta la medicina.

### **1.5.3 Del proceso económico**

Para abordar el proceso económico se retoma de nuevo a Foucault (1999), porque para fines de la investigación arroja un marco conceptual e histórico significativo. Este autor menciona que las funciones modernas de la medicina se deben en gran medida a la estatización que la caracteriza, se ven reflejadas en los avances tecnológicos y descubrimientos de

medicamentos como el antibiótico, que significó un progreso capital en la lucha de las enfermedades, también un nuevo funcionamiento político y económico de la medicina. Este último se desarrolló a finales del siglo XVIII por razones económicas, por eso se recurría a ella para que proporcionara el mantenimiento de la fuerza de trabajo. Es en esta época cuando, en Europa, surge la economía política de la salud y los procesos de medicalización generalizada, por tanto “la medicina forma parte de un sistema histórico, que no es una ciencia pura, y que forma parte de un sistema económico y un sistema de poder, y es necesario sacar a la luz los vínculos que existen entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad” (1999, p. 361).

En la actualidad, no solo es capaz de mantener los cuerpos sanos, sino también de producir riqueza: la salud se convirtió así en un objeto de consumo fabricado por laboratorios farmacéuticos o por médicos, que adquiere mayor fuerza en el mercado a mayor demanda de los enfermos. Así, además del poder político-gubernamental, se aprecia otro, el poder corporativo de las grandes empresas que venden medicamentos, aparatos para ver, oír, caminar, suplementos alimenticios, etc., que se convierten en estilos de vida, en una gran competencia por la oferta y la demanda en el mercado capitalista, aunque no ha redundado en menores tasas de morbilidad o mortalidad. Foucault (1999) menciona que la industria farmacéutica se beneficia por la financiación colectiva de la salud y la enfermedad a través de las instituciones de seguridad social y muchos médicos se han convertido en intermediarios semiautomáticos de estas farmacéuticas.

América Latina no escapa de la misma realidad histórica del poder económico (no solo en el ámbito de la atención médica), ha estado relacionada con este contexto capitalista y neoliberal que durante los ochenta y noventa se extendió como sistema hegemónico como un modelo altamente expropiador practicado en democracias aparentes, pero sin democratizar la economía (Serrano, 2015).

A partir de esas décadas en casi todas las regiones los gobiernos nacionales se impulsaron modelos económicos basados en la privatización de los sectores públicos, lo que causó profundas crisis económicas y políticas en muchos países, pero a finales del siglo XX y principios del siglo XXI sucedieron nuevos proyectos políticos y económicos con nueva organización cultural y social contra el neoliberalismo global, como en Venezuela, Bolivia, Ecuador, y en otros con menos fuerza como Brasil, Uruguay, Paraguay y Argentina. Mientras

unos países transitaban hacia alternativas diferentes al capitalismo, otros como México, Colombia, Perú, Costa Rica, Panamá y Chile continuaron con el modelo neoliberal-conservador (Serrano, 2015).

Como se menciona líneas arriba, los aparatos de Estado han estado al servicio de los intereses económicos de las clases dominantes; según Serrano (2015) el caso de los países latinoamericanos con los nuevos proyectos, lograron romper con la hegemonía neoliberal que habían configurado así al Estado –a reservas de lo sucedido en la actualidad en países como Venezuela–. Lo que se pretende reforzar aquí es, que de acuerdo al tejido geopolítico-económico se reproduce un modelo de atención médica en contextos donde la desigualdad o asimetría socioeconómica entre la población es visible, como el caso de México y de un estado del sur como Chiapas, por lo tanto, también se incluye como un elemento que se puede palpar en el *Sistema hospitalario*. Particularidades todas estas que se relacionan con un modelo neoliberal y de relaciones internacionales en desventaja con países como Estado Unidos y los de la Unión Europea y con empresas transnacionales que han edificado un orden económico global dominante.

Se ha pretendido una homogenización ligada al progreso, pero de por medio intereses políticos y económicos. En donde el gobierno y la sociedad civil no son los únicos actores en el escenario de la salud, también están las industrias farmacéuticas, que se sitúan de forma compleja en torno a disputas que implican los límites presupuestarios del Estado y los intereses comerciales del mercado, en medio de lo que debería ser el ethos humanitario o universalista del derecho constitucional a la salud (Aureliano y Gibbon, 2020).

La falta de materiales y de medicamentos al que se enfrentan los centros de salud y los hospitales públicos, es un problema que ejemplifica lo expuesto, además de que las farmacéuticas están constantemente promocionando nuevos productos que dejan atrás la eficacia de los que se han estado usando para ciertas enfermedades o programas de prevención, como los métodos anticonceptivos, a costos, por supuesto, más altos. En un estudio que presentan Aureliano y Gibbon (2020) sobre la atención de enfermedades raras y el derecho a la atención y medicamentos adecuados en Brasil, para constatar lo dicho, hacen evidente que los pacientes y sus familias son conscientes de que el valor de su vida fluctúa cuando son evaluados por la salud pública, pero también por el mercado. Para las empresas

farmacéuticas muchas enfermedades se han convertido en un negocio muy atractivo y lucrativo.

Las desventajas que trae todo el anterior, se ven reflejadas con más impacto en las poblaciones que históricamente han tenido condiciones de vulnerabilidad: en México –como para muchos países de latinoamericanos– son las poblaciones de un sector socioeconómicamente bajo y muchas poblaciones indígenas. De acuerdo con Eroza (2020) se vuelven más complejas las relaciones con el sector médico debido a condicionantes estructurales, de las cuales podemos citar tres:

- las circunstancias materiales de vida que la población tienen que afrontar para utilizar la oferta médica, su contexto económico y geográfico que muchas veces les dificulta el acceso a servicios del hospital, para la compra de medicamentos o hasta materiales de curación (porque no hay insumos en los centros médicos), para padecimientos de mayor gravedad hay que trasladarse a lugares donde hay hospitales especializados (y están en las ciudades más grandes).
- otro factor que se une y que complica aún más es el sistema burocrático con el que se encuentran a la hora de llegar y muchas veces implica recursos extras para solucionarlo, además de enfrentarse a un mal trato por parte del personal institucional de salud, que tiene de trasfondo el desprecio a sus condiciones de pobreza y su escasa o nula educación formal.
- el último elemento dentro de las condicionantes estructurales es la falta de apego a medidas preventivas y tratamientos médicos, principalmente por la dificultad para mantenerse en condiciones ambientales saludables, entre otros factores de políticas económicas con impacto ambiental como las relacionadas a la agroindustria y a la industria extractiva que invisten su mayor secuela en zonas rurales.

Lo expuesto hasta aquí forma parte de los procesos que influyen estructuralmente en las acciones con respecto al padecimiento/enfermedad en el *Sistema hospitalario*, en resumen: el proceso sociocultural, que se refiere a la formación ideológica-cultural del personal de salud con respecto a la enfermedad desde un enfoque biologicista, a la hegemonía que ejerce la medicina científica con respecto a otros saberes médico-culturales y por la cual ciertos grupos sociales han transformado o mezclado sus representaciones simbólicas de la

enfermedad y su forma de resolverla; el proceso político que se refiere al poder político que el Estado y las instancias gubernamentales han ejercido sobre los sistemas de salud; y en tercer lugar al proceso económico, que alude al poder de producción y circulación económica alrededor de la salud.

En el siguiente capítulo se presenta la construcción del Sistema hospitalario, como objeto de regionalización que socializa procesos, el cual no podría entenderse sin la comprensión de los nexos que se establecen con todos los actores de un espacio hospitalario y los saberes de los pacientes como sujetos agentes.

## CAPITULO II

### CONSTRUCCION DE LA REGIÓN SISTEMA HOSPITALARIO EN LOS ALTOS TSOTSIL-TSELTAL.

En el capítulo anterior se presentó que la enfermedad y la experiencia del padecer se forman socioculturalmente, que las significaciones, saberes y prácticas de atención se construyen en un sistema con determinantes socioculturales, políticos y económicos. En este capítulo se caracteriza a la región denominada *Sistema hospitalario* del Hospital de Las Culturas, construida desde la concepción de cultura regional. Compuesta por el espacio vivido del padecimiento/enfermedad de los pacientes como sujetos agentes, un espacio hospitalario y un sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal.

Para contextualizar al Sistema hospitalario del Hospital de Las Culturas, se presenta en primer lugar, una caracterización histórica de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, para recrear sus relaciones sociales, culturales y político-económicas. Posteriormente, se ve la construcción conceptual del Sistema hospitalario, que se compone de estructuras históricas/político-económicas/socioculturales sanitarias donde han participado diversos actores, del Espacio hospitalario del Hospital de Las Culturas y del espacio vivido del padecimiento de los pacientes. Con ello, se alude a que la interculturalidad en las instituciones de salud, no se reduce a un hospital con políticas de salud interculturales, es mucho más que eso, es un Sistema hospitalario, y se construye la regionalización, como categoría metodológica para analizar y comprender la complejidad entre estructuras sociales, organizacionales y sujetos que están implicados en la temática de cultura y salud.

#### **2.1 Caracterización histórica de los Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas**

La regionalización administrativa de Chiapas establecida por organismos oficiales encargados de la planeación del desarrollo nacional ha variado a lo largo de los últimos setenta años: la primera fue planteada por el Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1951 y reconocida después por la Secretaría de Educación Pública (SEP), la segunda clasificación la estableció el Programa de Desarrollo Socioeconómico de Los Altos de Chiapas (PRODESCH) en los años 70, y, al desaparecer este programa, la reconoce la Secretaría de

Programación y Presupuesto (SPP) cuyas funciones fueron absorbidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) (Pineda, 2004). A partir de mayo de 2011, de acuerdo a la última reforma (Ruiz, 2018), el estado se divide en 138 municipios divididos en 15 regiones económicas: La región I Metropolitana, la región II Valles Zoque, región III Mezcalapa, región IV De los Llanos, región V Altos Tsotsil-Tseltal, región VI La Frailesca, región VII De los Bosques, región VIII Norte, región IX Istmo Costa, región X Soconusco, región XI Sierra Mariscal, región XII Selva Lacandona, región XIII Maya, región XIV Tulijá tzeltal Chol y región XV Meseta Comiteca Tojolabal.

La zona político-administrativa de los Altos de Chiapas, denominada actualmente región V Altos Tsotsil-Tseltal, está compuesta por 17 municipios localizados en la parte central del estado, y cuya cabecera regional es la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. De acuerdo con datos de la Encuesta intercensal de Población y Vivienda 2015, la región tiene una población de 653,429 habitantes, de los cuales 315,273 son hombres y 338 156 son mujeres. La población rural es mayoritaria (375 336 personas) y constituye el 57.49% Del total de la población regional 444,049 habitantes (67.96%) hablan alguna lengua indígena, y las lenguas predominantes son tsotsil y tseltal (Secretaría de hacienda, 2015).

La región Altos Tsotsil-Tseltal, como se puede apreciar, se destaca por ser un contexto en mayoría rural que se ubica alrededor de la zona urbana más importante de la región, la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Denominada Ciudad Real en el siglo XVIII, se caracterizaba desde ese siglo por ser centro territorial geopolítico de españoles, que servía de reclutamiento de mano de obra barata para las haciendas aledañas y de otras regiones. Fue hasta el siglo XIX cuando cambia por última vez, su nombre a San Cristóbal de Las Casas (Viqueira y Ruz, 2004).

Los Altos de Chiapas, como se designaba hace más de diez años, se ha ido construyendo a lo largo de la historia a través de luchas constantes: primero entre españoles, mestizos, mulatos, negros e indios, en los tiempos de la dominación española, y posteriormente en el siglo XIX entre indígenas y ladinos (o *caxlanes*); dualidad étnica presente en la actualidad (Viqueira, 2002), pero con reconfiguraciones interétnicas por la llegada de migrantes nacionales e internacionales. Dicha dualidad ha permeado dinámicas de disputa sociopolíticas, económicas y no solo culturales en torno a los procesos de enfermedad y salud (Page, 2002 Magaña, 2015 y Eroza, 2016).



Desde la época colonial esta región se caracteriza por la resistencia de los pueblos (señoríos) mesoamericanos ante la colonización y algunos como aliados de los españoles, formándose con el tiempo un sincretismo entre la cultura prehispánica y española (principalmente religiosa) (Viqueira y Ruz, 2004). Vale la pena mencionar que un efecto que sobrevino con la dominación española, fue la agrupación de los habitantes originarios de toda América y de lo que hoy es México, en la categoría étnica de “indios” porque por equivocación pensaron que habían llegado a las indias occidentales y quedó el gentilicio que antes de la colonia no existía y llamaron indios a todos sus pobladores (Navarrete, 2004); posteriormente, se distinguía la división de castas de acuerdo a su origen racial entre españoles, mestizos, mulatos, negros e indios con todas las variantes de combinación (Viqueira y Rus, 2004).

En el siglo XIX, esto se transformó en una ideología del mestizaje racial y nacionalista, que se convirtió en la ideología oficial del Estado mexicano (Navarrete, 2004); en la región Altos, se convirtió en una división de dos grupos como ya se mencionó, grupos que, en la actualidad siguen estando contrapuestos (Viqueira, 2002). De acuerdo a Navarrete (2004) estas dos identidades o formas de definirse colectivamente, son categorías étnicas, lo que implica marcar una frontera, una distinción y clasificación entre los otros y uno mismo en diferentes posiciones, funciones sociales y políticas, que marcan la forma de relacionarse<sup>12</sup>.

Dadas las particularidades de ambas categorías étnicas como indígenas y ladinos, convencionalmente, se asocia a la población indígena con elementos en su mayoría de la cultura maya y los ladinos a una versión de la cultura nacional mexicana (como mestizos). Sin embargo, en muchas investigaciones se plasma que es un error generalizar que todos los que se designan como “indígenas” o “ladinos” poseen las mismas características: ninguno es un grupo único y homogéneo, es más complejo de lo que a simple vista se nomina, no se reduce a mayas y mestizos ni siquiera a tsotsiles y tseltales; existen diferencias dialectales, cosmogónicas, relacionales, así como geográficas e históricas (Viqueira, 2004; Pitarch, 2004, Navarrete, 2004; Eroza y Magaña, 2010; Page, 2016). También es cierto que se vive un sincretismo entre ambas identidades y que la población de la región –como de todo Chiapas– es heterogénea (Pitarch, 2004). Sin embargo, este esquema étnico dual como lo menciona

---

<sup>12</sup> La diferencia entre una identidad étnica y una categoría étnica es que la primera se usa para definir quién es uno y a que grupo pertenece y la segunda suele ser aplicada desde afuera para clasificar a los que pertenecen a grupos diferentes o agrupar distintos grupos étnicos (Navarrete, 2004).

Pitarch (2004) ha formado estereotipos que parcialmente están interiorizados por las personas de la región Tsotsil-Tseltal, y efectivamente determinan mucho de las relaciones interétnicas que se llevan a cabo.

Entiéndase, por relaciones interétnicas las que se basan en una distinción cultural e identitaria entre personas o grupos que participan en ellas, y al mismo tiempo se forjan en relaciones sociales de poder, es decir, de dominación política, de control social y explotación económica, lo que las lleva a contener un tinte de racismo y discriminación (Navarrete, 2004); esto se puede apreciar en las relaciones que se han marcado entre la población de los pueblos originarios de la región Altos y la población denominada mestiza que generalmente radica en los municipios urbanos, que, como ya se mencionó, se viene configurando desde la época colonial y persiste hasta nuestros días una tensión racial de raíces históricas, aunque, con transformaciones en la época actual.

El racismo, la discriminación y la explotación siguen presentes, pero no son una simple prolongación de la época colonial, ya que ni la población de pueblos originarios, ni la población mestiza sigue siendo la misma desde hace cinco siglos, ni las primeras se pueden explicar únicamente con referencia a las culturas prehispánicas (Navarrete, 2004); existe un pasado y un presente que las diferencian y las hace ser únicas en espacio y tiempo, con sus múltiples acontecimientos.

No solamente en Chiapas se han vivido los cambios étnicos identitarios, en todo el país se han modificado y reinventado continuamente, a lo que Navarrete (2004) denomina como proceso de etnogénesis (creación de la etnicidad o de lo étnico) y describe los siguientes ejemplos:

para adaptarse al nuevo régimen español los indígenas reinventaron elementos claves de su identidad, absorbiendo elementos cristianos y europeos. Igualmente, los criollos inventaron una identidad étnica propia que tomó elementos indígenas y europeos. Asimismo, en el siglo XIX, los mestizos experimentaron un complejo proceso de etnogénesis e inventaron una nueva identidad con elementos de la identidad criolla y de las identidades indígenas, combinados con las ideas modernas del liberalismo y de la ciencia (p. 35).

Como se puede apreciar, en las relaciones interétnicas se adoptan características de otra cultura o categoría étnica, ya que comparten elementos de forma de vida en un mismo territorio o territorio fronterizo.

Al ser una población que pertenece a la misma división regional, tanto los pueblos originarios como los *caxlanes* que viven en las zonas urbanas de la región Tsotsil-Tseltal, han estado –y siguen estando– vinculados por lazos políticos, económicos y sociales, y comparten institucionalmente los servicios que les corresponde a nivel estatal, en los ámbitos de salud, educación, económico, jurídico y más. Lo mismo sucede en otras regiones político-administrativas, pero cada una con relaciones interétnicas específicas.

A partir del siglo XIX, la región comenzó a cobrar un perfil propio, que la distinguía de otras regiones de Chiapas donde fueron disminuyendo los hablantes de lenguas mesoamericanas; allí, se mantuvieron en arraigo las lenguas tseltal y tsotsil principalmente, y chol hasta la época actual (aunque con transformaciones marcadas), además de seguir con los cargos cívico religiosos tradicionales. De acuerdo con Viqueira y Ruz (2004) la ausencia de atractivos económicos en los Altos de Chiapas provocó que la población española y mestiza con más posibilidades económicas fuese siempre más reducida y predomine hasta el momento la población hablante de lenguas indígenas. Ante la presencia siempre mayoritaria de la población indígena, desde la primera década del siglo XX, el Estado establece una política común para la zona Altos (época cardenista de 1934 1940), con intermediarios indígenas que poco a poco se fueron convirtiendo en caciques y comienza a permearse un contexto político-partidista, unido a negociaciones con élites ladinas de San Cristóbal, con fuertes intereses económicos que monopolizaron negocios como la venta de alcohol (*posh*) durante un largo periodo de tiempo.

Las relaciones interétnicas bajo estas condiciones siguieron siendo de dominación, por parte de élites ladinas y de élites indígenas aliadas al Estado; mas no se puede negar que parte de la población indígena explotada ha puesto resistencia ante estos actos; lo cual se puede considerar un contrapoder de los pueblos indígenas de los Altos, que los distingue como colectivo desde la época colonial; aunque estas resistencias no bastan para lograr desarticular las condiciones de desigualdad y marginación social que viven muchos pueblos originarios.

Siguiendo con el relato histórico, el poder de las comunidades, entonces, se fue monopolizando por grupos de poder político-económico con apoyo del gobierno federal; posterior a la época Cardenista, se posicionó en los años cincuenta el indigenismo oficial, a través de una política educativa del Estado con promotores culturales y maestros bilingües, que los ubicó como intermediarios entre dos culturas y como un sector privilegiado en relación con su comunidad de origen; muchos de los caciques y líderes que controlaban y controlan diversos municipios indígenas de los Altos tuvieron su origen como maestros y promotores bilingües o familiares de ellos, que aliados a élites gubernamentales y a grupos de poder mestizos, se posicionaron para influir políticamente (Pineda, 2004).

El indigenismo se estableció como una política para lograr la integración de los indígenas a la nación, y tiene sus bases en el indigenismo del movimiento de Reforma encabezado por Benito Juárez basado en postulados liberales, encaminada a la incorporación de los grupos étnicos parroquiales a la sociedad. La incorporación de las comunidades a la vida nacional se hizo a base del despojo de sus posesiones, la tierra se concentró en beneficio de los hacendados que compraron a los comuneros y gran parte de las que eran propiedad de la iglesia; pese a ello fue un instrumento que tuvo a la mano Juárez para romper la estructura feudal heredada de la colonia (Aguirre, 1992).

A diferencia de lo que sucedió en el XIX, en la década de los cincuenta del siglo XX, el indigenismo se dio por medio de la ciencia, el progreso y convencimiento pacífico para mejorar el nivel de vida de los pueblos originarios (Navarrete, 2004).

El indigenismo de los años cincuenta se dio a partir de una política de integración nacional, y fue precisamente en la zona Altos donde se establecen los Centros pioneros, que fueron Centros coordinadores en las regiones indígenas para dar asistencia social, educación, unidades médicas y apoyo productivo. En la ciudad de San Cristóbal se crea el primer centro coordinador del Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1951, e inmediatamente en Huixtán y Oxchuc (Pineda, 2004; Ruíz, 2018).

A través de la creación del INI el Estado federal siguió teniendo injerencia sobre la mayoría poblacional de los Altos, a partir de ahí, siempre ha buscado la presencia de indígenas en zonas rurales para los programas de gobierno y no perder intermediarios, que, en nombre del desarrollo regional, castellanicen, modernicen y no pierda el poder político y económico (Viqueira, 2004 y Navarrete, 2004). Sin embargo, el indigenismo integracionista

fracasó porque no logra integrar al total de la población indígena a la cultura mestiza que simbolizaba el progreso (Navarrete, 2004), algunas experiencias de maestros bilingües no siguieron el rumbo de la ideología integracionista, lejos de castellanizar aprendieron además de su lengua materna indígena otras lenguas indígenas, y se convirtieron en trilingües:

Ya ves que querían castellanizar a todos los indígenas, mi papá entró como promotor cultural bilingüe en aquellos tiempos y entonces nunca lo mandaron al lugar de donde él hablaba su lengua que es chol, sino lo mandaron a la región tsotsil, a Chenalhó específicamente Poló, pero nunca pensaron que mi papá tenía 14 años y era maestro y entonces después de tres meses hablaba perfectamente tsotsil y lo mandaron a una región tseltal y hablaba tseltal, eso nunca pensó el Estado (Entrevista con J. Torres, subdelegado del INI 2002)

Hubo quienes vivieron de forma diferente las ideologías indigenistas pese a ser parte del instituto, quienes tuvieron una posición crítica frente a la política integracionista y otros que percibieron alcances y transformaciones:

Yo creo que hubo mucha gente que no le parecía el INI, intelectuales, porque era así como la intención de integrar, pero lo que yo me pude dar cuenta es que tenía rumbo y tenía proyecto (...) después pasa a ser CDI, se transformó para mal porque de todos esos proyectos sociales que tenían, se dedicaron a construir infraestructura y todos los que querían llegar era por el asunto del dinero...van corriendo a toda la gente que de alguna manera sabía, a todos los antropólogos, sociólogos que habían hecho un trabajo interesante (...) los mismos zapatistas dijeron los únicos que pueden entrar son los del INI (Entrevista con J. Torres, subdelegado del INI 2002).

Existieron organizaciones, partidos e intelectuales que influyeron sobre jóvenes estudiantes y representantes de las comunidades con concepciones de la teoría marxista: dentro del INI se lleva a cabo un programa de Escuela Regional a través de su directora Mercedes Olivera de la línea de antropólogos críticos a la antropología indigenista, que buscaba a través de la enseñanza y la investigación que las poblaciones indígenas valoraran su cultura, reforzaran su sistema de identidad étnica y adquirieran conciencia de clase, para poder gestionar su propio desarrollo económico, político y social; pero esto empieza a generar malestar con las autoridades y la escuela fue cerrada, de acuerdo a Olivera fue por no corresponder a su práctica y concepción con el INI (Pérez, 2004).

Las respuestas de los actores involucrados en diferentes acontecimientos son diversas, lo cierto es que no se plasma una pasividad, ni un conformismo sobre los planteamientos que vienen de las instituciones, de los programas gubernamentales o de personas que ejercen poder, ni desde la época colonial ni a lo largo de los siguientes siglos. Los datos históricos muestran que la región Altos se ha distinguido por dinanismos de los propios pueblos originarios, algunas veces fortalecidos por apoyos externos, pero también por una memoria colectiva de resistencia. Si bien ello ha perpetuado lucha, ha reflejado la fuerza comunitaria, a diferencia del individualismo occidental; también ha permitido vivir en un territorio con diversidades culturales, aunque los estereotipos étnicos aún no se diluyen.

Para corroborar lo dicho, continuo con el relato histórico de hechos que caracterizan la construcción de la región Altos (ahora Tsotsil-Tseltal).

Después de ser cerrada la Escuela de Desarrollo regional, otra institución la sustituye, la CONASUPO, que crea el Teatro Rural: los actores eran los ex alumnos de la Escuela, que siguieron realizando acciones para crear consciencia étnica y de clase, para luchar por las tierras y eliminar la explotación; aunque fueron vetados nuevamente (Pérez, 2004). Pero el evento que posteriormente les permitió formar una fuerza de lucha fue el Congreso Indígena de 1974, que tuvo como efecto la formación de organizaciones indígenas en el norte de Chiapas, llegaron a participar en encuentros nacionales e internacionales, a luchar por tierras que les fueron arrebatadas, realizar movimientos que daban cuenta de la explotación a la que eran sometidos; sin embargo, entre enfrentamientos con el gobierno se disuelve en 1977. Se crean otras hacia la década de los 80 aunque con diferencias importantes entre ellas y esto no les permitió crecer, pero la región norte a partir de allí siguió distinguiéndose por la lucha, que en los 90 se vislumbra su situación de antaño con el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), a la cual se une la región Altos, proceso que se mencionará más adelante (Pérez, 2004 y Viqueira, 2004).

A la par, en la segunda mitad del siglo XX se dieron dos fenómenos poblacionales: en un primer momento surge un proceso de *reindianización*, que trató entre otros aspectos de la disminución de ladinos de municipios indígenas, y en un segundo, que va de la mano de no garantizar una vida más libre y democrática, fue la expulsión de pobladores de varios municipios donde un pequeño grupo de caciques indígenas ejerce poder y castiga con expulsión a los disidentes políticos o religiosos (protestantes y de otros partidos que no fuera

el oficial) (Viqueira, 2004; Pitarch, 2004 y Pineda, 2004). Las expulsiones produjeron emigración a las periferias de zonas urbanas como San Cristóbal y Teopisca principalmente, dándose en esas ciudades la principal forma de interacción étnica.

El ámbito religioso ha sido uno de los principales parteaguas para que se produzcan estos cambios y en general en la vida de la población de los Altos. Las transformaciones religiosas de católicos a protestantes se dieron desde la década de los cuarenta y cincuenta, y en los setenta derivaron en expulsiones masivas en varios municipios, como San Juan Chamula.

Las conversiones abarcaron un número grande de población, lo que despertó en la iglesia católica estrategias nuevas de evangelización; una de ellas se da a través de los Católicos de la liberación, que defendían las condiciones de vida de los pueblos indígenas, pero al mismo tiempo trataban de erradicar los rituales que consideraban no adecuados; ante estas nuevas ideologías muchos se resistieron y decidieron seguir con sus costumbres tradicionales<sup>13</sup>, y es así como quedan divididos en tres grupos religiosos: protestantes, católicos tradicionalistas y católicos de la liberación (o católicos de don Samuel Ruiz García obispo de San Cristóbal) (Viqueira, 2002).

Pero las expulsiones han fungido como una forma de control no solo ideológico religioso, sino también político; los municipios expulsores estaban ligados, principalmente, al Partido Revolucionario Institucional (PRI) (en Chamula) y al catolicismo tradicional (en Amatenango del Valle, Mitontic y Zinacantán); y otros partidos, como el Partido Revolucionario Democrático (PRD), buscaron captar seguidores con los expulsados protestantes (Viqueira, 2002 y 2004). De esta manera, la región Altos se ha caracterizado por conflictos políticos-religiosos fuertes ente distintos municipios desde la mitad del siglo XX hasta el presente siglo.

El gobierno del estado se ha aliado en algunos municipios a los católicos tradicionalistas como Chamula, apoyó que se dieran las expulsiones para no perder el control político que mantenía con los caciques; mientras los expulsados que cada vez aumentaban formaron organizaciones independientes para luchar por sus derechos, y poco a poco se fueron fortaleciendo para exigir respuesta a sus problemas de vivienda, servicios básicos y laborales en la ciudad de emigración (Viqueira, 2002), en San Cristóbal por ejemplo, se han

---

<sup>13</sup> Sincretismo entre creencias de origen prehispánico y español.

organizado en colonias en las que se asentaron, que se ubican principalmente en la periferia de la zona norte.

Con población indígena expulsada o no, el gobierno en la zona Altos ha buscado la presencia de indígenas bilingües como fuente para mantener comunicación con toda la población hablantes de una lengua indígena, y alcanzar sus objetivos como en los programas de gobierno y en los procesos electorales, lo que hace que los Altos sea un espacio regional donde se articulan identidades regionales para beneficio de élites indígenas y ladinas (Viqueira, 2002).

De acuerdo a varios autores el grupo que se ha movido en una lógica diferente en la región Altos, es el EZLN, quizá porque nunca se estableció un centro de operaciones en San Cristóbal (Viqueira, 2002; Viqueira y Ruz 2004, Pérez, 2004), pero si en algunos municipios de la región como San Andrés Larrainzar, donde se concentraron indígenas de diversos municipios para la toma de San Cristóbal en enero de 1994 y donde han tenido reuniones, cursos e instrucción política. Los datos históricos muestran que, pese a que la región de la Selva Lacandona fue un lugar sustancial de las principales operaciones de este grupo armado, tuvieron desde un inicio militantes de municipios de la región Altos (Viqueira, 2002). En la actualidad sus centros de operación están en diversas zonas, e incluso hay intelectuales que consideran que ya no se puede hablar de un solo zapatismo, sino de zapatismos:

Con el movimiento hubo mucha esperanza, yo creo que un 95% de los pueblos indígenas se convirtieron en zapatistas Chamula, Chenalo, etc. pero a partir de ver como se empieza a generar en la Selva por el tipo de policitud totalmente diferente como marca Xóchitl, Leiva en Espejo de la Selva, yo lo que discuto hablando del zapatismo, con todo respeto yo creo que ya no podemos hablar del zapatismo, a mí me parece que podemos hablar de los zapatismos, no es lo mismo Roberto Barrios que Aldama, no es lo mismo Aldama que Bachajón, no es lo mismo, y pienso que no hay un zapatismo, pienso que hay puntos en común (Entrevista con J. Torres, subdelegado del INI 2002).

Lo cierto es que la trascendencia del EZLN no solo quedó en Chiapas, sino a nivel nacional, unido a otros movimientos indígenas, y a nivel internacional. De acuerdo a Harvey (2004) el movimiento fue una respuesta a la reestructuración de capital en la escala global y continuación de rebeliones previas en defensa de derechos políticos y económicos, revelando la crisis de legitimación en áreas rurales por parte del Estado. Además, rompió con el estigma



de pasividad, folclor y estatismo de una imagen prehispánica indígena (Viqueira y Ruz, 2004, Pitarch, 2004 y Harvey, 2004).

Las transformaciones históricas quedan plasmadas no solo en los diversos movimientos en la región de los Altos como en Chiapas, el dinamismo de la región muestra al igual, que no es una unidad cultural formada por características fijas; si bien, se ha hecho referencia a las dualidades étnicas entre indígenas y ladinos, existen diferencias sustanciales entre las regiones político-administrativas, entre los municipios de cada región y entre los hablantes de lenguas indígenas, hay diferencias dialectales (Pitarch, 2004), es más, no se puede hablar de los tsotsiles o los tseltales, sino de los tsotsiles de Chamula, los tsotsiles de Zinacantán, los tseltales de Tenejapa, los tseltales de Yajalón.

Existen entonces lenguas tsotsiles, pero no una cultura o una etnia tsotsil, lenguas tseltales, pero no una cultura o etnia tseltal, y las diferencias culturales entre hablantes de tsotsil de diferentes comunidades o municipios no son menores que las diferencias entre hablantes tsotsiles y hablantes tseltales. Las lenguas amerindias no definen a la cultura o a la etnia (Viqueira, 2002 y Pitarch, 2004). En la cotidianidad hay muchas clases de indígenas, muchas clases de ladinos y muchos otros tipos de personas que interactúan en la región.

Las identidades locales en los Altos de Chiapas están ligadas a su pueblo de origen colonial con su Santo Patrono, como se puede apreciar de la misma manera en los barrios de las ciudades que se identifican con el santo o virgen de la iglesia fundada en la época colonial, en San Cristóbal por ejemplo existen barrios llamados San Ramón, Santa Lucía, Guadalupe, Santa Cecilia, San Diego, entre otros.

Aunque entre grupos se verifican diferencias que los separan, en los Altos están vinculados por lazos y relaciones estrechas, todos son grupos que están ligados por la historia de movimientos sociales, conflictos, rebeliones, problemas, sufrimiento, lucha, estereotipos, religiosidad, opresión, racismo, discriminación, transformaciones, intercambio y lucha de poder en muchos ámbitos de la vida cotidiana.

Desde los años ochenta la formación de diversas colonias en la periferia de las ciudades con los pobladores expulsados de los municipios aledaños, ha mostrado una forma característica de relaciones interétnicas cotidianas en las ciudades más importantes, como San Cristóbal, en los ámbitos económicos, políticos, sociales y culturales, por ejemplo, el

comercio de artesanías que se da casi exclusivamente por parte de la población originaria, pero muchas veces con intermediarios mestizos que obtienen más ganancias que los productores, y otras, a través de líderes de organizaciones que monopolizan ese sector, que realizan acuerdos con autoridades municipales y existe una constante de enfrentamientos entre ellas.

La ciudad de San Cristóbal ha representado un centro importante a nivel comercial desde la emigración de población indígena expulsada de sus comunidades, aunque siempre ha contado con un número grande de pobladores indígenas, incrementó en esas décadas. Los mercados públicos representan un contexto marcado de intercambio económico con características únicas: la venta de frutas, verduras y flores se observa más entre población originaria, y carnes, pescados y mariscos por locatarios mestizos, poco a poco se fue expandiendo la comercialización de pobladores originarios de diversas comunidades de otros productos, como ropa de estados del centro del país, zapatos, plásticos, pan, roscas, entre otros, que son consumidos por ladinos, indígenas y fuereños.

Pese al intercambio comercial, las relaciones interétnicas confluyen casi exclusivamente en ese ámbito, sin establecer muchas veces relaciones sociales más profundas, dejándose ver y escuchar por parte de los ladinos comentarios y actitudes racistas hacia los vendedores indígenas; sin embargo la conveniencia política los ha llevado a ser parte de organizaciones creadas por colectivos indígenas y cuyos líderes establecen acuerdos con autoridades municipales; lo cual se puede apreciar a continuación:

Los locatarios de comunidades indígenas son de Huixtan, Tenejapa, Chamula, Peña María, Teopisca, Zacualpa, San Felipe, Zinacantán y otras que no recuerdo, pero solo nos hablamos generalmente para comprar o tomar acuerdos, ya que cada quien tiene sus organizaciones, antes era la CTM, pero después se crearon la ALMETRACH y la CMOP (...) los más conflictivos son los de Chamula, los demás no (Empleado chol de locataria del mercado José Castillo Tiellemans, 2020)

En la misma idea, una locataria comenta que:

Yo me acuerdo que desde los años noventa se empezaron a adueñar del estacionamiento, de los pasillos y ya nadie los sacó, pero lo que si es cierto es que desde que hay más indígenas hay menos robos al mercado, porque han agarrado a los ladrones y les pegan, los agarran, no se dejan (...) yo soy comadre de mi vecina que vende verduras, ella es de San Felipe, me pidió que fuera madrina de su hija cuando salió de sexto año (Locataria del mercado José Castillo Tiellemans, 2020)

Es visible el sincretismo que ha caracterizado a la región Tsotsil-Tseltal, el uso de ropa y accesorios artesanales de comunidades y pueblos originarios por parte de mucha gente residente en la ciudad de San Cristóbal (o artesanías guatemaltecas que se venden como chiapanecas) con el uso de pantalones de mezclilla, o jeans de moda del centro del país o norteamericana. El consumo de alimentos y productos tradicionales, como de productos importados de los supermercados, que van desde las tortillas a mano, las verduras que crecen alrededor de la milpa, hongos y tubérculos de la región que se siembran en las comunidades, como refrescos y alimentos internacionales.

Existen numerosas relaciones sociales de amistades, compañeros de trabajo, compañeros de escuelas, parejas, asociaciones, cooperativas y organizaciones entre población originaria y mestiza nacida en San Cristóbal u otra ciudad de la región o migrantes nacionales e internacionales; pero pese a ello, es latente el estereotipo étnico dual entre “indígenas y ladinos”: es común escuchar expresiones despectivas como “esos indios” “esos chamulas” por algunas personas generalmente nacidas en San Cristóbal (los coletos) o zonas rurales no hablantes de lenguas originarias. Pero como menciona Pitarch (2004), en la vida cotidiana es más compleja esta dualidad interétnica, hay población originaria que se considera más ladina, mestizos que reconocen un origen prehispánico, fuereños nacionales e internacionales, emigrantes retornados de Estados Unidos con formas de vida del norte, que hacen de la ciudad de la zona Altos Tsotsil-Tseltal un contexto pluriétnico.

Otro fenómeno que se observó desde los años 70 fue el incremento de hoteles, posadas, restaurantes, agencias de viajes, centros de esparcimiento, etc. En general creció la actividad turística y partir de ello se generaron nuevos empleos como meseros, guías de turistas y de otros servicios terciarios por parte de la población indígena (Pineda, 2004). Pero fue después del movimiento zapatista de 1994 cuando Chiapas, la región Altos y la Selva Lacandona se convirtieron en foco de atención nacional e internacional y con más fuerza la figura del “ser y el folclor indígena” se ha utilizado con fines político-económicos de parte de muchas instituciones y programas gubernamentales para tener representación (Ruíz, 2018), lejos de dar solución a los problemas de pobreza, rezago social y desigualdad que muchos pueblos originarios siguen sufriendo.

No toda la población originaria ni la población mestiza vive en las mismas condiciones, como he venido mencionando: las elites de poder mestizas e indígenas,

representadas en monopolios económicos, en puestos políticos e incluso en comercio ilegal como narcotráfico, piratería y prostitución, se han privilegiado. También la migración ha contribuido, al haberles permitido a muchas familias, no solo construir casas “modernas” y a algunas no, también establecer negocios en sus comunidades, bastante lucrativos, como tiendas de abarrotes y depósitos de refresco y cerveza. Lo que se puede observar en la zona Altos Tsotsil-Tseltal es, por tanto, una profunda estratificación social.

De acuerdo a las estimaciones de la pobreza económica en México, que reflejan las divergencias a nivel nacional, ubica al estado de Chiapas como uno de los más pobres del país, de acuerdo a las categorías de Pobreza, Pobreza Extrema y Pobreza moderada. CONEVAL (2010) define a una situación de pobreza cuando se tiene al menos una carencia social en seis indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación, y el ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios; a la pobreza extrema cuando se tiene tres o más carencias y se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo; y pobreza moderada cuando hay pobreza pero no es extrema. En base a estos indicadores, se observa en el cuadro siguiente los índices de pobreza en la zona Altos Tsotsil-Tseltal:

Cuadro 1. Pobreza, Municipios de la zona V Altos Tsotsil-Tseltal, 2010

Municipio	Pobreza			Pobreza Extrema			Pobreza moderada		
	%	Personas	Carencias	%	Pers	Caren	%	Pers	Caren
Aldama	97.33	4899	3.68	78.79	3966	3.86	18.54	933	2.87
Amatenango del V.	94.94	7631	4.14	67.57	5431	4.41	27.37	2200	3.47
Chalchihuitán	96.85	13925	4.12	79.80	11474	4.27	17.05	2451	3.38
Chamula	94.77	79016	3.79	69.68	58092	4.01	25.10	20924	3.17
Chanal	96.13	12649	3.73	69.05	9086	4.00	27.08	3563	3.01
Chenalho	95.63	37192	3.80	72.27	28108	4.10	23.36	9084	2.83
Huixtán	92.90	23065	3.54	60.48	15016	3.92	32.42	8050	2.82
Larrainzar	96.29	21146	3.78	73.00	16032	4.09	23.29	5114	2.76
Mitontic	95.86	12817	3.69	71.76	9594	3.95	24.10	3223	2.89
Oxchuc	93.48	46571	3.49	62.01	30891	3.95	31.47	15680	2.58
Pantelho	96.00	22328	3.73	70.35	16361	4.14	25.66	5967	2.58

San Cristobal	66.11	99120	2.89	21.26	31869	4.17	44.86	67251	2.28
San Juan Cancú	97.26	31648	4.23	80.51	26197	4.36	16.75	5450	3.58
Santiago el Pinar	96.53	3121	3.42	69.19	2237	3.75	27.34	884	2.55
Tenejapa	95.74	45373	3.39	65.19	30894	3.80	30.55	14479	2.48
Teopisca	91.24	34829	3.10	47.95	18303	3.88	43.29	16525	2.23
Zinacantán	94.90	41259	3.70	64.77	28159	4.03	30.13	13100	2.98

Fuente: CONEVAL, 2010.

Si bien, en términos de los indicadores oficiales para fortalecer la situación de vulnerabilidad económico social, estiman un alto índice de pobreza en la mayoría de los municipios de la zona Altos Tsotsil-Tseltal en 2010, no se muestra la estructura de desigualdad de reparto de riqueza en manos de una minoría, y la estratificación social que adolece la población.

A pesar de los programas sociales para combatir la pobreza en Chiapas –como Oportunidades y Progres– y de que aparentemente se activa la participación del estado después del levantamiento del EZLN, no se remedian los problemas de pobreza extrema y desigualdad, volcándose a un asistencialismo y clientelismo que limita las iniciativas, afectando sobre todo a la población originaria que por años ha padecido dificultades estructurales, que se manifiesta en desnutrición, vivienda inadecuada e insalubre, poco abastecimiento de agua, convivencia con aguas residuales y depósitos de basura, falta de acceso a la educación y a los servicios de salud, lo cual se plasma en los Altos, donde los patrones de ingreso y consumo se ubican en los niveles más bajos de la distribución del ingreso (Martínez y Fletes, 2015).

Aunado a los indicadores de pobreza, el Índice del Desarrollo Humano (IDH) del 2010 es bajo en la mayoría de los municipios, a excepción de la ciudad de San Cristóbal, por lo que demuestra que los niveles de ingresos económicos y servicios de desarrollo y protección social en educación y salud no son suficientes, como se puede observar en el cuadro siguiente:

Cuadro 2. Índice de Desarrollo Humano (IDH) en la Zona Tsotsil-Tseltal, 2010

Municipio	Índice de Educación	Índice de Ingresos	Índice de Salud	IDH	Nivel de IDH
Aldama	0.38	0.44	0.83	0.52	Bajo

Amatenango del V.	0.34	0.51	0.66	0.49	Bajo
Chalchihuitán	0.35	0.45	0.77	0.50	Bajo
Chamula	0.29	0.48	0.65	0.45	Bajo
Chanal	0.41	0.50	0.80	0.55	Bajo
Chenalho	0.36	0.47	0.80	0.51	Bajo
Huixtán	0.42	0.49	0.81	0.55	Bajo
Larrainzar	0.40	0.45	0.78	0.52	Bajo
Mitontic	0.27	0.46	0.72	0.45	Bajo
Oxchuc	0.52	0.51	0.77	0.59	Bajo
Pantelho	0.33	0.48	0.75	0.49	Bajo
San Cristóbal	0.67	0.67	0.80	0.71	Muy alto
San Juan Cancúc	0.37	0.46	0.73	0.50	Bajo
Santiago el Pinar	0.35	0.45	0.78	0.50	Bajo
Tenejapa	0.39	0.46	0.74	0.51	Bajo
Teopisca	0.38	0.55	0.79	0.54	Bajo
Zinacantán	0.29	0.51	0.66	0.46	Bajo

Fuente: Oficina de investigación de Desarrollo Humano (OIDH), 2014. PNUD México

Los recursos utilizados para combatir estos rezagos son múltiples, algunos son implementados por el Estado y muchos por la propia agencia y alcances de la población. Sin embargo, no se muestran avances significativos en relación a los índices de las carencias que sufre esta población, como se muestra en los datos estimados de 2015 y 2021 del Índice de marginación, el cual permite diferenciar los estados y municipios del país según el impacto global de las carencias, por la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas (Ceieg, 2021), como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Población de la zona Tsotsil-Tzeltal por Marginación, 2015 y 2021

Municipio	Población 2015	Grado de marginación 2015	Población 2021	Grado de marginación 2021
Aldama	5 169	Muy alto	7 262	Alto
Amatenango del V.	9 108	Muy alto	10 926	Muy alto

Chalchihuitán	14 629	Muy alto	18 250	Muy alto
Chamula	84 019	Muy alto	96 899	Muy alto
Chanal	11 547	Muy alto	13 563	Muy alto
Chenalho	39 102	Muy alto	44 165	Muy alto
Huixtán	23 272	Muy alto	26 001	Alto
Larrainzar	22 093	Muy alto	26 156	Alto
Mitontic	12 349	Muy alto	13 479	Muy alto
Oxchuc	44 735	Muy alto	52 370	Muy alto
Pantelho	21 566	Muy alto	24 392	Muy alto
San Cristóbal	206 481	Medio	234 878	Bajo
San Juan Cancúc	31 338	Muy alto	38 517	Muy alto
Santiago el Pinar	3 552	Muy alto	4 022	Muy alto
Tenejapa	42 294	Muy alto	48 308	Muy alto
Teopisca	41 637	Alto	47969	Alto
Zinacantán	40 538	Muy alto	45 486	Muy alto

Fuente: Secretaría de hacienda, Estadística de población 2015 y Estadística de población 2021.

\*Nota: la información poblacional para 2015 fue integrada con base a las proyecciones 2010-2030 publicado por el CONAPO. El grado marginal del índice y grado de marginación del lugar que ocupa Chiapas en el contexto nacional y estatal por municipio, emitidos por el CONAPO (Secretaría de hacienda, 2015).

La información poblacional para 2021 fue integrada con base a las proyecciones 2015-2030 publicados por el CONAPO, de acuerdo al censo de población y vivienda 2010 y la encuesta intercensal 2015. El grado marginal, del índice y grado de marginación del lugar que ocupa Chiapas en el contexto nacional y estatal por municipio, emitidos por el CONAPO 2015 (Secretaría de hacienda, 2021).

Se pueden observar cambios proyectados para 2021 en cuatro municipios: Aldama, Huixtan, Larrainzar y San Cristóbal, pero, solo en ese último se considera un nivel bajo de marginación, lo que demuestra que las condiciones de la zona siguen siendo precarias.

La diversificación de opciones para superar los rezagos se aprecia en los lineamientos de las políticas públicas, aunque, no se alcanzan los objetivos, como se mencionó en el capítulo uno con respecto al campo de la salud y la enfermedad, tema central de esta investigación.

Las relaciones socioculturales entre mestizos, indígenas y foráneos, las configuraciones políticas y económicas, las transformaciones sociales con relaciones de poder visibles y disputas ideológicas, y al mismo tiempo las subjetividades e identidades

construidas y reconstruidas por los propios individuos de la zona Altos Tsotsil-Testal, se tienen que tomar en cuenta en la implementación de políticas sociales como proyecto de sociedad para esta zona, dentro de ellas las de salud; y no perder de vista que los procesos de salud y enfermedad están atravesados por dinámicas sociales, culturales, políticas y económicas de cada contexto.

## **2.2 Conformación de una regionalización**

Se han establecido lineamientos interculturales en las políticas de salud en esta zona, pero dirigidas desde una visión macro, que bajan de niveles internacionales, nacionales y estatales: sin embargo, sus particularidades hacen necesario, como en cualquier otra zona, partir de sus propios procesos culturales regionales. Es por ello que se plantea la construcción de una región donde se vean expresados los componentes específicos del padecimiento/enfermedad: esto es la región que denominamos *Sistema hospitalario*.

Para comprender por qué se concibe como región al Sistema hospitalario, es necesario explicar que una región, de acuerdo con Albet (1993), se construye y reconstruye históricamente y se crea una estructura homogénea que distingue a una región de otra. Las perspectivas regionales fueron presentando cómo. en estos procesos de construcción a través del tiempo, los sujetos y los grupos sociales realizan un papel activo y dinámico en conjunto con las estructuras que los rodean. Por tanto, se presentan las estructuras históricas sanitarias, los procesos institucionales hospitalarios y los procesos del padecimiento/enfermedad de los propios sujetos como pacientes-agentes, que conforman en conjunto al Sistema hospitalario. Componentes que se analizan ampliamente en cada uno de los capítulos 3, 4 y 5, respectivamente. Pero antes es importante comprender como se construye conceptualmente una región, para ello se desglosa a continuación el marco teórico-metodológico de la construcción del Sistema hospitalario como región sociocultural.

En el siglo XX, la región se convirtió en el eje para el impulso de las políticas de desarrollo y la regionalización se constituyó como forma de dividir el espacio para homogeneidades nacionales, para alcanzar este fin. Al finalizar la segunda guerra mundial el progreso fue una política de Estado bajo la forma de desarrollo que debía conducir a una homogeneidad económica y social en las sociedades avanzadas, las regiones fueron



tipificadas, se definieron regiones homogéneas (de inspiración agrícola), regiones polarizadas (de inspiración industrial y comercial) y regiones plan (de inspiración prospectiva) (Llanos, 2010). Así los estados nacionales cumplían con reivindicar la igualdad y la justicia, postulados por las sociedades liberales modernas durante la segunda mitad del siglo XX. La región por su doble vertiente, de concepto como de objeto empírico, fue uno de los ejes de las políticas de desarrollo. Si éstas constituían el futuro de una sociedad, podían planificarse y transformar las regiones.

Posteriormente, en los años setentas, el escenario social cambio y las políticas neoliberales cuestionaron el estado de bienestar. El paradigma social fue desplazado por el de la economía de mercado, pero una vez que entro en crisis la forma de estructurar la economía y las sociedades del mundo capitalista y que las dinámicas del proceso de mundialización fueron penetrando, los conceptos de territorio y región se repensaron (Llanos, 2010).

Por tanto, los estudios sobre región, se fueron desarrollando en diferentes dimensiones y por diferentes disciplinas, desde los elementos geográficos físicos, los económicos, administrativos-políticos hasta los simbólico-culturales; esto ha producido la visión de una perspectiva interdisciplinaria donde han participado ciencias como la geografía, la historia, la antropología, la sociología, la economía, la psicología social, la ecología, e incluso la arquitectura y el urbanismo: cada una le otorga al estudio de lo espacial-regional, categorías de análisis, como son el territorio, la territorialidad, el espacio físico y social, el contexto histórico y sociocultural, las representaciones sociales o las subjetividades.

La geografía fue una de las ciencias que redirigió el estudio de la región: dejó de ser más que solo el estudio de lo material y físico de la tierra o del paisaje, para pasar a otras categorías fundamentales, como el espacio, lugar, área, región, territorio, conceptos que le han permitido dialogar con otras disciplinas, que también han estudiado estos, como la antropología, la sociología, la economía y especialmente la historia, ya que los espacios, los lugares y las regiones no están dados a priori, son construidos por los sujetos sociales. De ahí, ya que no se podía seguir pensando a la geografía por fuera del sentido de las leyes de la cultura, surge la geografía cultural ligada a la historia de las relaciones, al espacio como una práctica sostenida y construida por lo simbólico (Emiliozzi, 2013).

Al igual, la historia emprende un trabajo de historia regional, Viqueira (1997), a través de la comparación sistemática de la distribución espacial de un número de variables (geográficas, lingüísticas, administrativas, económicas, sociales, culturales y otras) muestra como los espacios sociales son el resultado de complejos procesos históricos, proyectos sociales y culturales, que transforman y controlan los espacios ocupados por los hombres. Da preponderancia a la región vivida, donde se presta atención a la conciencia de los hombres, a las ideas que se forman de su espacio social, y concluye que “las regiones son espacio vividos, son una creación humana e histórica, resultado de múltiples prácticas sociales” (Viqueira, 1997 p. 369).

Las prácticas sociales se dan dentro de un territorio, desde diferentes ámbitos en conjunto, en los ámbitos económico, político y sociocultural. La perspectiva político-cultural de los estudios regionales, al igual que la historia regional y la geografía cultural, pone énfasis en las prácticas sociales y concibe a la región como centro de intención, como espacio de vida y vivido por y desde el sujeto, concentrándose en las dimensiones colectivas de esa vivencia, en la región como territorio y ámbito de identidad colectiva y de construcción social, con contenido político y al mismo tiempo reconstruyendo regiones e identidades regionales (García, 2006).

Por su parte, Capella (2002) considera que los estudios de la región deben contener la perspectiva cultural, para entender el tejido que configura a una cultura, los conceptos y proyectos que la colectividad adopta y cómo van cambiando a lo largo del tiempo, dentro de interrelaciones entre comunidad y espacio como experiencia vivida. Para Giménez (1994), una región sociocultural nace de la historia, de un pasado vivido en común por una colectividad asentada en un territorio, y aunado a ello especifica que la articulación regional no es necesariamente armoniosa, ya que frecuentemente existen contradicciones entre los diferentes sectores sociales; el autor menciona también que los conflictos son un factor esencial en la dinámica regional y deben ser tomados en cuenta para su definición, ya que los criterios básicos de lo regional culturalmente entendido, deben ser las relaciones sociales dentro de una región y las diferencias básicas que se suscitan dentro de ella misma.

El territorio es una categoría inseparable de región, porque es allí donde versan cuestiones como apropiación, explotación, delimitación, expansión, así como procesos de inclusión, exclusión y poder. En derecho y ciencias políticas se usa como espacio dominado

por una estructura de poder y con frecuencia se refiere a unidades administrativas, desde el estado hasta la regional y municipal. Desde la antropología y la sociología también se han fijado en esas dimensiones políticas del territorio, así como lo han reconocido los geógrafos sociales (Capel, 2016).

Giménez (1994) reconoce que el territorio es el resultado de la apropiación del espacio, a través del poder, con fronteras bien delimitadas. La apropiación-valoración del espacio puede ser de carácter instrumental-funcional para favorecer las necesidades económicas, sociales y políticas, y simbólico-expresivo para favorecer las operaciones simbólicas y para proyectar las concepciones del mundo. En la formación de regiones específicas ambas están presentes, se toman en cuenta la alineación de las estructuras en la región donde se gestan relaciones de poder, y a los individuos que construyen y reconstruyen con el paso del tiempo las características regionales. Se da una reconstrucción constante de la región históricamente, como de las relaciones de poder que se gestan dentro de ella, pero las pautas impuestas pueden también modificarse con el paso del tiempo (Albet, 1993).

Aunado al territorio está la territorialidad, que implica considerar aspectos políticos, económicos y culturales, ligados a como las personas organizan el espacio, y le dan significado. Las territorialidades son una construcción cultural que se apropia de la tierra: el sujeto se apropia del territorio, construye un universo simbólico al interior, que se relaciona con el pasado, con los objetos y la cultura, a través de sus diferentes roles, es como se ejerce poder y territorialidad, y por lo tanto se transforma el espacio y las instituciones (Emiliozzi, 2013).

### **2.2.1 Cultura regional**

Al centrarnos en las relaciones sociales que configuran los sujetos como vivencias dentro de un mismo espacio territorial se hace referencia a lo regional, a la cultura regional y no a la región cultural. Lomnitz define a la cultura regional como “aquella cultura internamente diferenciada y segmentada que se produce a través de las interacciones humanas en una economía política regional” (1995, p. 39), por lo que analiza a la cultura que existe y funciona en un espacio organizado y articulado por una dominación de clases. Al mismo tiempo la concepción de cultura regional permite comprender cómo estas formas de relaciones van

creando unidad de significados, implícita en la segregación espacial de clases, en las interacciones simbólicas (Lomnitz, 1995).

Por consiguiente, la cultura regional es de utilidad para mostrar que, históricamente, se construyen relaciones simbólicas que van creando significados y reconstruyéndolos de acuerdo a las posiciones diferentes. En el ámbito de cultura y salud, esta noción nos permite entender cómo se fueron construyendo los saberes y significados de padecimientos de pacientes que han interactuado con el Espacio hospitalario del hospital de Las Culturas, y, al mismo tiempo, con otros ámbitos de atención a la salud, que forman en conjunto una estructura territorial sanitaria de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, donde se han ido produciendo y disputando a lo largo del tiempo significaciones en la interacción de dichas prácticas culturales de atención a la salud.

Las características pluriculturales e interculturales de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, como territorio simbólico-cultural y político-económico, fueron factores para que se plantearan políticas de interculturalidad en salud en el sistema de salud público en primer y segundo nivel de atención, no solo en esta zona sino en todo el estado de Chiapas. Cabe recalcar, que las políticas interculturales tienen una tradición histórica en toda América Latina y la OMS las establece como un derecho fundamental ineludible en la atención a la salud, considerándolas políticas inclusivas y tradicionalmente sensibles (OPS, 2019), aunque estos dos organismos se han enfocado más en la interrelación de la medicina científica y las prácticas tradicionales y alternativas, que como se verá en el capítulo tres de la estructura sanitaria de la Zona Altos Tsotsil-Tseltal, han sido dinámicas permeadas de poder y disputas.

De aquí surge la propuesta de la construcción de una región que dé cuenta de los componentes diversos y dinámicos que comprende la interacción cultural entre las prácticas de salud y las personas con un padecimiento, específicamente con los espacios de segundo nivel de atención como es el Hospital de Las Culturas, que se ubica en la zona Altos Tsotsil-Tseltal; la región se denomina Sistema hospitalario, construida desde la concepción de cultura regional.

### **2.2.2 Coincidir en un Sistema hospitalario**

La construcción de una regionalización del Sistema hospitalario del Hospital de Las Culturas, alude a lo regional como dinámica y no como entidad (Cruz, 2018). No se puede construir si no se toman en cuenta las dinámicas sanitarias en el contexto histórico de un territorio, como es la zona Altos, los procesos institucionales de un espacio de atención a la salud, representado en este caso, por el Hospital de Las Culturas, así como un elemento por demás trascendente (porque es a quiénes van dirigidas las prácticas de atención), los sujetos con un padecimiento. Hay tres niveles en este conjunto: el sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, construido históricamente desde la colonia hasta la época actual a escalas locales, estatales, nacionales e internacionales; el Espacio hospitalario como integrante de esta estructura, que representa los procesos institucionales de salud locales y estatales, y, los pacientes que representan a los sujetos-agentes con un padecimiento, en el contexto sociocultural alteño.

En el sistema sanitario, se encuentran políticas, acciones, decisiones, intereses económicos y políticos, y saberes y prácticas, todos encaminados a la salud y la enfermedad para esta población. En el Espacio hospitalario, en cambio, se encuentran diversos actores que crean procesos relacionales, personales, culturales y político-económicos, con los que interactúa el paciente-agente en el hospital de Las Culturas. Finalmente, en las experiencias del padecimiento del paciente se encuentra su espacio vivido y el de su grupo de cuidado, plasmados en narrativas que dan cuenta de sus saberes y significados conexos simbólicamente con el Espacio hospitalario y la estructura sanitaria.

Su interconexión e interdependencia espacial y temporal, hacen que se conviertan en los componentes de la región Sistema hospitalario, como se muestra en la figura 1.



Fig. 1 Región Sistema Hospitalario

La conjunción de estos elementos forma el Sistema hospitalario del Hospital de Las Culturas, una cultura regional históricamente conformada, delimitada y diferenciada de otras. Los componentes del Sistema hospitalario, se cruzan por conexiones entre diferentes niveles de interconexión y relaciones de interdependencia (Cruz, 2018), y al mismo tiempo entre multidimensiones espaciales y temporales, donde las estructuras y los sujetos se constituyen y reconstituyen (Urbina, 2019). Así es que cada uno de los componentes del Sistema hospitalario están conectados con un contexto más amplio, con una estructura familiar, social, cultural, económica y política, que se entrecruzan al interior del Sistema. Esta estructura es al mismo tiempo estructurante y estructurada, porque se produce a través de prácticas sociales sucesivas situadas en un contexto, y se integra por medio de la acción social (Giddens, 1995).

Desde la teoría de la Estructuración, Giddens (1995), a diferencia del funcionalismo y el estructuralismo, sitúa a la estructura social al margen de los actores y al mismo tiempo no implica el desconocimiento de los efectos constrictivos que tiene la estructura, ya que remite a reglas y recursos en la producción y reproducción de los sistemas sociales; es decir, la estructura posee una dualidad, es tanto el medio como el resultado de las prácticas (Ortiz, 1999). Como no existe una estructura dada, ni preexistente, ajena a las acciones de los actores, la estructura es dinámica en el espacio y el tiempo (Ortiz, 1999), es decir, se pueden

ir configurando nuevos procesos, intercambios, relaciones de poder y significados. Se conectan en un espacio simbólico y separados históricamente y escaladamente, construyéndose y reconstruyéndose entre relaciones desiguales (Cruz, 2016); esta conexión organiza a la región, que retomando a Urbina (2019) se puede “pensar la región como una determinada manera de organizarse en el espacio, producto de relaciones de poder y trayectorias múltiples sujetas a transformaciones” (p. 30). Es la relación entre estructura y Sistema hospitalario.

Giddens (1995) retoma las categorías espacio-temporal para conectar la integración social, que se refiere a la interacción cotidiana, y la sistémica que se refiere a las estructuras, como ya se mencionó, considera que tanto la mirada de la estructura como la del agente tienen sentido para la construcción de la realidad social, por tanto, los sujetos sociales están dotados de pensamiento y son generadores de conocimiento, el sujeto es estructurado, pero es estructurante del propio sistema social.

Es precisamente, desde los estudios regionales socioculturales, que se plantea la relación entre individuos y estructuras territoriales y su mutua producción y reproducción (Urbina, 2019), en tanto, que la región es un centro de interacción con características específicas, que una serie de agentes se encargan de modelar en un entramado de espacio y tiempo, entre estructuras y procesos (Albet, 1993). Según este último autor, existe un proceso dialéctico desde la geografía regional, y, por tanto:

la regionalización es el resultado de las relaciones sociales entre individuos, grupos e instituciones sobre el espacio regional dado. Este proceso dialéctico (los condicionantes regionales de la sociedad y los efectos de la sociedad sobre la región) crea una estructura interna homogénea que permite distinguir una región de otra: la región es un proceso por sí mismo. (p. 18)

Pero a pesar de la concepción de la formación de regiones específicas, hay varias interpretaciones de cómo se caracterizan las relaciones estructurales, una es la de los geógrafos de los campos marxistas tradicionales que les otorga peso limitado a los individuos en la formación de la sociedad regional, otra, la de los humanistas que presentan a los individuos como los principales actores en la formación de las regiones. Y otros más, significativamente influenciados por la tradición postestructuralista asumen una posición

intermedia (Albet, 1993). Se propone realizar el presente estudio desde la perspectiva intermedia, tomando en cuenta la conformación de las estructuras en la región donde se gestan relaciones de poder y a los individuos que construyen y reconstruyen con el paso del tiempo las características regionales.

El Sistema hospitalario es una categoría cultural regional que se localiza en el espacio y en el tiempo y se distingue de otros objetos con esa misma característica; es entendida en tanto que estructura y en tanto que proceso, sus características estructurales se consideran en su conjunto y no en partes, es decir, los procesos socioculturales, económicos y políticos no se estructuran separados. Las interacciones tienen lugar porque existe un todo que es la región, la cual no existe fuera de las interacciones en el tiempo (Albet, 1993). El Sistema hospitalario es donde tienen lugar interacciones de orden sociocultural, económico y político, que juntos construyen significados en torno al padecimiento e influyen en las experiencias vitales de los pacientes y su grupo de cuidado.

### **2.3 Componentes del Sistema hospitalario: sistema sanitario, espacio hospitalario y espacio vivido de los pacientes-agentes**

Como lo vimos, nuestro estudio arrojó tres componentes de la región Sistema hospitalario: el sistema sanitario, el espacio hospitalario y el paciente como sujeto-agente. En ellos está plasmada la perspectiva regional intermedia, por lo que sirvieron para la comprensión de las prácticas y experiencias entre el espacio de salud institucional y los pacientes y su grupo de cuidado, y los saberes y significantes que se producen del padecer a partir de esta interacción. En este apartado, los veremos de forma general, ya que están desglosados en los capítulos siguientes.

#### **2.3.1 Sistema sanitario**

Se caracteriza un sistema sanitario que se ha construido a lo largo de la historia en la Zona Altos Tsotsil-Tseltal, que se enfoca en la presentación y análisis de los procesos sanitarios y sus interrelaciones, donde han participado diversos actores, los procesos incluyen: políticas, programas, proyectos sanitarios y organizaciones, que van desde escalas internacionales,



federales y estatales, que a lo largo del tiempo han establecido multiplicidad de relaciones en la conformación relativamente particular de este sistema.

Se presenta un recorrido histórico de la conformación de políticas públicas en salud, organizaciones indígenas, organizaciones de la sociedad civil que se constituyeron a partir del levantamiento zapatista de 1994 en Chiapas, instituciones del sector salud públicas y privadas, prácticas tradicionales y religiosas, medicinas alternativas, grupos de autoayuda y prácticas de autocuidado. Todo ello, de acuerdo a Kleiman (1980) conforma un sistema de salud, entendido como un conjunto de alternativas de atención y gestión de la salud que derivan de diferentes sectores dentro de un marco estructural de cada sociedad que, como menciona Magaña (2002) en el campo de lo médico, se encuentran relaciones de subordinación y lucha que orientan diversas prácticas médicas en la solución a problemas de salud.

En el campo de conflicto entre las diversas prácticas, es el modelo médico hegemónico quien, de cierto modo, ha mantenido subordinadas a las otras prácticas curativas (Magaña, 2002). A lo largo del tiempo se han transformado o mezclado las representaciones simbólicas del padecimiento y su forma de resolverlos, precisamente, por las relaciones en el campo de lo médico en la zona Altos Tsotsil-Tseltal. De aquí que el acercamiento al sistema sanitario, ha sido ligado, tanto a referencias simbólicas, como a determinantes políticos y económicos

Dentro del sistema sanitario se encuentran los servicios de salud públicos, como el Hospital de las Culturas<sup>14</sup>, que es uno de los 34 hospitales generales del estado de Chiapas (INEGI, 2017) que está inserto en un contexto urbano, en la ciudad de San Cristóbal, pero con una cobertura de atención relacionada con la población de los 18 municipios de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, municipios que se caracterizan por su diversidad cultural, en su mayoría son hablantes de alguna lengua indígena.

El Hospital de Las Culturas representa a un Espacio hospitalario, componente que se explica a continuación.

---

<sup>14</sup> Hospital de segundo nivel de atención ubicado en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, cabecera regional de la Región-administrativa V Altos tsotsil-tseltal.

### 2.3.2 Espacio hospitalario

Cuando las personas padecen y experimentan un largo proceso una enfermedad, emprenden una exploración incansable para su estabilidad o cura que no logran resolver al interior de su grupo. Una opción que ofrece la medicina es un espacio institucional de salud que no es solo una infraestructura con personal, sino también un encuentro con un espacio donde los saberes y significantes socioculturales de los pacientes y su grupo de cuidado (familia, amigos y/o conocidos que los cuidan y acompañan hasta su recuperación) se entretajan con un saber médico que reproduce un sistema constituido por procesos culturales, políticos y económicos. A este espacio se le denomina Espacio hospitalario y los procesos que reproduce se construyen dentro de lo que nombro como la región Sistema hospitalario; que a lo largo de este capítulo se desarrolló como el marco teórico-metodológico que nos permitió realizar el análisis.

El Espacio hospitalario es un concepto que se elaboró para referir a una red organizacional que configura a un hospital, involucra al personal de las ciencias de la salud, administrativo y gerencial, así como a dependencias que intervienen para su funcionamiento, como son la Secretaría de Salud (SSA) y unidades y servicios que corresponden a los tres niveles de atención a la salud<sup>15</sup>, organismos gubernamentales internacionales, federales, estatales y municipales; y corporaciones comerciales como los laboratorios y cadenas farmacéuticas.

Dicha categoría permite entender que los pacientes y su grupo de cuidado no se relacionan con un hospital, sino con un Espacio hospitalario, que a su vez pertenece a un sistema sanitario con procesos socioculturales, de poder político y económico.

La interacción involucra la dinámica del Espacio hospitalario y la acción de los pacientes y su grupo de cuidado como sujetos activos, en la relación que se establece entre

---

<sup>15</sup>La Secretaría de Salud es la dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población (SSA, 2019), es la que establece la política de salud y su normatividad a nivel federal y estatal.

El primer nivel, representa el primer contacto con los pacientes, opera para llevar la atención médica lo más cerca posible al paciente, cuenta por lo menos con un médico general, enfermería y técnico en salud, con un solo consultorio o más. El segundo nivel, que atiende situaciones de mayor complejidad, incluye uno o más hospitales con al menos cuatro especialidades básicas; y el tercer nivel de atención, que están especializados en la atención de determinadas ramas de la salud, se configura con los hospitales e institutos de alta especialidad (SSA, 2008).

ambos no se entiende a las personas como entes que juegan un rol pasivo, al contrario, su experiencia vivida del padecimiento es trascendente para comprender los significados.

### **2.3.3 Espacio vivido del paciente**

Como se mencionó en el capítulo uno, Lupton (1997) asevera que no se puede entender al paciente como un ser pasivo sino como un agente participativo involucrado en su propio proceso de enfermedad. La investigación de esta autora (1997) muestra como los discursos sobre la medicina, la atención a la salud y el cuerpo humano son entendidos y transformados en el contexto de la vida cotidiana, lo que fortalece así nuestro objetivo de comprender los significados de la enfermedad en los pacientes y su grupo de cuidado a partir de las narrativas del padecimiento centradas en las dimensiones subjetiva y simbólico social de la enfermedad, lo que muestra el papel del paciente como un sujeto-agente frente a los procesos estructurantes de los sistemas de atención a la salud.

Al hablar de agentes se enfatiza en su capacidad creativa y reflexiva, en sus determinaciones para vivir en el proceso de padecimiento, a partir del espacio vivido de la corporalidad, subjetividad y relaciones sociales.

El espacio vivido es una de las tres dimensiones del espacio social que conceptualiza Lefebvre (1974) como espacio de representación donde se refleja una mayor subjetividad; es un espacio propio que construye cada sujeto en relación con los demás integrantes de una sociedad, y con el tiempo se estructura una nueva dimensión material y mental en el individuo y se van generando nuevos valores actitudes e intereses. Aquí, se toma en cuenta a las ideas que los seres humanos se crean de su entorno social, de sus definiciones de lo local y de lo foráneo; estas ideas constituyen una interpretación de prácticas sociales a partir de un proyecto humano e histórico y si bien estas interpretaciones orientan las decisiones cotidianas, no son homogéneas, cada persona vive y perciben su espacio de maneras distintas (Viqueira, 1997).

Las vivencias cotidianas se arraigan a un aquí dinámico y la dimensión de espacio-tiempo no permite la inmovilidad, cuando se ve el allá, que también es dinámico, llega el momento en que se vuelve parte de aquí; pero para que haya un “aquí”, este tiene que ser vivido por una conciencia que lo perciba (Gómez, 2021).

En las narrativas del padecimiento se puede apreciar como espacio vivido las experiencias de los pacientes, experiencias humanas sobre la base de las experiencias que pertenecen al espacio social.

En los siguientes capítulos se muestra ampliamente a cada uno de los componentes del Sistema hospitalario, se explica cómo se construyeron y conforme se avanza en cada uno de ellos se va comprendiendo como se conectaron. Primero se presenta en el capítulo tres, el sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, después el Espacio hospitalario, en el capítulo cuatro y, por último, en el capítulo cinco, se presentan las narrativas del padecimiento de los pacientes que interactúan espacial y temporalmente, con los dos primeros componentes.

### **CAPITULO III**

#### **SISTEMA SANITARIO DE LA ZONA ALTOS TSOTSIL-TSELTA**

En el presente capítulo se muestra la construcción histórica de procesos sanitarios en los cuales han participado diversos actores para crear un sistema sanitario en la zona Altos Tsotsil-Tseltal. Se exponen procesos históricos relativos a la atención a la salud de la población de esta zona. A partir de la revisión de fuentes documentales y de entrevistas sobre las experiencias de actores sociales que han sido participes en la construcción del sistema sanitario, se analiza un periodo del transitar histórico y relacional del papel de individuos, organizaciones e instituciones de políticas en salud y prácticas de atención a la salud en la zona Altos Tsotsil-Tseltal.

Se presenta principalmente un recorrido histórico de la conformación de políticas públicas en salud, organizaciones indígenas, organizaciones de la sociedad civil que se constituyeron a partir del levantamiento zapatista de 1994 en Chiapas, instituciones del sector salud públicas y privadas, prácticas tradicionales y religiosas, medicinas alternativas y complementarias, empresas productoras y comercializadoras de multivitamínicos, grupos de autoayuda y prácticas de autocuidado.

En los procesos históricos de las formas de atención que han existido en la zona Altos Tsotsil-Tseltal desde la década de los cuarenta del siglo XX hasta la actualidad, han intervenido diversos agentes para solucionar problemas de salud de la población, pero motivados también por intereses políticos y económicos regionales, estatales, nacionales e internacionales: iglesias católicas y protestantes, órganos representantes de las políticas de atención a las poblaciones indígenas como el INI, y sus colaboradores, organizaciones de parteras y médicos indígenas, parteras tradicionales y médicos indígenas independientes, ONGs, instituciones del Sector Salud, agencias internacionales, universidades, hospitales y servicios de salud privados, servicios privados de parteras profesionales en Casas de partos, servicios de atención de medicina alternativa. A estos agentes se pueden añadir la propia población con sus propias prácticas de autocuidado.

Con el tiempo todos estos actores han ido configurando un sistema sanitario caracterizado por multiplicidad de interrelaciones, en muchos casos por intentos de interrelación entre la medicina indígena y biomedicina, pero no fructíferas por las

condiciones desiguales en las que encuentran, generando tensiones, resistencias y luchas de poder.

Así, el Sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal como elemento del Sistema hospitalario se nutre y nutre de una estructura más amplia, tanto social, cultural, política y económica de cada uno de los actores e instituciones. Estructura, que de acuerdo a la teoría de la Estructuración de Giddens (1995) se produce a través de prácticas sociales sucesivas situadas en un contexto, y se integra por medio de la acción social, es decir, no solo intervienen las prácticas sociales, hay también, actores y agentes con acciones sociales, que han intervenido en esta construcción; y, que atraviesan no solo al sistema sanitario, sino también a los otros elementos del Sistema hospitalario.

Los agentes partícipes no cumplen con sus funciones exclusivamente de forma aislada: se han interrelacionado directa e indirectamente y juntos forman un sistema de multiplicidad de relaciones. Algunas organizaciones, acciones o prácticas se han creado a partir de otras que les antecedieron, ya sean de políticas sociales, instituciones, acuerdos, transformaciones sociales e intereses personales, incluso, muchas veces disímiles entre sí. En este sistema sanitario se aglutinan las políticas públicas en salud, las organizaciones, y espacios diversos en función a la solución a problemas de salud y así crean procesos relacionales entre sí, que lo conforman.

### **3.1 Antecedentes**

En México los sistemas médicos han estado plasmados de intercambios interétnicos; desde la colonia con la llegada de los españoles se inició un proceso de dependencia y sometimiento y a la vez de intercambio cultural y epidemiológico (Campos, 2003), pero inclinado a la erradicación del sistema sanitario nativo.

La primera institución que se ligó a la atención a la salud en el siglo XVI fue la iglesia como agente de cambio en los conocimientos y prácticas de las culturas indígenas con respecto a la salud y la enfermedad. Posteriormente fue la ciencia positivista la que adquiere hegemonía y la medicina científica se consolidó hasta quedar como la oficial (Campos, 2003), acorde a una tendencia occidentalizadora que formaba parte del proyecto nacional de mediados del siglo XIX, dando mayor impulso a la atención médica hospitalaria,

principalmente en el centro del país (Page, 2002). En la constitución de 1857 se refleja esta tendencia modernizadora europeizante de la medicina occidental pero no se reglamenta las profesiones que requerían de grado para ejercerlo, por lo que los curanderos no tenían limitaciones para ejercer sus prácticas. El sector médico se opuso a esta situación y buscó exclusividad profesional y legal, y a finales del siglo XIX, la política sanitaria quedó en manos de la atención biomédica (Page, 2002).

En la década de los treinta del siglo XX se suscitó un movimiento médico para erradicar a los curanderos urbanos e indígenas; para contestar a estas demandas, el gobierno cardenista retomó la estrategia integracionista que había impulsado Manuel Gamio desde 1915 para solucionar el problema indígena en México, a través de los Departamentos de Asuntos Indígenas (DAI) como instancias federales. En 1935, se crean las Agencias del Departamento de Acción Social, Cultura y Protección Indígena (DASCPI) como dependencias estatales, una de las cuales se abre en San Cristóbal de las Casas. Quince años después, en 1945, los médicos académicos obtienen la exclusividad legal para la práctica médica; como consecuencia de ello, se persiguen y encarcelan a los curanderos quienes están obligados a trabajar clandestinamente. A finales de los cuarenta desaparece el programa de las Agencias y se crea una política indigenista integracionista dependiente del nivel federal (Freyermuth, 1992; Page, 2002).

### **3.2 Políticas sanitarias de 1940 a 1990 y Organizaciones indígenas**

En el estado de Chiapas en la década de los cuarenta, la Secretaría de Salud (SSA) inició sus actividades con el control de enfermedades como la oncocercosis, tuberculosis, viruela, fiebre amarilla y pinto, los pobladores de Zinacantán fueron los que tuvieron los primeros encuentros con la medicina occidental, principalmente con la vacunación, aunque se enfrentaron a situaciones de mal trato por los técnicos de estas campañas (Freyermuth, 1992). En San Cristóbal de las Casas se contaba con dos hospitales, uno especialmente recibía a la población indígena, pero con falta de recursos terapéuticos y materiales, aunado a que los enfermos acudían en condiciones graves el índice de mortalidad era alto, y el hospital se asociaba a un espacio donde se encontraban con la muerte (Freyermuth, 1992).

Sumado a esta creación, en 1940, se celebró el Primer Congreso Interamericano Indigenista, donde se establecieron las bases para el desarrollo de la política indigenista continental. El gobierno mexicano, en atención al compromiso contraído en el Congreso, creó el INI en 1948 (Page, 2002), cuyo primer centro coordinador se instaló en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. A través del INI el gobierno federal empezó a promover la construcción de caminos, escuelas y clínicas para la atención de primer nivel. Una de sus acciones fue la instrumentación de campañas de vacunación para los brotes de viruela, tosferina y tifo: inicialmente, por parte de la población indígena, la respuesta fue de resistencia porque su cosmovisión significaba de forma diferente estos padecimientos, pero cuando estas enfermedades empezaron a diezmar a la población, las autoridades tradicionales consensuaron y se aceptó la vacunación. Así, poco a poco, se fueron estableciendo otras acciones para introducir la medicina científica, como la apertura de una pequeña clínica en San Juan Chamula en donde se atendía con ambas prácticas curativas, la biomédica y la de los curanderos (Llanos, 2008).

Además de las acciones sanitarias del INI, desde 1944 misiones de la iglesia presbiteriana, al mismo tiempo de evangelizar, prestaban servicios de salud a la población en algunas localidades. En los setentas contaban con clínicas equipadas y en los ochentas fundaron una escuela para la capacitación en salud en la localidad de Yajalón. En 1957 también la iglesia católica comenzó con acciones asistenciales, nociones de higiene y el aprendizaje de las lenguas autóctonas y en 1970 desarrolló proyectos de salud más formales en algunos municipios (Freyermuth, 1992).

Al respecto es sustancial recordar que la conversión religiosa protestante más fuerte comienza en la década de los cuarenta del siglo XX; antes la población de la región era en su gran mayoría católica, de hecho, data desde la conquista la relación de los pueblos indígenas con las entidades católicas. En nuestro caso de estudio específico, se puede apreciar la correspondencia de la devoción y adoración de Cristo, los santos y/o vírgenes con los procesos curativos (Eroza y Magaña, 2010).

Las comunidades tienen una identidad distintiva ligada al origen sagrado de un santo patrón fundador de la misma –que la protege–, en un sincretismo con la cosmología maya visible en las iglesias y los símbolos sagrados. El santo patrón se alaba con grandes festejos, y, por ello, se asignan cargos religiosos a personas que tienen la responsabilidad de organizar



las celebraciones cada año; de no aceptar el cargo o no hacerlo de manera ferviente, estos hombres pueden enfrentarse a un riesgo de padecer enfermedad y/o infortunio. Al mismo tiempo se les atribuye a los santos católicos dotes sanadores en torno al daño, como lo establecían con las deidades prehispánicas, por lo tanto, la relación con las entidades religiosas católicas es un referente de mantenimiento y búsqueda de salud y fortuna (Eroza y Magaña, 2010; Page, 2011). En cambio, para los conversos, estas ideologías ya no tienen cabida. Aunque la envidia y la brujería siguen existiendo, es la palabra de Dios la que los protege: el encargado de la iglesia es el Pastor quien funge como consejero y guía espiritual. La percepción y significación de los procesos de salud y enfermedad no cambian totalmente, pero sí, su manera de resolver los problemas de salud (Freyermuth, 1992).

Con el paso del tiempo, se utilizaron tanto los saberes y prácticas tradicionales como los de la medicina moderna, aunque esta última estuviera siempre en una posición de hegemonía hacia las medicinas tradicionales y populares, considerándolas subalternas. Esto se encuentra plasmado en un sinnúmero de políticas y acciones gubernamentales de salud hacia la población de la región Altos Tsotsil-Tseltal. La coexistencia entre los propios saberes sanitarios y la medicina moderna ha estado presente, pero las formas de control y e intentos de desarticulación se han vislumbrado en diferentes formas (Page, 2002). Actores como el Estado, la sociedad civil, las organizaciones indígenas, grupos de intelectuales y, en menor grado, la población independiente, tienen una participación activa pero divergente en muchas ocasiones, de acuerdo a intereses individuales o colectivos, lo que ha configurado a la zona Altos de Chiapas como un contexto regional sanitario en disputa.

En 1974 la voz de las comunidades indígenas se escuchó en un foro, el Primer Congreso Indígena “Tierra, comercio, educación y salud en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas”, donde el representante de la Delegación Tsotsil planteó algunas demandas de su población en relación a sus condiciones de salud: expresó, en particular, que los centros de salud estaban concentrados en la ciudad, que existía falta de comunicación con los médicos, que los pacientes sufrían de mal trato por parte del personal de enfermería, que no se tomaban en cuenta sus medicinas, etc. En resumen, dijo que sus congéneres lidiaban con costos elevados, abusos y discriminación, por lo que pidió que se enseñara la medicina preventiva, que se preparara a enfermeros indígenas, que se estudiará el modo de integrar ambas

medicinas y que el personal de salud institucional aprendiera las lenguas de los pueblos en donde tenían que trabajar (Lozoya, *et al.* 1988).

Esto se dio en un contexto nacional en el cual el proyecto desarrollista del país se vino abajo, mientras que las organizaciones políticas indígenas comenzaban a tener figura, por lo que, ante la influencia de agencias internacionales en torno a la atención en salud para toda la población y ante la lógica de un modelo económico neoliberal, el Estado mexicano optó por instalar políticas sanitarias donde se incluía la medicina tradicional para la atención primaria a la salud. Dichas políticas sanitarias se dieron en el marco de instancias internacionales: en 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo una declaración sobre la necesaria participación de los curanderos tradicionales, ya que era operativamente imposible que la medicina académica atendiera al total de la población de los países subdesarrollados (Page, 2002).

La OMS buscó engarzar sus propuestas con los programas de salud, apoyándose de las recomendaciones que se dieron en la Declaración de Alma-Ata sobre “Atención Primaria en Salud” en 1978, y en la estrategia global de “Salud para todos en el año 2000”. Esta organización se centró en extender los servicios de salud y la atención primaria de Salud, utilizando los recursos locales como los médicos tradicionales, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad (siempre y cuando recibieran adiestramiento social y técnico) para trabajar con un equipo de salud de médicos y enfermeras. México firmó dicha declaración, y el Estado lo tomó como una oportunidad para pasar la responsabilidad de atención primaria a la población y ahorrar recursos (Lozoya, *et al.* 1988; Freyermuth, 1992; Page, 2002).

A partir de allí comienza, por parte del Sector Salud y de los gobiernos federal y estatal, un recorrido extenuante que lleva 40 años de políticas sanitarias, tendientes a la interrelación de la medicina tradicional con la medicina científica institucional, ahora llamadas *Políticas de Interculturalidad en Salud*. Políticas, que, como se apreciará, han estado volcadas en posturas etnocéntricas mucho más inclinadas a favorecer al sistema oficial de salud.

Se condujeron programas de salud a nivel federal que tuvieron protagonismo en Chiapas: en 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), que en 1979 suscribe un convenio con el Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS) y se convierte en el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR), y, en 1982, en un proyecto denominado “Programa de interrelación de la medicina tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR”, con la finalidad de proporcionar herramientas que facilitarían el acercamiento de los dos sistemas médicos: el institucional y el tradicional (Viesca, 1987; Page, 2002). Esta fue la primera vez que se oficializó la inclusión de la medicina tradicional dentro del Sistema Nacional de Salud (Page, 2002).

La primera fase del Programa de Interrelación inició en Chiapas como un programa piloto, y se realizaron los primeros trabajos en tres zonas diferenciadas: los Altos, la costa y la Depresión central, y luego se generalizaron a todas las unidades médicas rurales. Se identificaron a 887 terapeutas tradicionales y se establecieron relación con ellos (Viesca, 1987). El esfuerzo fue realizado por varios médicos del IMSS que lograron tener comunicación con los médicos tradicionales y alcanzaron un trabajo en equipo en algunos ámbitos de atención primaria<sup>16</sup>. Sin embargo, la lógica médica científica se antepuso y se elaboraron manuales donde agruparon a los médicos tradicionales por su especialidad: partera, curandero, hierbero, huesero, rezador, médium, sobador, brujo, rameador y hechicero. También se registraron a más de 170 especies vegetales medicinales con los padecimientos tratados con esas plantas y se definieron los padecimientos locales (mal de ojo, aires, pérdida del *chulel*, etc.), como síndromes de filiación cultural, aunque, actualmente, están clasificados en el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-V) (Viesca, 1987; Ruíz, 2018).

En la segunda y tercera fase de 1983 a 1987 se amplió el programa a nivel nacional con la misma lógica que en el estado de Chiapas; la experiencia había demostrado que se requería una capacitación mayor al personal, por lo que se preparó una guía de seis documentos de autoenseñanza, que permitían tener un conocimiento de los médicos tradicionales de las localidades para poder hacer reuniones periódicas para conocer más sobre los padecimientos que atendían y facilitar su comprensión, tener una información etnobotánica y establecer una mayor comunicación entre ambos médicos (Viesca, 1987). Se

---

<sup>16</sup> Entrevista con el Gerardo Lanuza en 2017, médico del programa de “Interrelación de la medicina tradicional con el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR”

lograron algunos objetivos, pero no fueron lo suficientemente fuertes para consolidar el programa, ya que se no estableció una estrategia por seguir respecto a la medicina tradicional (Page, 2002).

Las actividades del IMSS-COPLAMAR inician en Unidades Médica Rurales (UMR) y Clínicas Hospitales de Campo con suficientes recursos y personal, pero con la crisis económica del petróleo que trajo el modelo neoliberal en México, así como la falta de disposición de algunos médicos para trabajar en zonas rurales, se enfrentaron con muchas dificultades (Freyermuth, 1992 y Page, 2002), que se incrementaron cuando en 1983 el programa IMSS-COPLAMAR tuvo cambios de operación y se denominó IMSS-Solidaridad.

El INI tuvo una participación activa en las primeras fases del programa de IMSS-COPLAMAR, y en este contexto en 1979 el Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil de San Cristóbal puso a funcionar el proyecto “Medicinas Paralelas” –que después se extendió a otros centros coordinadores–, con el propósito de lograr un reconocimiento de la medicina indígena en los Altos, a partir de ahí se empezaron hacer reuniones con médicos tradicionales y parteras para intercambio de experiencias con médicos de otras regiones<sup>17</sup>. Los médicos tradicionales participaron en la recolección de plantas medicinales de cinco municipios, establecieron un acuerdo con el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM) para la clasificación taxonómica de las plantas recogidas, instalación de huertos de plantas medicinales, preparados con las plantas, farmacias herbolarias, intercambio de plantas entre comunidades y los encuentros intercomunitarios e interestatales de médicos tradicionales (Freyermuth, 1992 y Page, 2002).

En 1982 el Centro Coordinador de Ocosingo, Chiapas, logra que se inicie el proyecto Diseño de sistemas de medicinas paralelas, y se generó una propuesta de formar una Unión de Médicos tradicionales de Chiapas, ahí comenzó la idea de conformar una Organización independiente (Alarcón, 2020). Posteriormente el INI solo contó con presupuesto para ese año y dio por terminado el proyecto, que paso a ser parte de la SSA (Page, 2002, Alarcón, 2020).

En 1983 establecen un convenio entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el gobierno del estado de Chiapas, con el apoyo de la SSA, y crean un

---

<sup>17</sup> Entrevista con Rafael Alarcón Lavín, que fue coordinador del Centro de Ocosingo, y posteriormente, asesor de OMIECH desde 1986 como asesor interno y hasta la fecha actual como asesor externo.

programa que seguía las mismas bases que el proyecto del INI: una interacción de la medicina tradicional con la medicina institucional; dicho programa se denominó “Modelo Alternativo de Salud”; a partir de ahí ampliaron el equipo de trabajo con más personal de salud y determinan que debían tener una vinculación más estrecha con la Atención primaria a la salud. En 1985 el convenio se termina por diversas dificultades, la SSA realiza cambios administrativos y los médicos tradicionales se retiran del programa por diferencias substanciales con las personas que quedan a cargo (Freyermuth, 1992 y Page, 2002)<sup>18</sup>.

Estos acontecimientos llevó a los médicos tradicionales y a los promotores de salud indígenas tsotsiles y tseltales que trabajaron en el Modelo Alternativo de Salud a elaborar un proyecto que presentaron a la iglesia con el obispo de San Cristóbal Samuel Ruíz, avalados por él establecieron contactos y financiamiento de instancias internacionales: Pan para el mundo (principalmente), Fundación MacArthur, Fundación Chagas y la Embajada de Holanda en México, para así conformarse como Asociación Civil y en 1985 crean legalmente la “Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A. C. OMIECH” (Page, 2002). OMIECH comenzó a tener asesores del INI, médicos, sociólogos y antropólogos, que representaban el vínculo con la biomedicina, uno de ellos fue Rafael Alarcón; el papel de los asesores era mantener una visión amplia del contexto sanitario cultural de ambas medicinas, las medicinas indígenas tseltal, tsotsil e incluso tojolabal, y la medicina de las instituciones de salud; los asesores participaban apoyando diferentes áreas, el área de medicina tradicional, el trabajo de herbolaria y el área de mujeres y parteras <sup>19</sup>.

El Centro coordinador Tzeltal-Tzotzil de San Cristóbal le dona a OMIECH dos hectáreas y media de terreno para la construcción de un Centro de Desarrollo de la Medicina Maya, CEDEMM, donde se desarrolló una concepción del modelo de salud de la medicina indígena (Alarcón, 2020); con el paso del tiempo reciben recursos a través de convenios con el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), IMSS-Solidaridad, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y algunas agencias, para construir las instalaciones y crear nuevos proyectos (Page, 2020).

El trabajo de la OMIECH siguió sus proyectos que comenzó desde Medicinas Paralelas, en talleres de plantas medicinales entre comunidades donde participaban médicos

---

<sup>18</sup> Información confirmada en la entrevista con Rafael Alarcón Lavín

<sup>19</sup> Información confirmada en la entrevista con Rafael Alarcón Lavín

tradicionales, técnicos indígenas que trabajaron en el INI, mujeres, niños y adolescentes de cada comunidad, realizaban intercambio de experiencias de plantas, talleres de elaboración de jarabes, tinturas, pomadas, y crearon farmacias donde se podían adquirir estos productos; también un huerto y un herbario. Posteriormente surge la idea de crear un museo de las medicinas indígenas, el “Museo de la Medicina Maya”, que ganó el premio nacional de Museografía y un proyecto de Historia de la medicina maya que lo hicieron llegar a diversas comunidades. Todas las acciones se tomaban en acuerdos en la Mesa directiva y los asesores apoyaban en la realización de los proyectos<sup>20</sup>.

Los médicos tradicionales tseltales del Centro coordinador de Ocosingo colaboraron en el proyecto de la SSA-UNICEF y posteriormente, intentaron asociarse a OMIECH, pero sus prácticas curativas diferían porque la mayoría de médicos tseltales eran protestantes en su mayoría presbiterianos, además las distancias entre comunidades dificultaban sus encuentros; y forman la “Organización de Terapeutas Indígenas Tzeltales ODETIT”. Sus objetivos fueron preservar y fortalecer la medicina indígena tseltal, la formación de jardines botánicos, un cuadro básico de medicinas y preparados, un herbario con plantas medicinales y difusión de sus actividades, aunque por estar en una comunidad alejada de los centros administrativos tuvieron problemas para recibir asesorías y tramitación de proyectos a diferencia de OMIECH (Freyermuth, 1992 y Page, 2002).

En esta época, en la década de los ochenta, el INI vuelve a ser pionero de las políticas relacionadas con la medicina indígena y las actividades más importantes de los Centros coordinadores se realizaban en San Cristóbal y Ocosingo, principalmente por las asesorías que otorgaban a OMIECH y ODETIT.

La siguiente acción fue la conformación en 1991 de una Red Nacional de Organizaciones de Médicos indígenas y un Órgano coordinador de las Organizaciones, el “Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, CONAMIT”, que llegó a agrupar a 57 Organizaciones de médicos indígenas del país; dentro del Consejo se planteaba presentar propuestas para la discusión de una legislación federal sobre las medicinas indígenas tradicionales (Page, 2002). A partir de este momento OMIECH y ODETIT pertenecían a CONAMIT, otro paso importante en el caminar de las medicinas indígenas no solo del país sino de la zona Altos.

---

<sup>20</sup> Información de Rafael Alarcón Lavín

A la par, los convenios con instancias institucionales siguieron principalmente por parte de OMIECH; en 1992 celebra un convenio con el IMSS-Solidaridad, en donde se buscaba de nuevo la adecuación de los servicios socioculturales y enriquecer ambas medicinas con el intercambio de experiencias y conocimientos. En la Clínica Hospital de Campo del IMSS de San Cristóbal, la Organización participó en cursos de inducción de los médicos, lo que favoreció al cambio de perspectiva de la medicina tradicional y las circunstancias culturales en el uso de los servicios hospitalarios (Page, 2002)<sup>21</sup>. Otro convenio en ese mismo año se dio a través del INI con SEDESOL, se abre una convocatoria nacional a los grupos indígenas para participar en proyectos de capacitación e investigación jurídica, para que los socios de las Organizaciones y sus comunidades se capacitaran en torno al derecho positivo mexicano y las legislaciones sobre la medicina tradicional.

OMIECH toma la iniciativa para participar, como parte de los compromisos adquiridos ante la Comisión Jurídica de CONAMIT, y porque en 1990 el H. Congreso del Estado de Chiapas, en un apartado de la Ley de Salud pretendió normar y establecer mecanismos de control sobre las prácticas curativas de los médicos indígenas, lo que rechazaron tajantemente. Junto con ODETIT resultaron beneficiadas para un proyecto, que emprendieron a través de una investigación-participativa, capacitación jurídica y paneles de discusión sobre la importancia de la legislación en materia de la medicina tradicional. Lograron junto con un equipo investigador, documentar y sistematizar la posición de las comunidades y sus médicos indígenas en los procesos de legislación de la medicina indígena en México y en Chiapas, y plasmar propuestas en materia de salud del trato por parte del Estado mexicano hacia la medicina tradicional y las comunidades indígenas (Page, 2002)<sup>22</sup>.

Dos años después en 1994, el IMSS-Solidaridad estableció un acuerdo con CONAMIT, el “Convenio de colaboración para el fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena tradicional”, con la finalidad de fortalecer y desarrollar la medicina tradicional en el contexto de atención primaria de salud. En este mismo año, surge la “Organización de Médicos y Parteras Tradicionales de los Altos de Chiapas, OMPTACH”, y en 1995 las tres organizaciones OMIECH, ODETIT y OMPTACH conforman el “Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas, CEMITECH”, para disponer de los

---

<sup>21</sup> Información que también brindó Gerardo Lanuza en 2017

<sup>22</sup> El trabajo se encuentra documentado en el libro “Políticas Sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México y Chiapas. 1857-1995”, de Jaime Tomas Page Pliego, en 2002.

recursos asignados por la federación a través del IMSS-Solidaridad y acuerdos tomados entre este instituto y el CONAMIT (Page, 2002). Pero en 1996 se da la anulación del convenio CONAMIT e IMSS-Solidaridad, pese a todos estos esfuerzos no se logró de nueva cuenta la interrelación, no obstante, el instituto siguió financiando los proyectos de las Organizaciones en los estados (Page, 2002).

Como se puede apreciar, desde la década de los setenta hasta la de los noventa, las acciones encaminadas a trabajar en colaboración entre instituciones del sistema de salud y las organizaciones de médicos indígenas, estuvieron permeadas de acuerdos y desacuerdos, de encuentros y desencuentros, lo que ha empujado a dichas organizaciones a luchar por su propia medicina y subsistir con sus propios recursos.

Una de las luchas que mantuvieron la OMIECH y el “Consejo de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas” (COMPITCH), compuesto por representantes de comunidades de la región, fue en contra de un proyecto de biotrospcción denominado “Investigación farmacéutica y uso sustentable del conocimiento etnobotánico y biodiversidad en la Región Maya de Los Altos de Chiapas, México, ICBG-Maya”, operado por parte del Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), la Universidad de Georgia —con apoyo económico del gobierno de Estados Unidos— y la compañía biotecnológica molecular *Nature Limited* de Gales, Reino Unido. Fue un proyecto iniciado en 1998 con fines de biopiratería ya que su objetivo central “era la investigación de sustancias activas derivadas de las plantas medicinales, para producir medicamentos de patente y ser comercializados” (Alarcón, 2010, p. 166). El principal ejecutor Brent Berlin, un etnobiólogo, extrajo diversas especies de plantas medicinales mexicanas seleccionadas para una investigación etnobotánica, para llevarlas a Estados Unidos. Las organizaciones lograron demostrar que nunca tuvo un permiso para extraer las plantas y en septiembre del año 2000 fue cancelado el proyecto. Por esta acción recibieron un premio a nivel internacional por la defensa de los conocimientos de las plantas medicinales, durante dos años contra ese proyecto.

Después de ello, la OMIECH tuvo un camino más tortuoso. La agencia *Pan para el mundo* dejó de mandar recursos en el año 2003, porque había cambiado su política de apoyo que estaba enfocada a jóvenes promotores de salud no indígenas en Guatemala. Por otra parte, los directivos del INI también cambiaron su línea de apoyo a la medicina indígena y comenzaron a trabajar en coordinación con el Sector Salud para tener más recursos, apoyando



a promotores de salud que no eran médicos indígenas. Este acuerdo fue un intento de enlace intercultural con la biomedicina y se invitó a la jurisdicción sanitaria II de San Cristóbal para ponerse de acuerdo sobre la coordinación. En un inicio, la OMIECH aceptó, pero la propuesta era que los médicos indígenas se adaptaran a los programas de salud como vacunación y así promover los programas de SSA entre la población indígena<sup>23</sup>; estuvieron un tiempo intentando ponerse de acuerdo, pero nuevamente, no se logró, dada la visión regresiva integracionista y condicionada.

Sin embargo, la OMIECH sigue vigente, con dificultades por el camino sinuoso que ha transitado ante un sector político-económico-sanitario que no reconoce ni comprende los saberes y las prácticas originarias; y al mismo tiempo con alcances reconocidos no solo por las personas que usan su medicina, o las comunidades a las que representa, o por los agentes que han trabajado a su lado, sino también por actores que no pueden pasar desapercibido por su trabajo constante. Al respecto, dos de ellos han recibido reconocimientos: Miguel Alvaro, indígena tseltal, recibió el premio nacional de la juventud 2005 y el premio estatal de la juventud 2008, y Micaela Icó Bautista, el premio DEMAC 2007-2008 de la asociación civil Documentación y Estudios de Mujeres, A. C. y un premio a la juventud indígena. Los reconocimientos individuales y colectivos (como la defensa de las plantas medicinales contra ICBG-Maya) son para un colaborador muy cercano a la OMIECH, Rafael Alarcón, para algunas de sus luchas principalmente con la medicina científica. Como biomédico, reconoce la situación desde hace más de 30 años:

Realmente no es una relación intercultural horizontal y de respeto (...) nosotros como biomédicos no hemos sabido coordinarnos y los médicos tradicionales se han dado cuenta, mejor cada quien por su carril, pero, la biomedicina siempre se quiere meter y aprovechar otras prácticas médicas; en cambio la medicina indígena no es así, siempre está a la defensiva de esa práctica médica que ha tenido todo el apoyo, el económico, político, e incluso de investigación (...).

Yo cuando fui médico del IMSS-COPLAMAR en 1980, fui asesor de un artículo, que ahora me da vergüenza sacarlo, una vez fui a un Congreso nacional del Programa IMSS-COPLAMAR, México, entonces hice una ponencia, acababa de salir de la escuela de medicina, no tenía mucho, en ese artículo yo decía que los médicos tradicionales eran charlatanes, lo dije así, delante de todo el mundo, y ahora, hasta me dan ganas de quemarlo; pero es la ideología que aprendí de la medicina, pero ya después como fui conociendo, sobre todo, yo fui un médico muy inquieto (...) trabajé en el IMSS

---

<sup>23</sup> Información de Rafael Alarcón Lavín

pero renuncié, no era yo de ese ejército, me fui a trabajar al INI, y ahí empecé a tener otras lecturas diferentes, y agarré un libro que se llama “Medicina para quién”, me di cuenta que había otras formas de ser médico, entonces dije yo quiero estudiar la maestría en Medicina Social y me fui (...) empecé a leer antropología médica y me fui dando cuenta que había otra medicina que también tenía efectividad, tenía otras cosas, simbolismo, y entonces ahí me empecé a meter, y vi a las comunidades y a los indígenas de otra forma, ya no como charlatanes, aquí es otra cosa, yo estaba equivocado; y la relación con ellos ya cambió; me han enseñado muchas cosas, he aprendido mucho, mucho, mucho, y yo también algo les he de haber enseñado, esa relación ya casi 35 años con ellos (...) la convivencia es la que te hace cambiar; yo a veces me pongo a pensar y si yo no hubiera seguido este camino, a lo mejor ya me hubiera jubilado del IMSS (...) pero no, mi vida como médico me satisface el haber seguido este camino, no me arrepiento de mi camino como médico, de haber estado conviviendo con los médicos indígenas; ahorita convivo más con las parteras y cada vez que las escucho me admiro (...) ¡este ya es mi proyecto de vida! (...) el contacto con ciertas realidades te va cambiando, te va haciendo ver que no todo tiene que ser igual, que hay cosas diferentes, que hay otras culturas, que hay que valorarlas y respetarlas, ese es mi camino (Entrevista con R. Alarcón, asesor interno de OMIECH desde 1986 y actualmente asesor externo).

Los intentos del trabajo coordinado de la medicina indígena y la medicina científica a través de las políticas del Sector Salud no alcanzaron los frutos esperados en el siglo XX para la mejor atención a la población y el respeto por los saberes y prácticas indígenas.

### **3.3 Organizaciones de la Sociedad civil**

Por otro lado, en la década de los noventa, a partir del movimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en Chiapas, emergieron Organizaciones de la sociedad Civil con proyectos para la prevención, atención y promoción de la Salud. Como la Fundación León XIII y la Clínica de atención a la población Indígena “Esquipulas”.

En 1994 se crea la Fundación León XIII en Chiapas<sup>24</sup> en un centro denominado Centro de Desarrollo Comunitario San José (CDC), con un grupo de personas ligas al Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana (IMDOSOC), a raíz del movimiento del EZLN comienzan a atender necesidades que existen en las comunidades indígenas de las

---

<sup>24</sup> Se obtuvo la información de la Fundación León XIII y sus acciones desde su inicio hasta la época actual, con la Coordinadora de San Cristóbal de Las Casas, el 3 de febrero de 2021.

zonas Altos y Selva de Chiapas, con respecto al tema de salud, primero con herbolaria; y también con el tema de artesanías para el desarrollo económico. Posteriormente en 1998 se introdujo la atención con medicina alópata a la par de herbolaria, de manera gratuita con el apoyo de médicos voluntarios del país vasco y donaciones que provenían de México<sup>25</sup>.

Más adelante, fueron ampliando sus programas conforme a la experiencia del contacto directo y necesidades que visualizaron, como seguridad alimentaria. Y en 2012 trasforma su modelo y queda como base el programa de Grupos de ahorro, con la idea que no se hicieran dependientes de la fundación y desarrollen capacidades de autogestión. El programa de salud continuó, con consultas médicas en las comunidades, referencias y traslados de pacientes y el seguimiento de estas acciones; formación de promotores de salud de las mismas comunidades para que participaran en prevención y atención a la salud con los médicos; atención con medicamentos alópatas, homeopatía<sup>26</sup>, herbolaria con médicos tradicionales y un huerto con plantas medicinales; pero llegó el momento en que la Fundación ya no pudo costear estos recursos y deciden deja de ir a dar consultas a las comunidades.

Desde el 2012 hasta la actualidad, siguen realizando campañas quirúrgicas oftalmológicas con el apoyo de un hospital de la ciudad de México, medicina preventiva a través de la formación de promotores de vivienda saludable<sup>27</sup>, apoyo en traslados a pacientes para citas médicas a través de la Fundación ADO (Autobuses de Oriente), y se aliaron a una Sociedad Civil denominada Sanando Heridas que otorga consultas médicas y medicamentos con una cuota de recuperación mínima, en la parte de salud del mismo centro rentan el espacio para esta asociación<sup>28</sup>

Otra organización instaurada a partir del movimiento zapatista fue la “Clínica Esquipulas” creada en 1998 por una fundación de Monterrey, Nuevo León<sup>29</sup>. La iniciativa inicial vino del obispo Samuel Ruíz que planteó la necesidad de un proyecto de salud debido a las carencias en la población indígena de Chiapas. La Clínica se fue dando a conocer poco

---

<sup>25</sup> Contaban con traductores de las mismas comunidades para una mejor comunicación y relación.

<sup>26</sup> La coordinadora de la Fundación es médica alópata y médica alternativa, introdujo los medicamentos homeopáticos durante cuatro años, refiere que le costó al inicio, pero poco a poco en un proceso de diálogo con las personas empezaron a aceptar el tratamiento.

<sup>27</sup> Los promotores capacitan a los Grupos de Ahorro para mejoramiento de vivienda: piso, techo, separación de espacios y en temas de salud e higiene.

<sup>28</sup> En la actualidad existen tres Centros de la Fundación León XIII, en Chiapas en San Cristóbal de Las Casas, en Oaxaca en Pinotepa Nacional y en Guerrero en Santa María Huatulco.

<sup>29</sup> Información obtenida en entrevista con el director de la Clínica Esquipulas.

a poco y la demanda fue cada vez mayor: el director en turno de la Clínica refiere que en 2019. llegaron a atender a 48,000 pacientes y en 2020 por pandemia bajo a 18,000. Desde su fundación, Esquipulas atiende exclusivamente a población indígena con la siguiente finalidad:

Suplir ese hueco de falta de atención en salud a la población indígena que existe, pero también buscándole dar el valor como tal que tienen nuestros pacientes, que en otros lados no encuentran. Hay reglamentos internos para quien labora aquí, si alguien no trabaja adecuadamente o trata de otra forma a los pacientes, incluso pueden ser despedidos; esto ha llevado a que la clínica se haya ganado la confianza de la gente (director de la Clínica Esquipulas, enero 2021)

El personal comenzó a trabajar primero con labio y paladar hendido, por ser un problema con alta incidencia en la región; durante tres años estuvieron viajando a las comunidades y después se estableció la sede en San Cristóbal, primero como un dispensario y con médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ya que, como política de la fundación, sólo se permite personal médico y odontológico egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El personal de enfermería y operativos de trabajo y el Psicólogo son indígenas de Chiapas, porque hablan las lenguas de la región, apoyan en la traducción y entienden su cosmovisión. El director de la clínica refiere que esa decisión es por lo siguiente:

La experiencia que hemos tenido hasta ahora, es que no hay peor persona que atender al paciente indígena, que el mismo chiapaneco, por los prejuicios que hay, claro, no todos, tenemos conocidos de muy buena calidad humana y profesional, pero en general sí. (director de la clínica Esquipulas, enero 2021).

En la actualidad es una clínica de consulta externa con los servicios de Medicina general, Odontología general, Odontopediatría, Endodoncia, Traumatología, Reumatología<sup>30</sup>, Otorrinolaringología, Ginecología, Oftalmología, Endocrinología, Pediatría, Psicología, Laboratorio de análisis clínicos y de rayos X. Además, organizan brigadas y campañas de salud relacionadas con Oftalmología, realizando las cirugías en un quirófano que construyeron en un hospital particular en San Cristóbal cada vez que lo requieren. Todos los servicios se otorgan con cuotas de recuperación mínimas. Otra forma de trabajar con la

---

<sup>30</sup> El director refiere que tienen reumatología porque hay una alta población de pacientes indígenas con enfermedades reumatológicas, y que ello el gobierno no contempla.

población es a través de promotores de salud, lo que, al mismo tiempo, les permite conocer las prácticas de los médicos tradicionales y parteras. Tienen vínculos con algunas otras fundaciones para colaborar con ellas, pero sin convenios formales, y reciben apoyo con medicamentos de dos fundaciones de farmacias, una mexicana y otra del extranjero.

Hay que mencionar que la visión de cultura de la atención que la Clínica tiene, hace referencia a características que se pueden observar en la región derivadas de las políticas sociales en el estado:

Llevó doce años aquí y lo sigo pensando igual, Chiapas es un lugar donde los programas sociales han sido lo principal y crea una dependencia y una forma de vida donde no existe responsabilidad en general, y se instó desde el principio en la clínica que el paciente tiene que participar con algo, porque lo que ellos dan es para sentirse partícipes y valorarlo, lo que dan es algo muy mínimo porque incluye la consulta y todos los medicamentos que requieran. Hacemos un estudio un tanto empírico y con ello vemos la necesidad del paciente, porque también hay indígenas con muchos recursos y que pueden acceder a otros lugares y procuramos limitar el ingreso de estos pacientes (director de la Clínica Esquipulas, enero 2021).

En 2008, se crea una organización más de atención a la salud, la “Asociación Civil Sanando Heridas”, que trabaja en localidades de los municipios de Chenalhó, Zinacantán, Chamula, Teopisca y San Cristóbal<sup>31</sup>. Tiene cuatro programas; el primero es el de *Sanando*, en el cual se dan consultas médicas en lengua materna con enfermeras hablantes de tsotsil y tseltal, que acuden cada quince días a las localidades y otros días atienden con tres subprogramas específicos: uno para mujeres embarazadas, otro para mujeres que requieren métodos de planificación familiar y el último para el crecimiento y vigilancia del niño de 5 años. A partir de la pandemia de Covid-19 comenzaron a dar consultas médicas en San Cristóbal los días lunes y miércoles a cualquier persona que lo requiera, independientemente que sea o no de una comunidad rural. El segundo programa es de *Gestión para la atención médica*: si la persona tiene un problema de salud que la asociación no pueda resolver, se le orienta a dónde tiene que acudir y qué tiene que hacer, y se le acompaña para verificar el seguimiento.

---

<sup>31</sup> La coordinadora refiere que originalmente ya tenían relaciones de confianza con algunas localidades, ya que conocían gente de Cooperativas u Organizaciones indígenas, y establecieron acuerdos de trabajo con las autoridades.

Cuentan con un recurso mensual para apoyar en traslados o estudios; con respecto a estos apoyos, la coordinadora comenta el siguiente caso:

Se logró que la recibieran rápido en el hospital Gómez Maza por una tumoración que tenía en la laringe, es que esta persona ya se iba a asfixiar porque le tapaba, y aunque tú llegues a urgencias es muy complicado y muy riesgoso para que te entuben o te hagan una traqueostomía, pueden no podértela hacer, entonces, urgía que lo viera el oncólogo. Ahí finalmente lo que se hizo fue pagar una endoscopia privada, que de hecho alcanzó a tomarle un poquito de biopsia, y vio la imagen del tumor, y con eso, pues es tener como los pelos de la burra en la mano, ya le dieron prioridad, ya no nos pudieron decir que no y mandarnos dentro de tres o cinco meses, y ya se pudo atender a la velocidad que se requirió. A veces hay que pagar el sistema privado para poder desatorar el sistema público y esa es la pretensión de este programa. Al final es evitar el círculo de enfermedad-pobreza (Coordinadora de Sanando Heridas, diciembre 2020)

El tercer programa es el área de *educación para la salud*: allí se trabajan talleres con población de preescolar, primaria y secundaria, con promotores de salud o con organizaciones con las que están aliadas, en base a las demandas que piden los grupos. Y recientemente cuentan con dos áreas nuevas, la de *Participando*, con los líderes y autoridades de las localidades o de la Secretaría de salud, y la otra es *Fortaleciéndonos*, con el fin de actualizarse sobre las necesidades en salud.

Estas organizaciones no son las únicas en Chiapas y en la zona Altos Tsotsil-Tseltal, existen muchas y en ocasiones se han encontrado en competencia o duplicado acciones en las mismas localidades, por esa razón algunas dirigidas a la salud deciden aliarse y crean en 2012 la Alianza por la salud, alimentación y nutrición (ASAN) en San Cristóbal de Las Casas, en el marco de un encuentro de organizaciones con el objetivo de favorecer la colaboración entre ellas; trabajan a partir de tres ejes temáticos: agua, salud y nutrición y seguridad alimentaria, en distintas áreas de influencia del estado: en las regiones Centro, Los Llanos, Altos Tsotsil-Tseltal, Frailesca, Los Bosques, Selva Lacandona y Tulijá Tseltal Chol.

En ASAN trabajan como un actor colectivo de 19 organizaciones, a saber: Pro Mazahua, Asociación Mexicana de Transformación Rural y Urbana A. C. “AMEXTRA”, Audes Milenio UNACH (de la Universidad Autónoma de Chiapas), Batsil Antsetik, A.C., Fundación Cántaro Azul, A.C., Centro Agropecuario para el Desarrollo Rural “CEADER”, A.C., Consultorías Integrales para el Desarrollo Rural Sustentable “CONDINER, S.C.,

Diseño y Capacitación para el Desarrollo y las Microfinanzas “DICADEM” S. C., Foro para el Desarrollo Sustentable A. C. “FORO”, Fundación León XIII I. A. P., Alianza Pediátrica Global “GPA”, Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A. C., Proyectos de Reciclaje y Acciones por la Naturaleza PRANA, S.A.P.I. de C.V., Sanando Heridas A. C. Salud y Nutrición A. C. “SANUT”, Save the Children, Chiapas, México, Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos, UNICACH (de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas) y por último YAXALUM, Chiapas A. C.<sup>32</sup>

### **3.4 Políticas de interculturalidad en la salud...nuevos proyectos, viejos resultados**

En el año 2003 el INI se convierte en Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y se desentendió de la medicina tradicional a nivel nacional, por decreto del gobierno de Vicente Fox; el CDI pasa la responsabilidad a la SSA y de esta manera las políticas de Interculturalidad quedan a cargo del Sector Salud, y crea en ese mismo año la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en SSA. Esta Dirección comenzó a implementar políticas de interculturalidad en salud, principalmente en los sectores de primer nivel de atención, segundo y tercer nivel<sup>33</sup> de la Secretaría de Salud (SSA).

Los de primer nivel de atención que pertenecen a la zona Altos Tsotsil-Tzeltal son los del Distrito II, que comprenden Casas y Centros de salud en diferentes municipios, Hospitales básicos comunitarios en cinco municipios: el Hospital de Las Culturas (hospital general) y el Hospital de la Mujer en la cabecera regional que es San Cristóbal de Las Casas. Cuando es necesaria la atención de otra especialización o subespecialización refieren a los pacientes a otros hospitales de segundo y tercer nivel de atención en la capital del estado, Tuxtla Gutiérrez, que forma parte de la zona Metropolitana, como por ejemplo al Hospital de Especialidades Pediátricas de tercer nivel; y, a la ciudad de Tapachula que forma parte de la

---

<sup>32</sup> Folleto-Directorio de ASAN. Contacto: Calzada La Escuela No. 9, Barrio La Quinta San Martín, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Facebook: Alianza-por-la-Salud-Alimentación-y-Nutrición-en-Chiapas- ASAN.

<sup>33</sup> Los componentes del sistema de salud chiapaneco se encuentran, dada su organización, segmentados horizontalmente e integrados verticalmente en orden jerárquico. La estructura vertical se conforma, básicamente, por tres niveles de atención:

1. el primer nivel opera como mínimo con un médico general, enfermería y técnico en salud;
2. el segundo atiende situaciones de mayor complejidad; incluye uno o más hospitales con al menos cuatro especialidades básicas; y, por último,
3. el tercer nivel se conforma por hospitales e institutos de alta especialidad (Jiménez y Núñez, 2016)

zona Soconusco: al Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, de tercer nivel. Tal disyuntiva genera dificultades para la oportuna atención, ya que los gastos de traslado los tienen que subsidiar los propios pacientes y sus familias; quienes terminan por no hacerlo dado su falta de recursos.

Otras instituciones del sistema de salud en la región son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que además presta servicio a los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende a los trabajadores de las dependencias del gobierno mexicano; el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSSTECH), que atiende a los trabajadores de las dependencias del gobierno chiapaneco y la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) que presta servicios de salud a sus empleados y sus familias. Pero en estas instituciones no incide la Dirección de medicina intercultural de SSA, aunque el IMSS fue la primera institución que desde la década de los setenta incorporó a parteras tradicionales desde el IMSS-Coplamar, como ya se mencionó anteriormente.

En la búsqueda de atención, la población lidia con las prácticas de atención biomédica en las instituciones del sector salud, que, desde la creación de la Dirección de Interculturalidad, se determina en la zona Altos Tsotsil-Tseltal que deben regirse bajo lineamientos de interculturalidad en salud. Criterios que han sido limitados a ciertos aspectos de orden sociocultural, pero sin modificar a fondo relaciones de complementariedad. De acuerdo a Page (2016), en algunos hospitales se observa un trato amable y respetuoso a los usuarios originarios, y se busca que se den a entender en su lengua originaria o a través de la traducción de personal de salud que domina la lengua, pero persisten patrones de comportamiento en que se le relega y en muchas ocasiones se le maltrata.

### **3.4.1 En el Hospital de Las Culturas**

La interculturalidad es un enfoque que se ha implementado en los espacios oficiales de la SSA, como el Hospital de las Culturas (*ver anexo 2 fotografías 1 y 2*), con el objetivo de ofrecer atención a la salud con pertinencia cultural, no solo a la población indígena sino en general, pero no es una política que se conjugue integralmente. Sus lineamientos –que se encuentran pegados dentro de sus instalaciones– (*ver anexo 2 fotografía 3*) hacen hincapié



en: el respeto de las diferencias culturales de los usuarios y en el reconocimiento, respeto y desarrollo a otros saberes médicos además el biomédico, mediante el diseño de componentes que definen a una unidad de salud y redes de servicio como culturalmente competentes; que son aquellas que promueven ambientes positivos y de atención a los usuarios, incorporando información de los servicios, personal técnicamente capacitado y actitudes de respeto y servicio.

La SSA plasma que se tienen que basar en cuatro estrategias: capacitación/sensibilización del personal de salud, impulso y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena, impulso y desarrollo de las medicinas complementarias, y atención a la salud de los pueblos indígenas (SSA, 2008). El área encargada de operar la política intercultural es el Departamento de Enseñanza e Investigación, a través de la coordinación de investigación, pero estas acciones, de acuerdo a la coordinadora de investigación, no son responsabilidad del programa de interculturalidad, sino parte de una política que el hospital debe seguir por tener población hablante de estas lenguas. Esta coordinación solamente se encarga de realizar cursos de capacitación al personal interesado dentro del hospital; dichos cursos no son obligatorios, y hay poca participación, sea que el personal casi no está interesado en tomarlos cursos, sea que no sabe de su existencia.

Se pueden observar letreros e información al público sobre campañas de salud en tsotsil y tseltal, que están instalados en diversas zonas del hospital (*ver anexos 2 fotografías 4,5,6,7 y 8*), así como los lineamientos de interculturalidad, sin embargo, no saben si la población hablante de lenguas indígenas saben leer. Tampoco tienen personal contratado para traducir, piden favor al personal que habla tsotsil, tseltal o chol, generalmente los de enfermería, vigilancia y limpieza.<sup>34</sup>

Otro proyecto que forma de la política de interculturalidad en Chiapas son las Casas maternas, dónde dan servicios parteras tradicionales capacitadas por el Sector Salud, junto a personal médico y de enfermería de la SSA. Una porción de parteras tradicionales de la región Altos Tseltal-Tsotsil están incorporadas en programas de interculturalidad en salud; pero bajo una lógica de integración y dominación por el sistema de salud oficial. Si bien las parteras tradicionales han sido el sector más cooptado por el Sector Salud debido a la

---

<sup>34</sup> Información obtenida a través de observación y entrevistas, con personal del Hospital de Las Culturas, entre diciembre y enero de 2021.

persecución y condicionamiento para ejercer sus prácticas a través de capacitaciones, están divididas en grupos, algunas se han integrado a los proyectos como las Casas maternas, y otros grupos han resistido y luchado como las parteras pertenecientes a OMIECH y otras organizaciones indígenas, y/o con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil como El Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSVCH).

Sin embargo, una experiencia que muestra que la interrelación entre parteras tradicionales y biomedicina sigue siendo difícil debido a las racionalidades disímiles, lucha de poder en posiciones de hegemonía/subalternidad y una lógica laboral institucional vertical, es la Casa materna de San Cristóbal de Las casas, que se encuentra instalada dentro del Hospital de Las Culturas (Gómez, 2017 y Ruíz, 2018). La Casa materna comienza sus servicios cuando es inaugurado el Hospital de las Culturas en 2010, con parteras de la región Altos Tsotsil-Tseltal bajo la coordinación de personal de la SSA de San Cristóbal, por dificultades que no fueron claras cierran la Casa materna en 2015, y tras una resistencia de las parteras y lucha con apoyo de algunas instancias no gubernamentales la abren un año después en 2016, pero ahora bajo la supervisión directa de personal comisionado de la jurisdicción sanitaria no. II, lo que permea en relaciones de poder desiguales, falta de diálogo de saberes, sometimiento a las normas institucionales de salud, en vez del cumplimiento de los objetivos de interrelación de las políticas interculturales (Gómez, 2017 y Ruíz, 2018).

### **3.4.2 Universidad Intercultural**

Los proyectos de interculturalidad para incidir en el contexto sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, no sólo han versado en los espacios clínicos y hospitalarios a través de los intentos de interrelación con las parteras tradicionales y/o los médicos indígenas, también se han dirigido a la formación académica de médicos interculturales –por demás fallidos– en proyectos de universidades con este enfoque. Es el caso de la Universidad Intercultural de Chiapas, UNICH, que en 2013 contaba con la carrera de Licenciatura en Medicina con enfoque Intercultural (MEI), pero que, por condicionantes aparentemente curriculares, más en realidad político-económicas, se modificó a Médico Cirujano. No solo se trata de la puesta en marcha de un programa académico trazado con un perfil intercultural en un contexto social con población originaria, sino de relaciones interinstitucionales para intervenir en las

acciones de salud, en una región con población pluricultural y diversos intercambios interétnicos, y, al mismo tiempo, con desigualdades socioeconómicas y políticas.

Aunque la aceptación por parte del sector biomédico es difícil, en otras instituciones de enseñanza médica del país, se han incluido en los programas de estudio ejes temáticos socioculturales: la facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la del Instituto Politécnico Nacional (IPN) incluyen en su plan de estudios la materia de Antropología Médica, y algunos diplomados. Otros cursos y seminarios sobre esta temática se han impartido en la Escuela de Salud Pública (ahora Instituto Nacional de Salud Pública), el Centro Regional Morelos del INAH (con estudios centrados en los agentes de la medicina tradicional), la Universidad de Guadalajara (con profundización en la investigación cualitativa en salud), el Colegio de Michoacán (con tesis sobre medicina purépecha y estudios de salud reproductiva), el Colegio de Sonora (con aportes en epidemiología sociocultural), la Universidad Veracruzana (en sus escuelas de antropología y medicina), la Universidad Autónoma del Estado de México, la Universidad de las Américas en Puebla; y en varias escuelas de escuelas de enfermería (donde a veces reducen la antropología médica a la práctica y saberes de la medicina tradicional mexicana) (Campos *et al.*, 2006).

El eje sociocultural o sociomédico, no solo da cuenta de las prácticas de los médicos locales en cada cultura, asimismo proporciona un panorama de los usos de la población de diferentes prácticas médicas para la cura de sus padecimientos. De acuerdo a Magaña (2002 y 2015) la búsqueda del equilibrio o mantenimiento de la salud en población originaria, se ha transformado: el autor asevera que la idea de que la población indígena acude forzosa y exclusivamente con los curanderos siguiendo sus esquemas culturales, es errónea y no podemos conformarnos con esta concepción:

Es cierto que hay elementos culturales que tienen mucha importancia e influencia en la conducta de los indígenas al resolver problemas de salud; pero debemos tener presente, también, que la producción de prácticas y esquemas de percepción y representación de las enfermedades en contextos indígenas marcados por situaciones de pluriculturalidad, genera cambios en su significación desarticulando los signos y síntomas conocidos, mostrando incapacidad de generar marcos interpretativos útiles para explicarse las situaciones conflictivas y críticas de un padecimiento en activo; sin embargo, también es cierto, que

hay muchos indígenas que prefieren ir con los médicos alópatas que acudir con los curanderos indígenas (Magaña, 2015, p. 191).

### **3.5 Programas asistenciales**

Otras acciones en relación a las políticas sanitarias en la zona Altos Tsotsil-Tseltal son los programas asistenciales federalizados de la SSA y el IMSS en correspondencia. El programa que en un inicio se denominó Progresá, posteriormente IMSS-solidaridad, después IMSS-Prospera y actualmente IMSS-Bienestar, es un programa que el Distrito II ha guiado junto al IMSS.

En una entrevista con una médica que estuvo a cargo diez años del programa dentro del distrito II (antes Jurisdicción sanitaria II), señaló cuando comenzó Progresá se hizo una regionalización operativa y una micro regionalización y se definieron las áreas de responsabilidad con el IMSS- Prospera (ahora IMSS-Bienestar) en los 18 municipios (en su momento) ahora 17 municipios. Menciono que, al incrementarse la capacidad de respuesta de la población con más recursos humanos y unidades médicas, el programa ampliaba cada día sus beneficiarios. Habría que proporcionar para cada familia insumos que tenían que ver con los sobres de suplementos alimenticios, que después cambiaron a bolsas de polvos de sabores, y era DICONSA quien apoya en repartir:

Cada vez había más población beneficiada, el programa tenía que crecer, porque la política federal consideraba que el programa crecería a determinado porcentaje, ese era el objetivo (diciembre, 2020)

Menciona que alguien que apoyo mucho en todo el proceso fue el encargado regional, que era del municipio de Chamula, quien se relacionaba con el enlace municipal (personaje nombrado por el ayuntamiento municipal) y tenía la función de amalgamar con la jurisdicción y el IMSS para convencer a la población de cumplir con las acciones y con un comité:

porque hablaba tsotsil y tseltal, es muy empático, muy comprometido, lo conoce mucha gente, él es de Chamula, tenía una comunicación tal y a nosotros nos entendía bien los temas; y su figura era como lo máximo en la región, él mantenía un estatus grande, es un excelente líder, por lo consiguiente tenía muy buenos colaboradores y los contagiaba de ese entusiasmo, que mantiene hasta hoy fecha, él se paraba

en una reunión y era una persona muy respetada y decía “se hace señoras” y ya las teníamos cautivas con las acciones de salud (diciembre, 2020)

Al respecto del trabajo con médicos tradicionales, mencionó lo siguiente:

Si claro, ya desde el programa de Prospera estas figuras eran considerados como parte de, al menos yo si tenía claro ese elemento y principalmente con parteras, porque recordemos que había una participación ahí, no monetaria, sin embargo, había como la necesidad de tener ese reconocimiento y bueno vengase para acá, forme parte de mi equipo de trabajo y así se dio. También la identificación de esos curanderos, de esos yerberos, cómo participaban en el proceso de salud/enfermedad, sentí que era más visible en el programa de salud de la mujer o en la atención de un menor de cinco años, por ejemplo; en niños con causa con deshidratación o desnutrición, a veces había situaciones que se agravaban por ejemplo llamémosle una demora, por atender usos y costumbres, y se complicaba un niño por una persona de este tipo, a veces. Me toco visualizarlo más en estas dos áreas; pero son actores importantes, también han sido no solo demoras han sido cosas buenas, por supuesto (diciembre 2020)

La médica encargada también comentó que, lo que se les proporcionaba a las familias era el Paquete básico de servicios de salud, que se componía del componente salud y el componente alimentario. El de salud incluía esquemas de vacunación, control de niño sano, control en las embarazadas, planificación familiar, mortalidad materna, cáncer cérvico uterino y mamario, saneamiento básico, adulto mayor. Aseveró que el componente salud era lo más complejo, en cambio, con el de nutrición el problema era mínimo; el reto era componente salud. El tema más complicado a negociar fue cuando el paquete básico incluía trece acciones obligatorias que tenían que cumplir las familias beneficiarias, había un calendario y cartillas donde se calificaban a las familias bimestralmente (se consideraba una corresponsabilidad, aunque en un inicio se manejó como obligatoriedad) para ver si cumplían con todas las acciones y en base a ello se les otorgaba el apoyo monetario, sino cumplían tenían un descuento monetario.

Como se puede apreciar, existía un condicionamiento hacia la población beneficiada para llevar a cabo prácticas de salud a través de este programa asistencial, condiciones que siguieron iguales hasta que el programa se convierte en IMSS-bienestar y presenta algunas modificaciones.

### **3.6 El ámbito privado: biomédico y alternativo**

Los servicios biomédicos privados son una opción en la región sanitaria de la zona Altos Tsotsil-Tseltal que ha ido aumentando considerablemente. En la década de los cuarenta en San Cristóbal de las Casas se contaba con dos hospitales, uno de los cuales especialmente recibía a la población indígena, pero con falta de recursos terapéuticos y materiales, Además, los enfermos acudían en condiciones de gravedad por lo que el índice de mortalidad era alto, y el hospital se asociaba a un espacio en el que los indígenas se encontraban con la muerte (Freyermuth, 1992). En la actualidad existen cinco hospitales privados a los que asisten población diversa que pueda afrontar los costos de su atención. A la par, se encuentran los consultorios privados en medicina general, especialidades médicas varias, odontología, nutrición, psicología, laboratorios de análisis clínicos, rayos X y de estudios médicos especializados y servicios de enfermería, que dan cuenta de una diversificación de costos; algunos se encuentran subrogados a los servicios de salud públicos.

Dada la estratificación socioeconómica que, por diversos factores, se ha desarrollado en los contextos indígenas de la región, los sectores más beneficiados económicamente entre la misma, han tendido a optar por la utilización de servicios privados. Hemos podido observar en dicho sentido, por ejemplo, que, si bien existen restricciones de acceso de familiares a los espacios hospitalarios, a sabiendas de que los pacientes indígenas representan grandes entradas económicas, dichas restricciones se relajan. Por el mismo motivo, se advierten prácticas médicas tendientes a prolongar la hospitalización de los pacientes.

Asimismo, dada la numerosa presencia de personas provenientes de otras regiones de México y de diversos países, abundan en San Cristóbal de Las Casas servicios privados de Medicinas Alternativas y Complementarias, clasificadas así por la OMS (2002). Las primeras tienen sus raíces en los conocimientos de salud y enfermedad de las diferentes medicinas tradicionales chinas, hindúes, japonesas y de otras culturas del mundo, como: acupuntura, digitopuntura, ayurveda, reflexología, taichi, yoga, reiki, etc. En cuanto a las medicinas complementarias se les consideran derivadas del sistema biomédico, ya que no forman parte de la tradición de un país, ya que su uso y tradición académica se importó de Europa, Estados Unidos y algunos países de Sudamérica, como Argentina. Algunas de las que se ofrecen son: homeopatía, quiropráctica, terapias bioenergéticas, radiestesia, entre otras. Estas terapéuticas se encuentran principalmente en la ciudad de San Cristóbal y otras zonas urbanas, siendo esta

una razón por las que son utilizadas en menor medida por la población indígena y más por población inmigrada nacional e internacional.

En la ciudad de San Cristóbal se pueden encontrar, además, las Casas de Partos, dónde laboran parteras profesionales. Son espacios como una casa habitación, en las que se otorgan servicios de apoyo desde el embarazo, parto, puerperio, entre otros, y están asentadas en zonas urbanizadas; tienen el objetivo de que se recree una atmosfera que permita a las mujeres embarazadas como a sus acompañantes sentirse cómodas, relajadas y seguras (Sánchez, 2016) desde la perspectiva del parto humanizado.

La diversificación de opciones privadas es amplia, no todas se incluyen aquí, su variación se da en función de formas, lugares, personas y costos. La dinámica social, política y económica de los Altos ha transformado a la sociedad y la cultura que la habita, entre lo indígena, lo rural, lo urbano, hasta lo cosmopolita.

### **3.7 Prácticas tradicionales y religiosas**

Las concepciones y prácticas indígenas en torno a la salud y la enfermedad son una forma de atención que combina elementos prehispánicos mayas con elementos religiosos católicos que se configuraron desde el periodo virreinal. Aún persisten, en nuestra región, las tradiciones indígenas de atención a la salud como parte de las concepciones culturales en un sentido amplio, las cuales aluden a dinámicas sociales, a creencias religiosas, a valores culturales y a concepciones en torno a la persona desde las tradiciones. Concepciones y prácticas que, sin embargo, dialogan con otras tradiciones y referentes médicos que se brindan de forma diferenciada, ya sea en un espacio particular o en centros donde se ofrecen también las medicinas alternativas.

No solo las prácticas en salud de los indígenas están permeadas por visiones religiosas; al igual, los servicios de salud de cada organización religiosa han sido, como vimos, desde los cuarenta un asunto presente en la zona Altos Tsotsil-Tseltal, que trae consigo la adhesión a prácticas religiosas como otra opción de búsqueda por mejorar la salud. Por ejemplo, un párroco de San Cristóbal de Las Casas, alude a que existen dos sacramentos que se consideran de sanación, llamados Confesión y Unción de los enfermos; respecto a esta última, los sacerdotes acuden a la casa de la persona enferma o celebran misas especiales

para sanar, y este sacerdote nos refirió que habían llegado a tener entre 200 y 500 personas enfermas en cada misa. Las iglesias cristianas, además de constituir espacios de socialización, también suelen operar como redes de apoyo, entre otras cosas, en materia de salud, no solo en términos de recursos, también en lo concerniente a apoyo emocional, por ejemplo, mediante rezos. La concepción de curación desde la adscripción religiosa, resulta por tanto un recurso de salud que articula la atención física y emocional del padecer.

Tanto grupos católicos, como protestantes, han creado espacios particulares, con costos determinados. Por ejemplo, el Hospital de Caridad, dirigido por monjas católicas en la ciudad de San Cristóbal, y el centro de rehabilitación para adicciones, Centro de integración familiar (CIF BETESDA) de adscripción protestante. Aunque ambos reciben a personas interesadas sin que el requisito sea ser adepto a una u otra ideología religiosa, parte de sus servicios los enfocan a prácticas de la religión que profesan. No se puede soslayar empero, en varios casos el cometido de ganar y asegurar adeptos, éste conlleva discursos y prácticas que versan en convencer a las personas enfermas de que el mantenimiento y restablecimiento de la salud dependen del hecho de abrazar la fe que cada comunidad religiosa profesa.

### **3.8 Farmacias**

Un servicio muy popularizado y utilizado son los medicamentos que proveen las farmacias, aunque se sabe que la industria química farmacéutica es uno de los pilares de la expansión y la intervención de la biomedicina (Menéndez, 2003). A parte de las prescripciones dadas por los médicos, existen la automedicación, la medicación prescrita por los dueños o empleados de las farmacias, o las consultas en consultorios que se encuentran dentro del establecimiento farmacéutico. En relación a ello, la coordinadora de Fundación León XII refirió que no les fue difícil para que la población de las comunidades indígenas, por ejemplo, pese al consumo preferente de herbolaria, aceptara la medicina alópata, ya que antes de que ellos llegaran a dar consultas, algo que abundaba en las comunidades eran precisamente, las farmacias.

En Chiapas, algunas comunidades contaban, en los noventa, con farmacias de tipo comunitario, que se establecieron en puestos médicos del INI, y desde los noventa eran manejadas por un comité de salud o por promotores de salud que prescribían tratamientos



(Freyermuth, 1992). La presencia de farmacias en las comunidades de los Altos se gestó a partir de los promotores en salud, originalmente formados a partir de las políticas en salud del INI y posteriormente de otras políticas institucionales; sin embargo, al quedar desempleados al término de periodos políticos, algunos de ellos abrieron sus farmacias. Lo interesante, en términos de interculturalidad, es que desde entonces prescriben desde su propia lógica cultural, por ejemplo, el consumo de vitaminas, o bien las medicinas que se clasifican en términos de sus calidades frías o calientes (Holland, 1963 y Harman, 1969). Se trata de una práctica aún vigente. Al respecto, Menéndez menciona que:

en países como México la industria farmacéutica en forma directa o a través del sector salud ha conseguido colocar algunos de sus productos en los lugares más remotos y aislados del país siendo actualmente parte de las estrategias de atención de los diversos grupos étnicos mexicanos. (2003, p. 10)

En San Cristóbal, existen farmacias en las que se ofrece consulta médica como una táctica mercadotécnica tendiente a promover la compra de productos en las propias farmacias. Se sabe que el consumo de medicamentos se debe a una expansión global mercantilista de la industria químico farmacéutica, que ha rebasado fronteras y ha incluido la venta de otros medicamentos como los naturistas. Aunque ya no sea la medicalización una concepción tan unilateral y mecanicista como en las décadas de los sesenta y setentas en el país (Menéndez, 2003), la industria farmacéutica sigue siendo parte de la biomedicina en tanto que práctica dominante y se vincula muy directa y estrechamente a una lógica capitalista de consumo en que la salud se convierte en mercancía. La zona Altos Tsotsil-Tseltal no es la excepción.

### **3.9 Prácticas de Autocuidado y Grupos de autoayuda**

Ante los padecimientos, los sujetos no solo hacen uso de las prácticas de los distintos actores en atención a la salud; es común en la zona Altos Tsotsil-Tseltal, utilizar, para la cura, los propios recursos que se transmiten de generación en generación. Se presentan dos ejemplos de prácticas de autocuidado, en torno a un padecimiento emergente que se convirtió en pandemia y ha generado una crisis en muchas dimensiones de la vida, a nivel mundial, el COVID-19, basados en charlas de encuentros cercanos, debido a que la situación pandémica

imposibilito un trabajo de campo etnográfico. Las dos experiencias son de personas de los Altos que se contagiaron y se refieren la utilización de diversas hierbas y procedimientos naturales para disminuir los síntomas y apoyar en la recuperación:

Nosotros nos curamos con *chilchahua* y una plantita de flor amarilla que se llama *vaxté*, se da en mi comunidad y sirve para la tos, y con baños de temascal (Habitante de la comunidad Corazón de María, Chiapas, México, 2020)

Lo que más me afectó fue la fatiga y la taquicardia y recuerdo que el primer día que me tocó salir a la calle después de estar 21 días encerrada tenía mucho miedo, sentía que como era tan fácil contagiarse podría contagiarme de nuevo y además de las recaídas; aunque estar en familia me ayudó (...) yo tengo artritis y llegué a pensar: y si yo no lo supero (...) mis suegros me dijeron que tomara té de *mumo*, con limón, miel y jengibre, y mi cuñada me recomendó la espada del rey, estuve tomando quince días el té y aún sigo tomando el licuado de la espada del rey, porque es bueno para el riñón, ya lo había escuchado en el IMSS cuando voy a mi tratamiento, lo platican los que reciben diálisis y dicen que les ayuda mucho (Habitante de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 2020)

Al igual, se han construido los grupos de autoayuda, como *Alcohólicos Anónimos* (AA) y *Neuróticos Anónimos*, que dirigen al apoyo mutuo a través de sus propios testimonios y se mantienen con cuotas voluntarias de sus miembros. De acuerdo a la información del coordinador de un grupo de AA de San Cristóbal en esta ciudad existen alrededor de 45 grupos, en la cabecera municipal de Oxchuc 3 grupos, en la cabecera de Chamula 1 grupo y en la cabecera de Huixtán 1 grupo. Se considera que la presencia de estas organizaciones en las comunidades, participa de procesos de mayor amplitud y con tintes políticos, en el marco de la globalización.

### **A manera de cierre**

Claramente, no existe una sola mirada para entender y atender la salud y la enfermedad en la zona Altos Tsotsil-Tseltal, pero a lo que se quiere hacer referencia al abordar las opciones de atención, es que los procesos se han ido construyendo y relacionando históricamente, así como reproduciendo y produciendo nuevos bajo el influjo de dinámicas culturales, sociales, políticas y económicas, así como de la interacción entre escalas locales y globales. Es así como el sistema sanitario de esta zona político-administrativa, se ha ido configurando con sus características pluriétnicas, pluricosmológicas y al mismo tiempo cosmopolitas.

## CAPÍTULO IV

### ESPACIO HOSPITALARIO: PROCESOS DEL HOSPITAL DE LAS CULTURAS

En este capítulo se expone el análisis del Hospital de Las Culturas como Espacio hospitalario, un espacio asistencial de salud que funciona como sede de interacción entre los actores que dan funcionamiento y directriz al hospital y los pacientes. La interacción del paciente con el Espacio hospitalario, forma parte de la trayectoria de su padecer, porque el Hospital es una de las opciones de atención a la que recurren, que pertenece al segundo nivel de atención a la salud.

Las personas que participan en la presente investigación a través de la narración de su padecimiento, han sido pacientes del Hospital de Las Culturas. Dichas narrativas se analizarán en el siguiente capítulo, pero para comprender cómo se relacionan con el Espacio hospitalario, se presentan primero los procesos que componen a este Espacio.

#### 4.1 El Hospital como Espacio hospitalario

Para comprender porque se denomina al Hospital como un espacio, se presenta la concepción de espacio, desde la geografía humana y la teoría social, como un escenario social en donde tienen lugar las relaciones sociales, las prácticas colectivas y las subjetividades e intersubjetividades (Lois, 2011). Se añade a ésta, la concepción de espacio social de Bourdieu como:

Conjunto de posiciones distintas y coexistentes, externas unas a otras, definidas en relación unas de otras, por su exterioridad mutua y por relaciones de proximidad, de vecindad o de alejamiento y asimismo por relaciones de orden, como por encima, por debajo y entre. (1997, p. 16)

Allí, los agentes o grupos se distribuyen en función de su posición. De acuerdo a estas dos concepciones de espacio, los hospitales funcionan como espacios sociales donde se dan relaciones sociales, de proximidad y/o alejamiento de acuerdo a roles específicos.

En el capítulo uno, se categorizó al Hospital como espacio-sede de interacción donde se establecen relaciones culturales y se conectan los componentes más íntimos con los actores y procesos al interior y alrededor de la sede (Giddens, 1995). Ese es el Espacio Hospitalario, un escenario organizado por una red de actores que ejecutan diferentes acciones para el funcionamiento de cualquier nosocomio, que incluye: el personal encargado de las diferentes áreas y estratos de atención y dependencias y corporaciones externas que ejercen acciones con el hospital, como la Secretaría de Salud (SSA), los centros de salud, organismos certificadores y comisiones de salud, organismos gubernamentales, y, sectores empresariales dedicados a la fabricación y comercialización de materiales y productos medicinales.

De acuerdo a González (2004) los hospitales son espacios de la medicina especializada del sistema de salud, pero, trascienden la dimensión de espacios físicos asistenciales; son también espacios sociológicos y de memoria colectiva. Son espacios físicos, porque cuentan con una infraestructura, que, según Casares (2012), conforma espacios físicos complejos por la diversidad de funciones y por sus condiciones especiales de utilización y de seguridad: su construcción debe contar con áreas de habitación y residencia, sectores administrativos, técnicos e incluso industriales, y todos ellos deben tener una ordenada relación interna; aunque existe una diversa tipología en cuanto a su tamaño, forma y servicios.

Los hospitales son, además, espacios sociológicos, tal cual menciona González (2004), en tanto que están constituidos con roles sociales organizados y con una estructura jerarquizada mediante la cual se establece el control del espacio. El autor señala que los roles o funciones implican una dimensión horizontal y se dividen en tres sectores: médico, asistencial y administrativo; el médico tiene la función del diagnóstico y terapia, y está especializado en la mayoría de sus funciones; el asistencial abarca la relación con el paciente en cuanto a su nutrición, aseo, estimulación, protección, movilización, comunicación, atención emocional y protección social; y el administrativo se rige por el uso óptimo de los recursos en general y la organización.

Pero la estructura organizada implica una dimensión vertical, relacionada con el eje de autoridad y poder de la institución, y se divide también en tres estratos: el superior formado por la dirección médica, el personal asistencial directivo y los vértices administrativos; uno medio, formado por los jefes de sección, jefaturas de enfermería y el personal de los sectores

funcionales transversales; y uno inferior constituido por el personal asistencial, burocrático y de servicio. Sin embargo, la característica más importante de la estructura vertical está relacionada con la presencia de múltiples jerarquías de autoridad, una al lado de la otra, que se entrecruzan y se delimitan recíprocamente; a parte de las jerarquías administrativa, médica, asistencial y de servicios se encuentran los poderes sindicales y los grupos de presión (de sección, profesionales, de amistad, etc.) (González, 2004). Tanto los sectores como la estructura se apreciarán más adelante en la configuración del hospital de Las Culturas.

Además, los hospitales son espacios de memoria colectiva, donde viven anécdotas personales e interpersonales de quienes han llevado a cabo algún papel dentro del hospital: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, administrativos, personal de cocina, de intendencia, de seguridad, etc., que presentan el fluir cotidiano del Hospital (González, 2004).

Los hospitales son espacios asistenciales de la práctica biomédica, que como menciona González (2004) no solo representan un lugar físico, un edificio asistencial, sino un espacio de relaciones, estructuras de poder, roles e instituciones; pertenecen a un sistema de salud, y como tal, se relacionan con otras instancias que conforman dicho sistema. Históricamente los hospitales fueron recinto de misericordia, de aislamiento, de producción de ciencia y actualmente recintos del sistema sanitario (González, 2004), por lo que el funcionamiento del Espacio hospitalario está condicionado por el sistema nacional y estatal de salud en el que se encuentre inmerso.

Por tanto, los pacientes interactúan simbólicamente con todo el Espacio hospitalario, con sus espacios físicos, sociológicos y colectivos, lo que se plasma, en este estudio, como procesos.

## **4.2 Acercamiento al Espacio Hospitalario**

Para comprender cuáles son los procesos que se analizaron en el Espacio hospitalario que representa el hospital de Las Culturas, se comienza por relatar cuál fue el camino para llevar a cabo entrevistas y observaciones en el hospital:

El trabajo de campo en el hospital se comenzó a partir de marzo de 2020, se hicieron las primeras observaciones al exterior del hospital (ver anexo 2 fotografía 1) y se tuvo un

acercamiento con la médica encargada del área de Calidad para plantearle la intención de realizar el trabajo de campo, ya que ella era un contacto conocido y se consideraba que su área se encargaba de la política de interculturalidad en salud; sin embargo, por la contingencia de COVID-19 se suspendió el trabajo de campo, retomándose hasta el mes de septiembre del mismo año.

El 17 de septiembre se contactó de nuevo con la médica encargada del área de Calidad, quién fue el enlace para ingresar y realizar entrevistas y observaciones al hospital; concedió la primera entrevista con ella acerca de la labor del departamento de Calidad, la cual está relacionada con la seguridad y trato del paciente, pero no involucra el tema de interculturalidad en salud. Refirió que en el hospital quién se encarga del programa de interculturalidad es el departamento de Enseñanza e investigación, específicamente la coordinación de investigación, a cargo de una socióloga, con la que se obtuvo una pequeña entrevista ese mismo día, sin embargo, la coordinadora solicitó seguir un protocolo para realizar la investigación: el primer paso era llevar un oficio firmado por la coordinación del Doctorado en Estudios Regionales, dirigido al director del hospital para que él otorgará la autorización, posteriormente entregar a la coordinadora de investigación un protocolo de investigación con un formato que el hospital tiene registrado, y una vez autorizado el protocolo por el comité de investigación del mismo hospital<sup>35</sup> se podría comenzar a realizar las entrevistas y observaciones al personal y pacientes.

Con fecha de 21 de septiembre se llevó el oficio dirigido al director del hospital, en compañía de la encargada de Calidad, pero como no se encontraba él, fue recibido con visto bueno por el subdirector del hospital, quien derivó con la coordinadora de investigación el seguimiento para comenzar la investigación, con la que cual ya se había tenido contacto. Se envió el protocolo de investigación que había solicitado y pidió que esperara la respuesta del Comité para poder comenzar, que ella enviaría la respuesta vía correo electrónico.

Después de dos meses de espera, comentó que el protocolo de investigación tenía que ser realizado en un formato específico que tiene el hospital, pero que se le había olvidado proporcionar desde el inicio. Dos días después se envió el protocolo de investigación con el

---

<sup>35</sup> Dicho comité está integrado por personal interno y externo (maestros y doctores de centros académicos e investigación) del hospital, que tienen que validar cualquier propuesta de investigación.

formato especificado<sup>36</sup>, y pidió un tiempo de espera de nuevo para enviarle al comité de investigación.

Después de tres semanas, dijo que ya tenía observaciones hechas por el comité, que las enviaría, y agendo una cita, para platicarlo, para una semana después. Pero durante esos días no se recibieron las observaciones, llegó el día de la cita y por la mañana envió un mensaje para especificar que no era necesario asistir al hospital, que había mandado las observaciones por correo electrónico. El dictamen del comité fue: *Condicionado*. Sin embargo, las observaciones que realizaron fueron del primer protocolo enviado en el mes de septiembre, y pedían incluir elementos que ya se encontraban en el segundo protocolo enviado; las observaciones contenían algunos aspectos teórico-metodológicos y de referencias bibliográficas que hicieron falta en el segundo protocolo, por lo que se realizaron las adecuaciones correspondientes y al día siguiente, que fue 3 de diciembre, se enviaron las correcciones.

Se recalcó a la coordinadora de investigación que habían hecho observaciones del primer protocolo y no del segundo que fue enviado con el formato especificado por el hospital, agradeciendo de antemano que le diera seguimiento a la última versión enviada.

El día 10 de diciembre, por fin, se recibió la notificación de que el protocolo había sido autorizado por el comité de investigación. El día 11, la coordinadora hizo entrega de un gafete con vigencia de diciembre de 2020 a enero de 2021, para tener acceso al hospital y así comenzar el trabajo de campo el lunes 14 de diciembre, cabe mencionar que, comentó que si era necesario un tiempo más prolongado se extendería la vigencia.

El proceso para ingresar al hospital a realizar la investigación se fue posponiendo primero por la contingencia mundial de COVID-19, y posteriormente, como se puede apreciar, por protocolos institucionales que extendieron el tiempo para poder realizarlo, lo cual ya muestra los procesos político-burocráticos muchas veces también los usuarios tienen que seguir. Pero al final, de tanto persistir, se logró el acceso durante casi dos meses.

---

<sup>36</sup> El protocolo de investigación incluía aspectos teórico-metodológicos, problema de investigación, pregunta y objetivos de investigación, justificación, criterios éticos para investigación en salud, carta de consentimiento informado y referencias bibliográficas.

Del 14 de diciembre de 2020 al 30 de enero de 2021 se realizaron observaciones y diversas entrevistas con el personal del hospital, así como con seis pacientes hospitalizados<sup>37</sup> (*ver anexo 1*). Las entrevistas con el personal del hospital de las Culturas se realizaron con el siguiente personal:

- Jefe del servicio de nutrición y dietética: nutriólogo
- Auxiliar de cocina: Lic. en Gastronomía
- Jefa del servicio de Trabajo social: trabajadora social
- Jefa del servicio de salud mental: psicóloga
- Jefe del servicio de transfusión sanguínea: químico
- Médica del servicio de Urgencias de adultos: especialista en urgencióloga
- Jefe del servicio de consulta externa: médico general
- Químico operativo de laboratorio: químico
- Jefa del servicio de laboratorio: química
- Jefa del área de archivo: administradora de empresas
- Asistente del área administrativa
- Pasante de enfermería: estudiante de enfermería de CECYTE Chiapas<sup>38</sup>
- Enfermera del área de hospitalización de medicina interna
- Enfermera del área de hospitalización de Cirugía
- Enfermera del área de hospitalización de traumatología
- Enfermera del área de hospitalización de pediatría
- Enfermero del área de urgencias
- Encargada de Almacén
- Encargada de Farmacia
- Enfermera del área de Inhaloterapia
- Asistente de dirección del turno vespertino y a su vez médico del área de urgencias: médico general

---

<sup>37</sup> Se pretendía entrevistar también a pacientes de consulta externa, pero se suspendieron las consultas externas desde el mes de marzo en que había comenzado la contingencia por la pandemia de COVID-19, solamente se recibían con cita a los pacientes de VIH los fines de semana y pacientes para estudios de Colposcopia, de lunes a viernes.

<sup>38</sup> Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Chiapas.



- Jefe del servicio de Enseñanza e investigación: médico general
- Jefa del área de Planeación y Desarrollo
- Médica especialista de pediatría: pediatra
- Encargado de gestoría de Calidad de fin de semana: Ing. en alimentos y estudiante de medicina
- Coordinadora del área de médicos internos: médica general
- Médico del servicio de Terapia intensiva: médico especialista en Medicina del enfermo en estado crítico
- Médico del área de hospitalización de Medicina interna: médico general
- Médica Interna del servicio de Cirugía: estudiante de medicina de la Universidad el Sureste
- Médica interna del servicio de Cirugía: estudiante de medicina de la Universidad Salazar
- Jefa del área de limpieza
- Personal de limpieza: tres mujeres
- Personal de área de vigilancia de cámaras de seguridad
- Supervisor del área de Vigilancia
- Encargada del área de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI)
- Médica del servicio de anestesiología: anestesióloga y acupunturista
- Analista estadístico: actuario y acupunturista

### **4.3 Estructura y Organización del Hospital de Las Culturas**

EL Hospital General de las Culturas fue inaugurado en el año 2010, anteriormente se llamaba Hospital Regional y otorgaba servicios de segundo nivel en diversas especialidades, pero se ampliaron y quedaron dos hospitales, uno exclusivo para la atención a la mujer, que se denomina Hospital de la Mujer, el cual quedó en las instalaciones que ocupaba el hospital Regional, y las demás especialidades se pasaron a la nueva infraestructura hospitalaria. De acuerdo a información del personal de las Culturas, la gestión para ampliar el hospital se llevó a cabo por tres personas: Hugo Robles (locutor de radio de San Cristóbal), Guadalupe Bios (dueña de una farmacia Local de San Cristóbal llamada “Bios”) y Mariano Díaz (Ex presidente municipal de San Cristóbal). Aunque no proporcionaron más información al respecto, es importante aclarar que son tres personas públicas de la ciudad en los ámbitos:

radiofónico, empresarial y político, respectivamente; un dato importante de analizar, porque los intereses político-económicos atraviesan las esferas de la atención a la salud. Sin embargo, se hubiese necesitado profundizar en estos acontecimientos para tener una reflexión crítica; solo se hace mención que al mismo tiempo que se instaló el Hospital de las Culturas, se abrió, por supuesto, una farmacia *Bios* enfrente.

### 4.3.1 Organigrama y funciones actuales

El hospital está organizado jerárquicamente en los siguientes sectores:

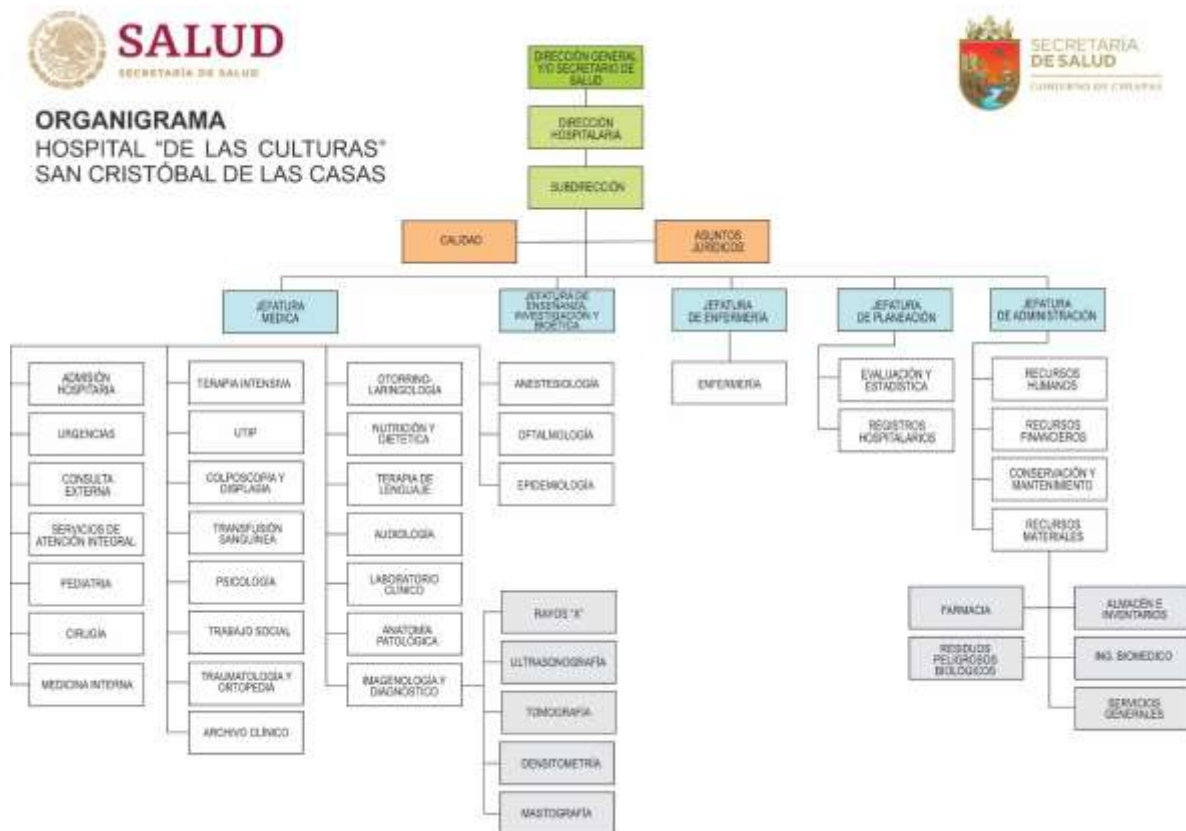


Fig. 2 Organigrama del Hospital de Las Culturas

Fuente: Organigrama proporcionado por la jefa de Planeación y Desarrollo en enero de 2021.

Aunque todavía no está expuesto públicamente, este es el organigrama con el que funciona actualmente el hospital, ya que se modificó el anterior hace algún tiempo por cambios de operación.

La estructura organizativa y las funciones de cada área del hospital de Las Culturas, corresponde al que describe González (2012): el nivel superior está formado por la dirección y subdirección hospitalaria y el personal asistencial directivo (Calidad y Jurídico); el nivel medio formado por los jefes de sección, jefaturas de enfermería, los vértices administrativos y personal de los sectores funcionales transversales; y el nivel organizativo inferior está constituido por personal asistencial, burocrático y de servicio. En la sala de espera de consultas externas está pegado un directorio con los nombres y puestos superiores (*ver anexo 2 fotografía 9*). Las funciones de cada área para el funcionamiento general del hospital se dividen en acciones administrativas, asistenciales y de atención médica:

a) Las actividades administrativas lo realizan el mando superior, los jefes de cada sección y servicio médico, los vértices administrativos y los sectores funcionales transversales como: farmacia, almacén, residuos peligrosos, entre otros.

b) Las acciones asistenciales están a cargo de enfermería, el área médica (trabajo social, psicología, transfusión sanguínea, laboratorio, etc.), el servicio de limpieza y el de vigilancia.

c) Las acciones médicas están a cargo de médicos (as) generales, médicos (as) especialistas y médicos (as) internos.

Entre las acciones administrativas se encuentran: realizar censos de los pacientes, llenar formatos para ingreso, alta o traslados, referencias, contrarreferencias, gestión de apoyo económico, pases a consulta externa (aunque por la contingencia del Coronavirus no las están dando,) llenado de expedientes, órdenes para estudios, actas de defunción, pagos, incapacidades, y muchas otras más relacionadas con trámites burocráticos.

Entre las acciones asistenciales están: aplicación de medicamentos, aseo del paciente, curaciones, alimentación, atención psicológica, dietética, trabajo social, limpieza en cada una de las áreas del hospital, vigilancia de las entradas y salidas, apoyo en los elevadores, recoger y almacenar residuos peligrosos, entre otros que corresponden a la asistencia de los pacientes.

Entre las acciones de atención médica: consultas médicas externas y en los servicios de hospitalización, en urgencias, cirugías e interconsultas (cuando un paciente hospitalizado recibe la atención de varios profesionales, porque los médicos especialistas lo requieren, como nutriólogos, psicólogos o trabajadores sociales).

En las acciones asistenciales y médicas los que están en contacto la mayor parte del tiempo con los pacientes son los médicos generales, el personal de enfermería y los médicos

internos, principalmente en urgencias y hospitalización, ya que el horario en el caso de los internos con turnos de 24 por 24 horas, y por sus funciones laborales en el caso del servicio de enfermería. La lógica de jerarquía vertical en el organigrama les confiere a los médicos especialistas estar en consultas externas y en el área de hospitalización solo en horario de pase de visita y en alguna urgencia, generalmente pueden ausentarse durante su turno correspondiente. En el área de urgencias pasa lo mismo, ya que los médicos especialistas son el último eslabón por el que pasan los pacientes; cuando las personas asisten al área son atendidos por los médicos internos, generales y enfermería, que son los que se encuentran siempre, y si el caso lo amerita los revisan los médicos urgenciólogos.

Tomando en cuenta que los hospitales pertenecen al segundo nivel de atención a la salud, es incongruente que los especialistas no se encuentren ocupando sus turnos correspondientes.

Las áreas de limpieza, vigilancia, almacén, inhaloterapia, RPBI y los medicamentos y material médico, son de empresas subrogadas con convenios con la Secretaría de Salud a nivel estatal.

#### **4.4 Procesos del Espacio hospitalario**

La intención de especificar la estructura organizacional y las funciones dentro del hospital, versa alrededor de visibilizar el lugar y su organización; sin embargo, el objetivo es analizarlo como un espacio social donde emergen diversos procesos con los que se relacionan los pacientes agentes: procesos relacionales (actitudes de servicio, relaciones entre compañeros) , personales (decisión de trabajar en salud, cambios laborales) políticos y económicos (política de alimentos, programa de interculturalidad, trámites burocráticos y convenios con empresas, relaciones interinstitucionales, contratos laborales, cambios por pandemia de Covid-19) y culturales (concepto de enfermedad y padecimiento, barreras en el idioma, visiones de la cultura del paciente). Además, mostrar que este espacio institucional de salud es un contexto biomédico que demanda normas de comportamiento y obligaciones hacia los pacientes ante la enfermedad.

Para comprender lo anterior, se proponen los tres conceptos de enfermedad desde la antropología médica que fueron conceptualizados en el capítulo uno como *disease*, *illness* y

*sickness*. La definición médica de la enfermedad se enfoca principalmente en los procesos patológicos por causas disfuncionales biológicas y/o mentales, es decir, la perspectiva de *disease*, para los pacientes se vive como una experiencia muy personal a nivel de emociones y sentimientos, que corresponde a *illness (el padecer)*; sin embargo, dentro del espacio hospitalario se visibiliza además de *disease*, la perspectiva de *sickness* que se refiere al papel social que tiene la enfermedad, es decir, el paciente adquiere el rol del enfermo con obligaciones y derechos, que son establecidos por su contexto inmediato como su familia, y por un sistema sociocultural más amplio donde se desenvuelve.

El Espacio hospitalario espera que el paciente en su rol de enfermo, cumpla con todas las normas biomédicas para tratar o curar su padecimiento, y, además, con todas las normas organizacionales administrativas y burocráticas que toda institución de salud plantea. Pero los pacientes no solo interactúan con una institución de salud, sino con toda una cultura organizacional que posee procesos relacionales, personales, políticos, económicos y culturales; de los cuales se da cuenta a continuación.

#### **4.4.1 Procesos relacionales**

##### **4.4.1.1 Actitudes de servicio**

El personal de acciones asistenciales y médicas especifica que dentro de las carreras de los médicos, enfermeros, nutriólogos, psicólogos y trabajadores sociales les enseñan a darles una atención “humana” a las personas, y que además reciben capacitaciones por parte del área de Calidad para generar una actitud ética. Sin embargo, el trato directo que se tuvo con todos los entrevistados y la observación realizada de la actitud frente a los pacientes, da cuenta de que no es una postura generalizada.

Se realizaron las entrevistas en su ambiente cotidiano de trabajo (cuando atienden a las personas) con duración de entre 10 minutos y dos horas. Más de la mitad de las personas de este sector entrevistadas mostraron una actitud amable y de colaboración. Quienes mostraron desde el principio una disposición amplia y actitud de ayuda fueron: el médico general de urgencias que es a su vez asistente de dirección del turno vespertino, el supervisor de vigilancia, el analista estadístico que es acupunturista, las médicas internas, el personal del área de Calidad, una anesestesióloga que a su vez es acupunturista y la encargada de RPBI.

Cabe resaltar que todos aseveraron que el asistente de dirección siempre es “muy amable” “muy lindo” “muy ético” “dispuesto siempre”, lo que refuerza que su actitud de servicio es tal cual la misma ante situaciones diversas, por tanto, se infiere que también lo será con los pacientes. Algunos entrevistados mostraron inicialmente poca disposición, pero al final hasta risas, agradecimiento y charla amena y en otros casos la postura poco amable duró toda la entrevista, por lo que podemos suponer que es el mismo trato que dan a las personas que atienden.

#### **4.4.1.2 Relacionales entre compañeros y compañeras**

Las relaciones entre compañeros de trabajo versan alrededor de diversas dinámicas, no se dan solamente por cuestiones laborales, o al ser de la misma área, o porque tienen que establecer relaciones interdepartamentales o de interconsulta, sino también, por empatía y amistad, incluso, por los espacios que ocupan dentro del edificio (por trabajar en el piso de arriba o abajo).

Comenta la encargada de un departamento, que el hospital al dividirse en dos pisos, el piso de arriba es considerado como de mayor nivel, porque está el área de gobierno y hospitalización, y abajo las oficinas operativas como RPBI, almacén, limpieza, vigilancia y cocinas. Así como a los empleados que son adscritos al hospital (empleados de base) a diferencia de los no adscritos, y principalmente al personal de intendencia:

Es muy marcado el ambiente del hospital: si es adscrito, sube de nivel; se lleva con el jefe, sube de nivel. A las de limpieza les piden: -ve a la tienda a comprar tal cosa- y dicen: -es que me lo dijo la enfermera, me lo dijo fulanito-; ¡pues no!, es como si a nosotros nos pidieran hacer cosas que no van dentro de nuestro contrato, pero como son parte de la limpieza, ven que está bien [...] Limpieza ahí que lo recojan [...] ellos están contratados aquí y tienen la misma importancia que un médico, que el director, que un administrativo, sus funciones son diferentes, el detalle es que los ponen a hacer de todo, aunque no es lo que les corresponde [...] la norma dice: -quién genera, clasifica; quién hizo una mala clasificación pues reclasifica- pero no el compañero de limpieza. Si fue enfermería o los médicos ellos tienen que acomodar su desorden, pero no es así (encargada de departamento, enero 2021)

Se observó que las relaciones dentro y entre algunas áreas es buena, cordial y de amistad, algunas personas refieren conocerse desde hace muchos años y haber realizado proyectos

juntas dentro del hospital, pero efectivamente, son las que están vinculadas en el mismo nivel jerárquico. A su vez, la mayoría de los entrevistados refirieron que los que están a cargo de la actual administración muestran una actitud de apertura y no tan autoritaria:

Pero hasta esa forma de no ser hostigante, hace que funcione bien [...] no es como estén supervisando todo el tiempo, sino diríamos pues que lo hagan ellos, si hay un detalle se acercan, si no no [...] en general no son hartantes, no son hostigantes y por eso la gente tiene mucha disposición (personal RPBI, enero 2020)

En cambio, en otras áreas la relación es nula e interfiere en las decisiones que cada turno toma, lo cual menciona un químico del laboratorio:

Las muestras que toman a los pacientes no son consideradas confiables por los médicos del turno de fin de semana y piden a los de laboratorio de ese turno que vuelvan a tomarlas (químico de laboratorio, diciembre 2020).

En medicina interna no tomamos muestras, es un acuerdo interno, porque nos pedían diario un promedio de 17 muestras diarias, cuando les dijimos que ellos tenían que tomar la muestra redujeron a 2 diarias, nosotros debemos tener un control de reactivos, y a veces hay desabasto (químico de laboratorio, diciembre 2020)

Es innegable que esto se refleja en el paciente, ya que tienen que volver a tomar las mismas muestras (esto implica picarlo de nuevo). Además de que se utilizan más reactivos y redunda posteriormente en la falta de material.

En el área médica, las médicas internas entrevistadas refieren que tienen buenas relaciones con los médicos especialistas, consideran que hay quienes son “buenas personas” y otros son “muy estrictos y tajantes”, en general dicen que les enseñan bien, decidieron hacer su internado en este hospital porque es un lugar en el que consideran que se aprende más, como aquí no se encuentran residentes (los que estudian una especialidad), les toca a ellos como internos realizar muchas acciones, si hubiesen dicen que no les dejarían realizar muchas cosas porque les darían prioridad a los residentes.

Por otro lado, la pandemia de COVID-19 desencadenó dinámicas diferentes en la aceptación de otros servicios frente los servicios médicos, como el psicológico:

Ahora que empezamos con la pandemia se empezó a implementar un programa de intervención en crisis, se empezó a sensibilizar al personal [...] Ahorita los médicos dieron un cambio que me da mucho gusto a mí,

porque al estar enfrente de esto me había topado con bastante renuencia: -¿para qué vienen los psicólogos?, no es necesario-; o en el caso de algún paciente que se torna en cuestión legal, pues tienen que cubrir todos los puntos y ahí si nos piden lo psicológico, es hasta ese momento cuando acudían a nosotros : -pues que vengan los psicólogos- pero hasta con ese tono de que ya qué, solo porque nos están pidiendo el dictamen psicológico; pero ahora ya no, ahora es que vengan, porque ya no podemos solos, me toco una vez solita y el cirujano me llamó, y dijo : -necesito que entre a la cirugía conmigo para que pueda tranquilizar a la paciente-, entonces, sí fue un cambio tremendo. O en las demás áreas no piden que demos nuestra opinión [...] y también los compañeros empezaron a venir con nosotros (psicóloga, diciembre 2020)

Lo presentado en este apartado son algunos ejemplos de la manera en que se relacionan como personal de trabajo dentro del hospital, son dinámicas interpersonales que influyen en el servicio que les brindan a los pacientes.

#### **4.4.2 Procesos personales**

##### **4.4.2.1 Decisión de trabajar en el ámbito de salud:**

Muchas de las personas que trabajan dentro del hospital decidieron dedicarse a trabajar en el ámbito de salud porque sus padres o sus abuelos fueron médicos o porque es un área en la que se engloba el apoyo a las personas: “ mi papá es médico y crecí en ese ámbito”, “mi abuela fue doctora y decidí estudiar algo referente a ello, por eso estudie nutrición”, “me complace ayudar a la gente”, “principalmente a lidiar con su dolor”, “servir a los demás, ayudar moralmente”, “es un don que tenemos que alguien esté en tus manos”, “es desgastante, pero hay gratitud de los pacientes”. Uno de los médicos fue el que clarificó que fue por el aspecto económico: “estudie medicina porque es una profesión segura económicamente”.

Pese a que mayoritariamente el personal médico y asistencial entrevistado aborda su interés por los aspectos anteriores, un empleado del área administrativa relató que, en su experiencia laboral en el hospital de la Mujer, desató el interés por estudiar medicina:

En una ocasión no querían recibir a un bebé porque no se encontraba la pediatra en turno, y salté los protocolos, y comencé a arreglar el espacio para atenderlo, y lo admití, las enfermeras me regañaron y después me mando a llamar la jefa de enfermeras para explicarme que no podía saltarme los protocolos, porque se corren riesgos, pero en lo que llegaba la pediatra fue recibido, aunque el bebé ya estaba muy mal desde que llegó y finalmente



falleció [...] en otra ocasión un bebé falleció por negligencia, alguien hizo mal la intubación orotraqueal y me echaron la culpa, pero yo llevaba mi propia bitácora y no me tocó hacerlo, fue muy dolorosa la experiencia [...] no sólo les enseñaba a lactar a las mamás, y todo el proceso de ablactación, les regalaba ropita que le pedía a mi mamá que hiciera, en una ocasión llegó una mamá después de 6 meses a regalarme una caja de galletas para agradecerme lo que le había enseñado, y ya trabajando aquí me encontré a una mama que su bebé había nacido mal y reconoció y me dijo que me había ido a buscar para agradecerme pero ya no me encontró porque me vine a trabajar aquí, y sacó de su bolsa una pulsera que ella misma elaboraba también por agradecimiento [...] después de pasar por muchas experiencias con las personas decidí estudiar medicina (personal administrativo, enero 2021)

Estas diversas experiencias le hicieron decidirse por estudiar medicina como segunda carrera profesional (su primera carrera profesional es de ingeniería en alimentos, actualmente es estudiante de medicina en la BUAP<sup>39</sup> en escolarizado y trabaja en el turno de fin de semana en un área administrativa).

La vocación, el interés económico, las historias familiares o las experiencias laborales (como en el caso del ing. en alimentos) se encuentra presentes en el momento de relacionarse con los pacientes, porque es parte de la historia de vida de cada persona que trabaja en una institución de salud, aspectos de su contexto sociocultural que llevan consigo al socializar en ese espacio.

#### **4.4.2.2 Cambios laborales**

El personal del hospital decide por circunstancias personales, cambiar de lugar de trabajo o de sección, de esta manera se dan renunciaciones, cambios de código o de puestos:

Llegó a estar una doctora que trataba a los pacientes hematológicos pero luego renunció y ya nos quedamos sin ese servicio [...] teníamos una psiquiatra también que ya después se fue a Tuxtla Gutiérrez porque cambio de código y se lo dieron, y quedó como especialista allá; nos quedamos de momento sin ese servicio muy demandado por cierto, y esos pacientes han sido canalizados para que los vean a Tuxtla Gutiérrez [...] ya vio usted con los estados de ansiedad que se generan en los pacientes cuando están enfermos [...]. Otra especialidad que es fundamental es Oftalmología, contábamos con dos oftalmólogos, actualmente nada más tenemos uno, porque falleció una doctora, y lo triste es que no hay oftalmólogos; se nos ofreció el apoyo de Tuxtla Gutiérrez para contratar un oftalmólogo, estuve viendo aquí y allá, por parte de los directivos y nunca se concretó [...] la necesidad está allí, es apremiante, es un servicio muy demandante, el médico oftalmólogo está super saturado;

---

<sup>39</sup> Benemérita Universidad de Puebla

esto es un problema real, y aunque tenemos el apoyo de parte de las autoridades, no hay quien venga para acá [...] muchos prefieren atender su agenda particular [...] hace como tres años ante la necesidad habíamos conseguido una doctora y estaba trabajando muy bien, pero con la apertura de los hospitales de especialidad en Tuxtla y como venía de Tuxtla, pues decidió quedarse allá, ven su comodidad, sus necesidades, piden su cambio y se les autoriza y quedamos desprotegidos nosotros por acá (médico de consulta externa, diciembre 2020)

Como se puede apreciar los cambios laborales pueden hacer que se prescindiera de algún especialista o servicio necesario para la población, y esto puede generar gastos por traslados a otros hospitales, o por buscar al especialista de manera particular; como se podrá apreciar en las narrativas del padecimiento/enfermedad.

#### **4.4.3 Procesos políticos y económicos**

##### **4.4.3.1 Determinaciones jerárquicas**

El hospital se rige bajo las órdenes de SSA estatal, que a su vez se rige por SSA federal, ambas están supeditadas a determinaciones gubernamentales en turno. Estas determinaciones rigen el curso del presupuesto asignado, de la infraestructura, de los recursos materiales y humanos, de los servicios médicos que brinda el hospital, del número de especialidades, de los convenios con empresas subrogadas y distribuidoras de medicamentos y material médico. Si bien, existen normas oficiales de salud para guiar los procedimientos, que también fueron determinadas por el Estado, las anteriores circunstancias dirigen la vida cotidiana del hospital. Y se convierten en procesos del Espacio hospitalario, no solamente del lugar, que permean los servicios hacia los pacientes, por tanto, estos se relacionan simbólicamente con todo ello.

Uno de los médicos encargados de un área refiere que cuando se gestionó el hospital estaban planeadas 120 camas, pero quedaron sólo 60 camas censables, dato que se puede corroborar en la inauguración del hospital por el presidente Felipe Calderón; el médico comenta que las demás camas se llevaron al Hospital General de Comitán, Chiapas.

Al ser un hospital que debe atender a una población de 705,738<sup>40</sup> actualmente, el número de camas no es suficiente, lo cual refirieron muchos empleados en las entrevistas,

---

<sup>40</sup> Dato proporcionado por la encargada de planeación de desarrollo, especifica que este es el dato real, aunque en las proyecciones de INEGI aparezca 479,000 aprox.

hay ocasiones que la demanda de atención hospitalaria es alta y tienen que hacer uso de otras camas que no pertenecen al servicio médico que corresponde al paciente. Generalmente el servicio de hospitalización que tiene disponible más camas es traumatología a diferencia del servicio de medicina interna que es el más demandado, ya que al no existir algunas especialidades los derivan con los especialistas en medicina interna porque abarca padecimientos en estados críticos, según información de una enfermera del servicio de hospitalización de medicina interna reciben a: pacientes diabéticos, hipertensos, con enfermedades renales, traumatismo craneoencefálico, puérperas, con sangrado digestivo, deficiencias respiratorias, VIH, hematológicos, con neuro infecciones, los que necesitan traqueostomía e insuficiencias cardíacas, incluso cuando un paciente adulto del servicio de cirugía se recupera de ésta, lo envían a medicina interna para seguir su tratamiento hospitalizado. Es el servicio de hospitalización más saturado.

Otra enfermera refirió que anteriormente contaban con un gastroenterólogo, y realizaba estudios especializados, pero el aparato se descompuso y ya no proporcionan el servicio desde hace 5 años, considera que cuando realizaron el proyecto del hospital de Las culturas no tomaron en cuenta muchos de los servicios médicos necesarios.

Otro ejemplo, es la decisión administrativa que refiere un médico intensivista<sup>41</sup>, con la cual él no está de acuerdo, se trata de la política de atención en terapia intensiva para adultos a las puérperas de 16 años de edad, él y otros intensivistas refiere que por la edad es una paciente pediátrica, aunque ya sea madre, la tratan como adulta y niña al mismo tiempo; no han llegado a un acuerdo común con los directivos, las posturas están divididas, pero al final la decisión administrativa pesa más que la decisión médica.

La SSA estatal es la que deriva a los estudiantes que harán internado en el Hospital, de acuerdo a la coordinadora de médicos internos y pasantes no es el personal del hospital quien tiene esas decisiones, no se involucra el hospital en el proceso de ingreso de médicos internos; y comenta que reciben estudiantes de: la Universidad del Sur (UDS), Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), Universidad Pablo Guardado Chávez (UPGCH), el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Universidad Salazar (IESCH) y de la Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH). Todas, son universidades de Chiapas.

---

<sup>41</sup> Especialista en terapia intensiva.

En las entrevistas el área de Investigación y enseñanza, y de Trabajo social, consideran que hay estudiantes que cuentan con más conocimientos médicos (recalcan que es lo que más interesa), y que los que cuentan con esos conocimientos médicos son generalmente los estudiantes de la UNACH y la UPGCH, y los que demuestran menos conocimientos son los de la UNICH y de la UDS, aunque, mencionan que depende también de cada médico interno.

Si bien la estancia de los médicos internos en el hospital, es un acuerdo entre las universidades y SSA estatal, existen juicios predeterminados sobre que estudiantes desean recibir. Incluso una trabajadora social comentó que su hijo era estudiante de la UNICH y que le pidió que se saliera de esa universidad porque no le convenía, además refirió que no le serviría de nada ver temas referentes a antropología o cultura, que eran más importantes los conocimientos médicos.

Como parte de las decisiones políticas, se encuentran los lineamientos en la política intercultural en salud, se enuncia el reconocimiento de las medicinas denominadas alternativas y complementarias, como la Acupuntura. Una experiencia que muestra que existen limitantes para operar estas terapéuticas en el sistema de salud oficial, se dio dentro del Hospital de Las Culturas. En el año 2010 una médica anestesióloga organizó un diplomado de acupuntura dentro del hospital, en el que participaron 10 personas trabajadoras de allí y del Hospital de la mujer, y comenzaron a realizar prácticas con pacientes hospitalizados y de consulta externa. La médica refiere que el director en turno apoyó este proyecto, pero hubo disputas con otras áreas, y cuando se solicitó un área para la atención al dolor en donde el requisito era incluir a personal del hospital especialista en acupuntura, la SSA no le dio seguimiento, pese a que comprobaron que si contaban con esta especialista.

#### **4.4.3.2 Política de alimentos**

Las dietas a los pacientes que se encuentran hospitalizados están determinadas por una racionalidad médica, son los nutriólogos los encargados de definir las dietas en base a las recomendaciones de los médicos.

En el hospital determinaron que se les otorgue alimentos a los familiares de los pacientes que son de bajos recursos, cuando llevan desayuno, comida y cena al paciente

también le dan al familiar que los está cuidando. Cuando se estuvo en una entrevista con una paciente se observó que si lo hacen.

#### **4.4.3.3 Política de interculturalidad en salud**

La interculturalidad en salud dentro del Hospital de las Culturas no es un programa especial, se maneja como un tema obligatorio en el que el personal tiene que estar capacitado. El área de Enseñanza e investigación tiene la función de organizar las capacitaciones al personal del hospital de acuerdo a las diferentes profesiones y tareas en los servicios, en el mes de octubre envían a cada jefe de servicio un oficio para que les digan en qué temas necesitan capacitar al personal correspondiente, y anualmente el coordinador de educación del área de enseñanza sube el programa a la plataforma federal. Además, existen cuatro rubros obligatorios que les solicita el sistema federal: Derechos humanos, Interculturalidad, Violencia de género y Ética; los cuales tienen que ser impartidos una o dos veces al año, y para los médicos que comienzan su internado les dan en una semana de inducción.

Es la coordinadora de investigación la que se encarga de organizar las capacitaciones, es por ello, que es la comisionada de interculturalidad. Así es como se implementa la política de interculturalidad en salud, solamente con una o dos capacitaciones al año, y no se otorga a todo el personal, y no se da un seguimiento. Es más, un proceso burocrático que deben cumplir como institución de salud para obtener puntajes para las acreditaciones institucionales que exige SSA. Comentaron que es un requisito recibir cursos de interculturalidad para ser un hospital acreditado, eso significa cubrir las cédulas a nivel federal, para que les proporcionen presupuesto, la última acreditación fue en 2019.

De acuerdo a la coordinadora de médicos internos y pasantes, las capacitaciones que se dan son de acuerdo a las acreditaciones hospitalarias: “el hospital está acreditado porque cumple con los requisitos de infraestructura, materiales, recursos humanos y normatividad” (coordinadora de médicos internos y pasantes, enero 2021).

Referente al tema de interculturalidad en salud, la mayoría del personal entrevistado refiere haber escuchado hablar algo y/o recibir cursos de capacitación; otros, dicen que nunca han recibido información, ni ninguna capacitación por parte del hospital. El personal de

limpieza, por ejemplo, refiere que reciben capacitaciones de RPBI y limpieza, pero nunca de interculturalidad.

Los que han recibido cursos de interculturalidad, es porque una o dos veces al año les mandan una invitación por parte del jefe de servicio, y los temas más comentados fueron: “la dieta de la milpa”, “el respeto por el paciente”, “para entender a la gente”, “respetar su cultura” “respetar sus creencias, a sus usos y costumbres”. En otras entrevistas se hacían referencia a la interculturalidad, con capacitaciones sobre acciones esenciales para la seguridad del paciente y trato digno, aspectos que se abordan en las capacitaciones de ética, según mencionó el encargado de dar estos temas en el área de Calidad.

Se puede apreciar que el personal tiene referentes propios de la “cultura” del paciente, pero más bien, hacen referencia a una forma instituida de la cultura médica con respecto a la zona Altos Tsotsil-Tseltal, no se centran en la comprensión de los contenidos sobre interculturalidad, sino lo que dicen conocer de la población.

El nutriólogo, mencionó que la dieta de la milpa es un tema de interculturalidad, aunque no la explicó; en lugar de ello mencionó que hay verduras o frutas que algunos pacientes no pueden consumir, por la cantidad de azúcar, en pacientes diabéticos, por ejemplo, y les comentan que lo eviten. Menciono que cuando el paciente es dado de alta les recomiendan alimentos relacionados con lo que pueden encontrar en la región, que conoce las frutas de la región (aunque no menciono cuáles son), que hay una mala idea de que los nutriólogos solo recetaran kiwis o fresas, y lo que hacen es considerar las frutas y verduras que tienen a su alcance los pacientes. Sin embargo, enfatizó en que les recomiendan no consumir refrescos embotellados, frituras, pasteles y pastelitos que venden las empresas, porque actualmente ya se convirtieron en elementos de sus rituales:

ahora hasta en sus rituales consumen los refrescos embotellados, yo sabía que antes utilizaban el posh, porque no se les daba ganar de eructar o sacar un gas y es como sacar lo malo que tienen dentro, y el refresco te provoca muchos gases, y creo que empiezan a cambiar esa parte, y lo peor es que prefieren tomar refresco que agua (nutriólogo, 14 diciembre 2020)

La psicóloga entrevistada hace referencia a las diferencias entre la población en la región Altos y la región Selva:

Constante nos están capacitando, hasta antes de la pandemia nos habían pedido que teníamos que llevar el curso de interculturalidad, y principalmente porque estamos en un espacio en donde, el hospital de las culturas es como el punto para que se acerquen las demás comunidades, nos llega si la población más alta definitivamente tsotsil o tseltal, pero también de otras como la zona selva, creo que hablan chol, áreas de Comitán, Margaritas, todas esas que son otras, que también es diferente y es muy marcado cuando alguien viene, porque estamos familiarizados como tenemos que tratar a los tsotsiles o los tseltales y cuando viene un chol aunque no entendamos nada, pero se les escucha rápido la intención y creo que son más cálidos, aceptan más, son más sensibles en el trato. Este es un punto de encuentro de muchas regiones nuestro hospital, sí tenemos que estar con esa apertura de tratar las diferentes culturas, costumbres, el respeto, por ejemplo cuando vienen con su traje típico es muy difícil quitárselo, desde ahí ya empieza con ellos la depresión, la ansiedad, el abuso hacia mi privacidad, y tenemos que explicarles porque tenemos que ponerle una bata de hospital, porque ninguna bata te cierra bien, nos damos cuenta que cuando les dicen que ya pueden caminar no quieren porque todo se les ve, y necesito pedirle al médico que sea un poco más flexible, que se ponga un pantalón o ropa interior o un fondo, principalmente las mujeres, y los médicos si aceptan, ahora ya no tengo que explicarles tanto, cuándo pido algo así, ya saben que es por el bienestar del paciente (psicóloga, diciembre 2020)

Un médico y una trabajadora social que laboran en el hospital desde que se llamaba Hospital regional, mencionaron que han recibido los cursos de capacitación sobre interculturalidad, no obstante, anteriormente algunas acciones ya se llevaban a cabo:

Generalmente hay una sensibilización, hay pláticas de interculturalidad que se dan mediante sesiones abiertas, programadas, siempre se está tratando de incidir en el hospital de que exista una atención digna, de respeto, de comprensión a los pacientes, respetar su cultura, sus formas de pensar, y bueno, como hospital de las culturas es muy importante esa atención [...] pero eso lo hacemos desde antes (médico de consulta externa, diciembre 2020)

He recibido cursos de interculturalidad para el respeto de sus creencias, respeto a sus usos y costumbres, si se les permite, desde el otro hospital, yo trabajé en el regional, hace como 25 años el director, el Dr. Millán, daba permiso para pasar huevos, hizo un cuartito para que rezaran, había juncia e incienso, él adoraba a los indígenas, era una humildad el hombre, y lo criticaban mucho por eso [...] en el otro hospital llegaban parteras (trabajadora social, enero 2020)

#### **4.4.3.4 Trámites burocráticos**

Las áreas encargadas de realizar trámites, convenios y gestiones, son las que están en los puestos jerárquicos más altos: los asistentes de dirección, el director y el subdirector; y, el área de Trabajo social, siendo esta área la que está más saturada de este tipo de acciones.

Los trabajadores sociales se dividen en cada uno de los servicios de las áreas de hospitalización, urgencias, consulta externa y cirugía y traumatología. En entrevista con la encargada de Trabajo social menciona:

Gestionamos apoyos a estudios, medicamentos, traslados; acuerdos con Fundaciones [...] damos orientación a los familiares, cotizamos precios, avisamos a los familiares de las opciones investigadas y ellos deciden, el laboratorio llega al hospital [...] Conseguimos referencias a 1° y 2° nivel, a otros hospitales o a otras instituciones como el ISSSTE o el IMSS, hacemos contrarreferencias a 1° nivel y recibimos los de 2° nivel; así como todos los trámites de altas, bajas, estudios socioeconómicos, defunciones, visitas domiciliarias, hacemos visitas a hospitalización, entre otras cosas (trabajadora social, enero 2020)

Otra tarea entre trabajo social y el área de archivo es cuando se reciben pacientes por referencias de primer y segundo nivel, y en ocasiones se hacen contrarreferencias, es decir, envían a los pacientes referenciados de nuevo a la unidad de donde llegaron. Uno de los problemas mayores se da en las referencias, hay ocasiones que vienen mal realizadas, y no los reciben, esto genera que los regresen al lugar de referencia y regresen posteriormente a la consulta, la encargada de archivo menciona:

A veces viene mal la referencia y el paciente pierde su tiempo y su dinero, por ejemplo, los pacientes pediátricos, que son para otra especialidad y aquí los médicos son más estrictos en sus procesos, porque el documento está mal y no se responsabilizan los de segundo nivel, tiene que regresar, y vuelven los pacientes porque son de bajos recursos. Hay ocasiones en que vienen los trabajadores sociales de otros municipios para que no viajen los pacientes a hacer la cita, así es más fácil porque si hay algo que esté mal, ellos lo componen (encargada de archivo, diciembre 2020)

Por otro lado, el abasto de medicamentos depende de muchos factores: de las políticas de la SSA por presupuesto, de los convenios con las empresas subrogadas en turno, de los procesos administrativos propios del hospital (ejemplo: los pedidos de farmacia a almacén, y este a la



dirección y la dirección a oficinas centrales), así como, de los procesos gubernamentales estatales y federales (ejemplo: cambios de gobierno):

Ha habido momentos en cuales han escaseado medicamentos y momentos en los que se están surtiendo regularmente, en los últimos años ha habido como un desabasto de medicamentos, no le puedo decir cuál sea la causa, pero antes habían más [...] como que tienen que ver mucho que se les concesionan, hoy están unas empresas surtiendo, se les vencen sus contratos, cambian y mientras se dan esos cambios, puede ser tan solo una de las causas (médico de consulta externa, diciembre 2020)

En cuanto a los medicamentos ahora contamos quizá con el 70 u 80%, a veces están al 50%, pero solo se manejan soluciones, antibióticos, los más comunes, los medicamentos especiales no, porque SSA no los maneja. Llegó un tiempo que ni jeringas, ni soluciones teníamos, hace como 6 meses, lo tenían que comprar los pacientes (enfermera, diciembre 2020)

Cuando hacen el corte administrativo es que limitan mucho, generalmente es en julio o agosto (enfermera, diciembre 2020)

A veces hay abasto, a veces desabasto, depende del personal que distribuye los reactivos, de las empresas subrogadas, a veces no llegan aquí a tiempo por bloqueos, o por lluvias (químico de laboratorio, diciembre 2020)

Existe desabasto a finales del año y al inicio del otro año, cuando hay cambio de gobierno (encargada de almacén, diciembre 2020)

Los medicamentos que son controlados (psicotrópicos, anestésicos, sedantes, etc.) pasan por una serie de pasos para administrarlos u otorgarlos a los pacientes de consulta externa, en farmacia está un químico que se encarga exclusivamente de esos medicamentos y bajo la petición médica, él realiza la receta, que la lleva a firmar y sellar por el asistente de dirección en turno. En la receta no puede pedirse más de dos cajas, si el paciente necesita más tiene que llegar a pedirlo de nuevo.

En el área de Trabajo social refieren que existen dificultades cuando se gestionan apoyos para medicamentos, estudios de laboratorio u otros estudios especializados, con las Fundaciones para cirugías u otras instituciones de Sector Salud, porque no siempre hay respuesta inmediata y porque han realizado acciones como pedir cooperación con el personal del hospital y se genera diferencias de opinión o desconfianza, por ende, desacuerdos.

La trabajadora social refiere que hace cuatro años se oficializó un Voluntariado dentro del hospital (no es el único) a nivel nacional, compuesto por una mesa directiva, donde participa el área de Trabajo social y Calidad, donde se llevan a cabo acciones para apoyar económicamente a los pacientes y sus familias, hace referencia a que todo tiene que ser por escrito para que se compruebe que efectivamente se le otorga el dinero recaudado:

los trámites para recaudar fondos para algún paciente comienzan con un oficio firmado por los familiares, le damos seguimiento hasta que reciben el apoyo, pero con mucha precaución para que no se malinterprete (trabajadora social, diciembre 2020)

Con las acciones del Voluntariado la SSA se deslinda de la resolución de algunas necesidades dentro del hospital.

#### **4.4.3.5 Empresas subrogadas**

Las empresas subrogadas son las empresas particulares contratadas por SSA estatal para que brinden servicio al hospital, están: las áreas de limpieza, vigilancia y seguridad, lavandería, RPBI (Residuos peligrosos, biológico e infecciosos) e inhaloterapia.

La SSA les paga directamente a las empresas, y estas se encargan de los pagos a sus empleados<sup>42</sup>, de los contratos, de los beneficios sociales y de las capacitaciones respectivas a su área. Dependen de la empresa los beneficios sociales, así como el sueldo. Aunque el personal de limpieza y vigilancia siempre tienen que ser contratados por la empresa nueva subrogada, es un convenio con la SSA, pero existen políticas laborales que cambian de acuerdo a cada empresa. Refieren tanto los de vigilancia como los de intendencia, que hay contratos donde no les brindan seguro médico y otras sí, como los convenios duran alrededor de uno o dos años, es el tiempo que se mantienen con los mismos contratos.

SSA cambia convenios con las empresas subrogadas cada año o cada dos años, el personal de las empresas se queda laborando con la nueva empresa, en el caso de vigilancia y limpieza, pero con la empresa de inhaloterapia pueden o no quedarse de nuevo, en muchos

---

<sup>42</sup> La empresa subrogada de RPBI no tiene empleados trabajando dentro del hospital, únicamente proporciona el material para recolectar los desechos, llega a recogerlos al almacén de RPBI y se los llevan para la fundición. Quienes se encargan de recoger los desechos en cada área del hospital es el personal de intendencia, y hay una encargada del área que es empleada del hospital.

casos mencionan que este personal se quedan sin trabajo, porque solo son dos hospitales en San Cristóbal en los que se presta servicio de terapia respiratoria, el hospital de las Culturas y el Hospital de la Mujer, y refieren las enfermeras que la demanda de personal de enfermería para trabajar, es alta.

La empresa de inhaloterapia es la única en el área clínica. Esta empresa renta el equipo de ventiladores mecánicos y sus empleados que son enfermeros se encargan de dar el servicio dentro del hospital, tienen equipo de la propia empresa y equipo a cargo del área, pero que es del hospital. El servicio que más demanda de los ventiladores son choque (área de urgencias donde llegan pacientes críticos en ambulancias), medicina interna y terapia intensiva. El personal de inhaloterapia refiere que no cuenta el hospital de Las culturas y ningún otro en el estado, con un especialista en Terapia respiratoria, solo diplomados y cursos del manejo del ventilador mecánico. Ellos cuben la especialidad, que es muy demandada, principalmente desde que comenzó la pandemia.

Los convenios con las empresas subrogadas las hace SSA estatal, no se deciden al interior del hospital. Tampoco los convenios con las empresas a las que les compran material como recursos de papelería, limpieza, medicamentos y material de curación; las solicitudes de estos recursos las realiza mensualmente el área de almacén al área de administración del hospital, que posteriormente las envía a las oficinas centrales en Tuxtla Gutiérrez para que les den el visto bueno.

#### **4.4.3.6 Relaciones interinstitucionales**

Las relaciones interinstitucionales son amplias, en primer lugar, porque este es un hospital de concentración, recibe pacientes canalizados de diferentes lugares del estado, de otros distritos de salud de primer nivel principalmente y de otras instituciones como los cerezos.

Las relaciones que se plasman con otras instituciones las realizan los que están en puestos administrativos, principalmente los jefes de servicio y los asistentes de dirección (que se encargan de las gestiones institucionales mientras se encuentran en su turno), y son con el Hospital de la Mujer, el Distrito II, el DIF municipal y estatal, Oficinas centrales de SSA estatal, presidencia municipal, protección civil, servicios médicos privados de laboratorio y

estudios especializados. Se canalizan pacientes a hospitales de segundo y tercer nivel, pero con diversas dificultades, pues generan gastos que los propios pacientes tienen que cubrir:

Sí se da el servicio de psiquiatría, pero en Tuxtla y representa el traslado de los pacientes, representa gastos y pues si es una especialidad con mucha demanda actualmente [...] los hay a nivel particular pero sabemos que por economía se requiere que estos médicos estén en algún hospital para que puedan paliar esa necesidad [...] actualmente no hay ningún costo para consulta, a partir de este año como ya Seguro popular dejó de trabajar, las nuevas políticas del gobierno es la atención a todos los pacientes sin necesidad de pagar una cuota (médico de consulta externa, diciembre 2020)

Los traslados los pagan los pacientes, la caseta, la gasolina, la consulta particular si es necesario; hay muchas carencias, no hay forma de ayudar; al tener el proyecto del hospital no tomaron en cuenta muchos aparatos y servicios [...] al principio estaba un gastroenterólogo, teníamos un aparato, pero al descomponerse el aparato ahora ya no está, y ya tiene 5 años de eso (enfermera, diciembre 2020)

#### **4.4.3.7 Contratos laborales**

Las contrataciones de personal se dan por bolsa de trabajo en Recursos humanos, pero también por recomendaciones que vienen desde nivel de gobierno estatal, funcionarios públicos y familiares y/o amigos del personal de base, además, por herencia de plazas y en pocas ocasiones porque fueron voluntarios durante un tiempo. Aunque, un empleado que fue voluntario refirió que oficialmente SSA no permite voluntarios, pero entran por recomendaciones, el problema es que si llegará a pasarles algún accidente laboral no cuentan con ninguna garantía de seguridad y asistencia.

Existe personal que tiene su adscripción laboral en otro centro de sector de salud, pero se encuentran laborando dentro del hospital, aunque las razones no son claras.

#### **4.4.3.8 Cambios por la pandemia de Covid-19:**

Los cambios principalmente se dieron en los servicios de consulta externa a excepción de las áreas donde los pacientes requieren tratamientos que no pueden suspender:

El horario normal de la consulta externa es de lunes a viernes en dos turnos, matutino y vespertino, y los fines de semana sábado y domingo y días festivos [...] ahora están viniendo solo los pacientes del SAIH (Servicio de atención integral de VIH) los fines de semana, los de Colposcopia de lunes a viernes y los de psicología, el departamento de psicología ha estado muy activo por la situación actual de angustia, de preocupación que genera esta época de pandemia, y son los que están constantemente acudiendo al hospital (médico de consulta externa, diciembre 2020)

Antes de la pandemia se quedaban en campamentos los familiares de los pacientes en el patio externo del Hospital (*ver anexo 2 fotografías 10,11, 12 y 13*) y durante la pandemia se cerró esta área y los campamentos se siguieron estableciendo, pero en otro espacio más pequeño, al lado de la entrada principal, esto hace que las personas estén más aglutinadas y se de menos la sana distancia que se requiere.

También se acomodó el área de urgencias, se abrió otra entrada para los pacientes con posible COVID-19, cuando disminuyen los casos, las 16 camas de urgencias regresan a ser para el área de adultos. Los del área de inhaloterapia trabajaron mucho con pacientes COVID-19 y no con otros pacientes.

Otra área que estuvo trabajando al doble, fue intendencia, porque tenían que sanitizar todos los espacios en el hospital, hasta las paredes; y cuando un paciente de COVID-19 era trasladado para realizarse los estudios correspondientes, como radiografía de tórax, cerraban puertas y ventanas de todas las áreas, y solo el personal de intendencia tenía que ir detrás de la camilla sanitizando por donde pasaran. Les dieron equipo de protección básico dentro del hospital: cubrebocas, bata y zapatos quirúrgicos, guantes, jumper y careta.

#### **4.4.4 Procesos culturales**

En los procesos culturales, se muestran las concepciones de enfermedad que tiene el personal médico, los tipos de atención a los que ellos mismos recurren, lo que significan de la cultura de los pacientes y sus familias y lo que esperan de los pacientes con respecto a su enfermedad, con su rol de enfermo y por último las barreras en el idioma.

#### **4.4.4.1 Conceptos de la enfermedad o padecimiento**

Las conceptualizaciones de la enfermedad que dieron muchos del personal médico y asistencial, versan en las etapas de un proceso patológico, que tiene un inicio, una evolución y un final, que puede ser la muerte.

Refieren que en la escuela les enseñan la teoría y van revisando cada una de las enfermedades, pero cuando están en la práctica es diferente porque a veces un solo paciente tiene varias enfermedades, además de la responsabilidad que tienen ya en el hospital. Por ejemplo, el nutriólogo mencionó:

un paciente que le tienen que quitar la vesícula, y es diabético, hipertenso, tienen gastritis, colitis, y le tienes que dar de comer después de la cirugía. Le van a quitar la vesícula porque ya no soporta las grasas, si le doy un tipo de alimento le voy a irritar el tracto digestivo, pero si le do otra cosa le voy a irritar los intestinos y va a estar encamado, y aparte es hipertenso y diabético; entonces, esa es otra realidad. Si de una lista de que se le tiene que dar alimentos se hace una lista muy reducida, aunque después se ve su evolución y podemos ir extendiendo, pero es lo que vimos de cuando pasas de la teoría a la práctica (nutriólogo, diciembre 2020)

Los pasantes y médicos internos tienen una definición teórica de lo que es la enfermedad, pero coinciden en que en la práctica observan otros aspectos, algunos de ellos, recuperan la perspectiva del padecer a través de la experiencia en su labor:

La enfermedad es un proceso patológico de la persona, que se va deteriorando las funciones cognitivas como motrices [...] en la práctica es vivirla de otra manera, ya estar con un paciente es totalmente distinto porque vemos también sus necesidades emocionales como físicas y es totalmente distinto, (pasante de enfermería, diciembre 2020)

La enfermedad es un malestar general, un conjunto de signos y síntomas, causan algo anormal a nivel fisiológico y anatómico en el paciente. Hay diferencia entre la teoría y la práctica, un procedimiento se complica en la práctica y en la teoría no viene (médica interna, enero 2021)

#### **4.4.4.2 Opciones de atención cuando enferman**

Al preguntarles a dónde recurren cuando se enferman, todos los entrevistados refieren que acuden al médico, principalmente los médicos hicieron este hincapié como la única opción de atención; los demás mencionaron que las farmacias particulares son otra opción, y el personal de intendencia y de vigilancia al no contar con seguro médico, recurren a los médicos del mismo hospital, los cuales les atienden cuando se los solicitan.

Principalmente el personal de vigilancia, refirió tratarse con algunas plantas medicinales o con el huesero, pero es menos común porque ya viven en la ciudad:

En el caso de nosotros que venimos de los pueblos si con plantas medicinales, los poxtawanej ya no, mi papá sabía de esas plantas para la disentería, desparasitantes como la raíz de epazote bien quemado y se prepara con agua, y para la tos, a veces con el huesero (vigilante, enero 2021)

Dos personas de intendencia, una enfermera y dos médicas generales, han recurrido a infusiones y a otras opciones alternativas como acupuntura y auriculoterapia; pero recurren a estas terapias alternativas cuando ya intentaron curarse con tratamientos biomédicos, también la herbolaria es otra opción para algunos, el químico de transfusión sanguínea ejemplificó la chilchahua para la tifoidea.

La mayoría hace referencia a que cuando se enferman acuden inmediatamente al médico o en pocos casos se automedican.

#### **4.4.4.3 Visiones de la cultura del paciente:**

Las visiones que tiene el personal del hospital con respecto a la cultura del paciente, muestran que, para el mismo, las concepciones médicas deberían ser entendidas de antemano por los pacientes, pero no al revés, es decir, cómo el personal debería entender las concepciones de los pacientes.

El químico encargado del área de transfusión sanguínea considera que tener un índice bajo de donadores corresponde a una “cultura” de la no donación, por mitos y tabús acerca de la importancia que tiene donar sangre; sin importar que sean culturas étnicas, más bien considera que está relacionado con la religión que profesan. Incluso menciona que la población indígena se rehúsa menos a donar:

Es muy complicado, por lo que le comentaba, no tenemos ese hábito, esa cultura, desafortunadamente hay mucha desinformación allá afuera, dicen que engordan, que se enferman, que se vuelven anémicos, y cosa que no es cierto, desconocen de los beneficios que tiene el donar -si yo dono estoy purificando mi sangre, se crean células nuevas, me ayudan a transportar el oxígeno, disminuye el riesgo de infarto al corazón, disminuye el riesgo de infarto cerebral-, y obviamente eso también se les dice para que se empiece a abrir el canal de información y ellos lo transmiten, igual y no sabemos, igual aquí tienen a su paciente y se van y se olvidan; pero bueno, es aportar esa semillita, y gracias a eso si se ha tenido más participación de gente

Entrevistadora: ¿en primer nivel no les dan esa información?

Ahorita en primer nivel no hay esa información creo, ya es en segundo nivel porque ya es hospitalización, y es atención a especialidades, pero estamos trabajando la parte de informar a toda la población, veníamos trabajando campañas con universidades, a empresas, básicamente para tener captación [...] se ha trabajado con la UNACH, con la UNICH, con la de derecho la ROJAS; en empresas con la Volkswagen, íbamos a entrar a Chedraui y la Coca, pero por pandemia se detuvo todo, básicamente es dar esa parte de informarles y tener el beneficio de sumarle a esa situación [...] En cuanto a la población, la misma población de San Cristóbal es un poquito más renuente a donar, sí, las comunidades vienen y donan, si usted le dice necesitamos que traigan 10 donadores, traen 15; y los de San Cristóbal no, nos dicen -es que no tengo- un montón de cosas, entonces es un poquito más complicada la sociedad sancristobalense que las comunidades [...] y han venido gente de las comunidades que se han sumado de ellos ser el enlace para poder conseguir gente que quiere venir a donar.

Más que nada la religión evangélica, que ellos no permiten, pero se les habla, se les dice, y le decimos al médico que obviamente ellos si pueden transfundir cuando está de por medio la vida del paciente, ahí sí que tienen que hacer un lado la religión y aunque ellos no lo permitan, se tiene que hacer, y se les explica: -ok tu no quieres, se te está explicando que realmente no es ningún allanamiento a su cuerpo- creo que así lo toman, no sé; pero se les explica los beneficios y que si el paciente está comprometiendo su vida se tiene que transfundir, y ya a ellos no se les exige tampoco que traigan sus donadores [...] más vale la vida del paciente que sus creencias [...] en la norma 253 dice que el médico tiene la decisión de realizar la transfusión, de cierta forma legalmente si podemos, aunque nosotros no podemos decidir, el químico no, si el medico lo dice entonces si lo vamos a hacer. Hay pacientes renuentes, generalmente los familiares de los pacientes pediátricos, es seguido, también por la religión (químico de transfusión sanguínea, diciembre 2020).

Aquí el concepto de cultura hace referencia a lo individual y lo colectivo, y a cosmogonías religiosas. Se puede apreciar en el último relato del químico, un ejemplo de dos culturas: la cultura teológica evangélica y la cultura médica. Aunque en este relato no se especifica con



que religiones no tienen un choque cultural, es evidente que la más aprobada es la religión católica, ya que en la entrada del hospital hay una capilla con imágenes religiosas de esta, pero ningún simbolismo relacionado con otras religiones (*ver anexo 2 fotografía 14*).

En la entrevista con la psicóloga se aprecia que considera que su quehacer, correspondiente a la atención psicológica, debería ser entendido por la población, además que la población lo necesita; supone que mientras mayor es el grado de estudios, tendría que haber más entendimiento de los procesos emocionales y muestra sorpresa que la población indígena (dando por hecho que poseen menores grados de estudios) a diferencia de la población hablante de español es más abierta a hablar de sus emociones:

La población indígena si tiene la apertura para la consulta psicológica, sorprendentemente si la hay, porque pareciera para el resto de la población que como es posible que una persona de ciudad que habla español, que a veces ya tienen quizá un grado de estudios más alto, que pueden comprender más de que se trata, a una persona indígena que viene de comunidad que a veces no tiene ni siquiera primaria, hay mucha diferencia y parecería que van a estar negados a recibir esta atención, pues no, es todo lo contrario, ellos manifiestan mucho más que hablar de las emociones, ellos dicen que es del corazón: -me dolió el corazón, lastimaste mi corazón-, entonces nos enfocamos en eso y les decimos que necesitamos hablar del corazón para que ese corazón esté tranquilo y lo toman muy bien [...] es algo que nos sorprende porque 'cómo es posible que el médico no tenga esa apertura para hablar del corazón? [...] hay quienes, por supuesto que dicen que no, pero nunca con una actitud agresiva sino: -gracias estoy bien- (psicóloga, diciembre 2020).

En el siguiente relato, el médico encargado de consulta externa aborda uno de los temas complejos entre médico y paciente, la dieta que le prescriben; como una de las cosas que a los pacientes les cuesta más seguir, lo que forma parte de *illness* y *sickness*, porque corresponde a la obligación que tiene el paciente en su rol del enfermo, que no solo lo espera el personal institucional, sino la sociedad en general, y al mismo tiempo forma parte de su padecer (Eroza y Acero, 2021). Pero el médico de consulta externa reconoce que es complejo por las circunstancias de vida:

Cuando ya se trata de dieta no todos los pacientes colaboran, ahí ya hay renuencia, y si estamos en una comunidad y no hay mucho la facilidad para llevar una buena dieta cuesta trabajo, si una buena dieta aquí en la ciudad hay renuencia para que se pueda hacer, muchas veces las personas no la hacen porque a lo mejor no les gusta, y muchos pretextos [...] si le dice que lleve una dieta a lo mejor se esfuerza por desayunar lo que se le toca, pero si trabaja en el campo, y en campo da mucho apetito, es un trabajo fuerte, entonces llega la hora de

comer y que dieta va andar llevando, se dificulta, se trata de comer, de llenarse; a nivel comunitario es difícil (médico de consulta externa, diciembre 2020)

Con respecto a qué si conocen qué otras opciones de atención buscan los pacientes, comentan lo siguiente:

Sí, como té, té de manzanilla, de hinojo, toman la chilchahua, la verbena, que es muy amarga, lo usan para infecciones estomacales, el ajeno también, pero lo que más se escucha aquí es que cuando se fracturan acuden al huesero y no quedan bien, porque quedan mal acomodado del hueso y después de dos o tres meses los traen de urgencia (nutriólogo, diciembre 2020)

Sí, desde lo alternativo como iónicos o las banditas de no sé qué, ahorita no lo tengo en mente, pero hasta brujos o chamanes, rameadas, como cultos ¿serán?, algunos llegan y dicen: -ya no sé qué más hacer porque ya fui con mi brujo, con mi curandero, y no funcionó y ahora quiero ver que me puedes dar tú, desconfiando totalmente (psicóloga, diciembre 2020).

Le puedo comentar porque si conozco, si es un paciente que viene de una comunidad generalmente son controlados por sus curanderos, el curandero trata, tiene sus propios métodos, y en un momento dado el mismo curandero permite que la persona vaya al médico; yo estuve en una comunidad, y dábamos pláticas, si acuden las personas, si se interesan por su salud, yo pienso que no es tanto el problema de la renuencia, siempre vamos a encontrar renuencia por su ignorancia, pero yo considero que la gran mayoría de las personas colaboran, que es lo que en algún momento puede estar en contra de la colaboración a lo mejor que no se cuente con medicamentos, o la otra es que está retirado y no se cuente con recursos económicos para que puedan venir (médico de consulta externa, diciembre 2020)

La gente es muy cooperadora, lo que si tienden a hacer mucho es que se desesperan, si entienden todo, pero por falta de recursos o porque tienen más familia se van, ya vio que se quedan aquí afuera en campamentos, la gente indígena hace mucho eso que se viene toda la familia. Lo que si a veces no entienden mucho es la gravedad de la situación o cómo se puede complicar o tienen muchos cuidados ellos cuando son sus propios usos y costumbres, y dicen -me lo llevo con huesero, me lo llevo a que le hagan su limpia, o tal cosa- si entienden muy bien lo que está sucediendo aquí, pero le confían más a lo que están acostumbrados [...] mucha gente ya viene muy grave porque ya lo trataron pero no se mejoró; también pasa mucho con la gente de comunidad que se lo llevan a particulares, yo creo que por que sienten que el gasto va con la calidad [...] a veces al ir a particulares se quedan sin dinero y les dan de alta porque ya no tienen recursos y ya vienen aquí, ya sin dinero, ya todos agravados, desesperados, ya cansados (enfermero de urgencias, diciembre 2020)

Casi todos hicieron referencia a la población indígena cuando se les preguntó si conocían otras opciones de atención de los pacientes, dieron por hecho que son los que acuden más en la búsqueda de saberes populares y/o tradicionales; con lo que el personal médico y asistencial no están de acuerdo.

A diferencia de lo que comentan de la población local, la enfermera de medicina interna cuenta que las personas extranjeras que han llegado a atenderse en el hospital, como holandeses, alemanes, norteamericanos e italianos, han llegado a pedir la clave del *Wi Fi* del hospital y menciona que la población indígena no pide nada, al contrario, el hospital es el que les tiene que solicitar siempre los medicamentos más caros para su tratamiento porque no cuentan con ellos. Alude que se debe a que el presupuesto la SSA es solo gubernamental, a diferencia de otras instituciones de salud como el IMSS, donde el presupuesto es tripartita.

#### **4.4.4.4 Barreras en el idioma**

Contar con el mismo idioma para todos es clave en el entendimiento y relación con los pacientes, sin embargo, refieren que la población es mayoritariamente hablante de lenguas indígenas, principalmente tsotsil y tseltal, pocas veces tojolabal, y en escasas ocasiones llegan pacientes de habla inglesa. A todo el personal de salud entrevistado, sin excepción, se les dificulta comunicarse con los pacientes por la lengua, y recurren al personal de enfermería, personal de limpieza y de vigilancia o algún familiar de otro paciente que hablen estas lenguas, ellos son los que traducen lo que los médicos, enfermeros (as) y otros profesionistas en salud les comentan a los pacientes y sus familias, o lo hacen a través de señas como comenta el personal de inhaloterapia. Consideran en base a su experiencia que entre el 80 y 90% de los pacientes son indígenas y que el 70% de ellos no habla español.

La traducción de los vigilantes, las personas de limpieza y los familiares, es una constante, que se aprecia como la solución a la barrera del idioma; y solo algunos mencionaron que no es suficiente porque en realidad no saben si el que traduce dice exactamente lo que le piden o lo que el paciente quiere comunicar.

Definitivamente, no solo se trata de una traducción lingüística, en términos sintácticos y semánticos, sino de sentido, de significación cultural de los tres involucrados, tanto de la cultura médica en términos del cuerpo, los órganos, los medicamentos, los procedimientos;

de la cultura del paciente y su familia no solo en los mismos términos, sino en relación a: su sentir, sus emociones, sus preocupaciones y a sus expectativas; y de la cultura del traductor y su posición de intermediario. Ya se ha expuesto en el capítulo II que existen diferencias dialectales entre las lenguas indígenas, es decir, no hay una cultura tsotsil, existen dialectos tsotsiles, así como las demás lenguas indígenas.

Aunque los que traducen mencionan que hablan su lengua materna y entienden un poco de otra lengua, por ejemplo, su lengua originaria es tsotsil, pero también comprenden el tseltal, hacen un esfuerzo por traducir lo que ellos comprenden con lo que los demás les dicen. Cabe recalcar que los “traductores” que llevan más tiempo laborando en el hospital han desarrollado experiencia para entender lo que les piden que traduzcan, se familiarizan con algunos términos, además de su habilidad de observación para saber de dónde son los pacientes, porque conocen bien que el atuendo de cada municipio. Como ejemplo está el Supervisor de vigilancia que lleva 11 años laborando en el hospital, pero además 2 años supervisando al área de vigilancia de todos los centros de salud y hospitales de 11 municipios de la zona Tsotsil-Tseltal, en la entrevista comenta lo siguiente:

Si no se les habla en su dialecto, piensan que se le está diciendo otra cosa, pero se le explica y lo entienden [...] a mí me ha tocado, la compañera no la atendió en su dialecto a una señora, y se molestó la señora, le hablé en su dialecto amablemente, me di cuenta de dónde venía por su ropa [...] casi le iba a pegar a mi compañera con su paraguas [...] Yo reconozco de donde viene por su forma de vestir (supervisor de vigilancia, enero 2021)

Además, ha asumido que traducir es un apoyo, parte de la colaboración en equipo, como que si formara parte de su trabajo:

“Sí traducimos [...] les ayudamos a los doctores o a las enfermeras, como somos equipo de trabajo apoyamos”  
“Pero hay veces, aunque les hablen en su dialecto, dicen que van a pasar porque son de una organización: –es que somos de Abeja– y quieren pasar de bulto, entonces, nos coordinamos con Jurídico, hay que alertar a Trabajo social, las organizaciones si se quieren pasar, se entiende cuando están preocupados por su familia y somos amables, les explicamos, pero las organizaciones no entienden [...] hay veces que me hablan del centro de salud de la hormiga que quieren entrar, de San Juan Chamula porque les dicen: –va a venir mi gente– y me voy”

“Aquí la comunicación es muy importante” (supervisor de vigilancia, enero 2021)

El vigilante de las cámaras también refirió que ha traducido, pero pocas veces, ya que lleva un año laborando allí, la supervisora de limpieza también menciona que hay algunas o algunos del personal que saben hablar lengua indígena, y apoyan en traducir, pero que hay quienes no quieren decir que hablan una lengua indígena porque les da pena (esa es su impresión).

A pesar de que es una regla informal que ya se impuso en el hospital, que ocupen a las personas con una lengua materna indígena para traducir, no es un tema institucionalizado formalmente; no existe el puesto como tal, pero es una función que se lleva a cabo cotidianamente.

Los “traductores” dicen hacerlo para apoyar, pero no hablan verbalmente de lo que sienten en esa posición, su lenguaje corporal también puede decirnos mucho de su sentir en estas circunstancias: en una ocasión a la vigilante de la recepción le pedí que me ayudara a traducir una conversación con la mamá de una paciente a la que me había acercado en medicina interna, para preguntarle cómo estaba, ellas comenzaron a platicar en tseltal y a la vigilante se le llenaron los ojos de lágrimas, me dijo que el estudio que tenían que sacar era muy caro, les costaría 8 mil pesos y no tenían dinero; después de terminar la conversación ellas se despidieron y ya no le pregunté que se dijeron, me quedó claro que era de ellas eso último. Me despedí de la señora con un pequeño abrazo.

Claro, este tema del lenguaje corporal lo refirieron como apoyo tres entrevistados, las enfermeras de inhaloterapia mencionan que casi siempre los familiares del paciente hablan los dos idiomas, pero cuando no encuentran a nadie ni compañeros para traducir, entonces se desenvuelven con señas para explicarles cómo van a hacer el procedimiento de intubación o los ejercicios de respiración, ellas lo practican primero.

La psicóloga menciona con respecto al idioma:

“Es bastante complicado, es bastante difícil, ya de por sí por usos y costumbres cuando vienen de alguna comunidad tsotsil-tseltal, principalmente la mujer no puede hablar, ya desde ahí hay un sesgo en la información porque tengo que esperar a que el esposo o el marido dé permiso de que de tanto que nosotras podamos hablar con la paciente, como que la paciente pueda hablar con nosotras, porque si no con señas, con miradas, o solo una palabra le dice tú no puedes hablar, yo hablo, ahí tenemos que intervenir, intentamos sensibilizar al jefe de familia que nos permita hablar con ella, que es para que este mejor, muchas veces vienen puérperas y perdieron el producto o algo salió mal [...] pero también es difícil hablar con ellas por la lengua, porque no hablan español absolutamente nada, entonces ellos nos piden que hablemos más lento, que vayamos palabra por palabra, o con algunas señas, los gestos y el lenguaje corporal ayuda, pero desde que tenemos el cubrebocas ha sido más

complicado [...] cuando se trata de un caso legal sí pedimos que venga un traductor, que se sientan cómodos porque también nos pasa que aunque no dominamos la lengua, si entendemos algunas cosas, nos damos cuenta por ejemplo yo dije un discurso amplio y volteo a ver al traductor que nada le dijo una palabras, no le dice todo lo que yo dije, entonces le digo:- necesito que le digas tal cal te lo estoy diciendo para que ella pueda comprender- y sí acceden afortunadamente a que les hagan la explicación más amplia, y también la paciente escuchamos que le dicen un diálogo amplio y nos traducen: -dice no- y les pedimos que nos traduzcan todo. Muchos de los enfermeros también hablan alguna de las dos lenguas y descubrimos que hablan en alguna área y la vamos a traer para que nos ayude a traducir (psicóloga, diciembre 2020)

**EL químico menciona:**

En el idioma es un poquito complicado, porque también atendemos a poblaciones indígenas, entonces en ese caso si nos cuesta, entonces en este caso afortunadamente en la mañana hay un químico que habla tsotsil, él nos apoya mucho en esa parte, en el tsetal pues tenemos que buscar quien nos puede apoyar, generalmente son los de seguridad, pero si el canal de comunicación es un poquito complicado. (químico de transfusión sanguínea, diciembre 2020)

**Una médica interna menciona:**

Aquí es muy difícil la comunicación con los pacientes y familiares, porque no hablan español, lo hago con señas, los de seguridad nos ayudan (médica interna, enero 2021)

#### **4.4.4.5 Relación con las familias de los pacientes**

Hay personal que refiere que es muy importante porque a través de ellos se pueden comunicar con el paciente, otros asumen que es una relación para establecer solo lo indispensable con relación al paciente:

La familia apoya y a veces lo contrario, pero son con los que nos comunicamos (enfermera de inhaloterapia, enero 2021)

es solo lo indispensable para fines de ayuda al usuario (enfermera medicina interna, diciembre 2020)

## **A manera de cierre**

Todos los procesos del Espacio hospitalario analizados en este capítulo, son con los que los pacientes se relacionan de forma directa e indirectamente en su experiencia del padecimiento.

La cotidianidad el Hospital está marcada por una cultura organizacional que se puede apreciar a través de los procesos descritos, y está regida por una mirada médica institucional. De acuerdo a Davis y Newstrom (2003) la cultura organizacional es un conjunto de supuestos, creencias, valores, comportamiento y normas que comparten los miembros de una organización, que la van creando conscientemente o ha ido evolucionando informalmente a través del tiempo. Esta cultura es hasta cierto punto intangible, pero se puede apreciar en las relaciones cotidianas que establecen todos los actores del Espacio hospitalario, reflejadas en los procesos construidos entre todos. Por su puesto, puede variar o transformarse a través del tiempo, porque la cultura organizacional es sistémica y dinámica, no estática, y puede ser similar y/o totalmente diferente a la de otros Espacios hospitalarios, pero no igual. Ya que cada Espacio tiene su propia historia, hábitos, procedimientos, normas informales, incluso sus propios mitos con respecto a la forma adecuada de comportarse o esperar el comportamiento de los pacientes.

Sin embargo, lo anterior no quiere decir que la cultura organizacional que prevalece en el Hospital de las Culturas sea la más adecuada, como se pudo analizar, existe una cultura altamente burocrática, autoritaria a nivel vertical por estatus y roles marcados de manera formal e informal, como ejemplo de la formal está la posición en el organigrama de las diferentes áreas establecidas las jefaturas incluso en el piso de arriba y las de menor jerarquía en el piso de abajo, o entre el personal médico los especialistas tienen un estatus mayor que los médicos generales, o el personal de base y el personal no adscrito; y como ejemplo de las reglas informales están los roles asignados a los que fungen como traductores, o la falta de confianza que se da entre el turno matutino y el vespertino o con el personal de fin de semana, etc.

También se encuentra una cultura organizacional que generaliza los procedimientos, y, por tanto, omite las particularidades, las diversidades, las diferencias y las distintas posibilidades de los pacientes.

Los efectos que tiene al interior del Hospital no solo se plasman entre los actores del Espacio hospitalario, sino también con los pacientes, lo cual se apreciará en el siguiente

capítulo, donde se analizan las narrativas de cuatro personas que estuvieron hospitalizadas en el hospital de Las Culturas e interactuaron con todo el Espacio hospitalario.



## CAPÍTULO V

### ESPACIO VIVIDO DEL PACIENTE: NARRATIVAS DEL PADECIMIENTO

En el presente capítulo se expone y analizan las narrativas del padecimiento de cuatro personas que interactuaron con el Espacio hospitalario, porque estuvieron hospitalizadas por diferentes experiencias, en momentos distintos y con lapsos de tiempo entre cinco meses y doce años con su padecimiento.

Sus narrativas dan cuenta de la interacción que vivieron con los procesos del Espacio hospitalario, como con la diversidad de opciones de atención a las que recurrieron, que pertenecen al sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal. Opciones de atención que tienden a articular a partir de la lógica que va trazando su propia experiencia del padecer como un espacio vivido.

#### 5.1 Acerca del padecimiento...*illness*, *disease* y *sickness*

Se utiliza la categoría conceptual de padecimiento para referir los aspectos no solo subjetivos sino fisiológicos y sociales de la experiencia del padecer, que involucra a la persona, a la atención médica, a su contexto inmediato y sociocultural. A través del padecimiento o dolencia (*illness*) se presenta la voz del paciente como agente (Lupton, 1997)<sup>43</sup>; a través del diagnóstico médico (*disease*) la voz de los médicos y/o terapeutas, y a través del reconocimiento social del padecimiento (*sickness*) la voz del contexto social (Kleiman, 1988; Hofmann, 2002; Wong y Noor, 2014 y Antonucci, 2018). Los saberes y significados del padecimiento devienen de las personas con el padecer desde sus propios procesos y de su contexto sociocultural.

Se utiliza el padecimiento con dos acepciones, con la de *illness* por un lado, que alude a la experiencia subjetiva del padecer, y por otro, con la de *sickness* que se refiere al reconocimiento social del padecimiento y la consecuente asignación del rol del enfermo. Pero no queda excluida la categoría de *disease*, ya que en el relato de las personas y su grupo de cuidado se deja ver la alternancia entre *disease*, *illness* y *sickness*, es decir, en las narrativas

---

<sup>43</sup> El concepto fue desarrollado en el capítulo I, en el apartado 1.6 El paciente como sujeto-agente, tomando la concepción de Deborah Lupton (1997).

los pacientes y sus familias hablan de la mirada médica que no solamente es una dimensión biomédica, sino de todos los especialistas de los servicios de atención a la salud con los que acudieron<sup>44</sup>.

Se apreciará en las narrativas del padecer la experiencia subjetiva e intersubjetiva (dimensión de *illness*) y al mismo tiempo el significado social del padecer desde el contexto sociocultural y de lo que los médicos y terapeutas dicen y piensan de la responsabilidad del paciente ante su padecimiento (la dimensión de *sickness*), ya que en el capítulo del Espacio Hospitalario es claro que en el Hospital problematizan desde diferentes ángulos la falta de cumplimiento de los pacientes, de su rol como enfermos. Los pacientes hablan de la mirada médica como ellos la entienden, o más bien, del diálogo que han tenido con los diferentes actores del Espacio hospitalario, directa e indirectamente

Desde *disease* los pacientes también demandan acciones del Espacio hospitalario, con *illness* comunican su perspectiva y con *sickness* muestran que lugar tienen en su contexto y en el Espacio Hospitalario como personas enfermas, de acuerdo a expectativas socialmente reconocidas (Eroza y Acero, 2021)

Se considera que en las trayectorias de padecimientos crónicos y de padecimientos prolongados, las tres dimensiones están presentes, pero no articuladas por los especialistas; y que en ciertos momentos se puede acrecentar una u otra, como se muestra en las narrativas aquí documentadas, pero es necesario articularlas. Como indica Helman (1981), el modelo antropológico de *disease/illness/sickness* ofrece una perspectiva para comprender que hay que tratar al mismo tiempo a las tres categorías de la enfermedad y también ser conscientes de las diferencias entre los significados laicos de los pacientes y los especialistas, acerca de la enfermedad y la salud.

## 5.2 Su experiencia como espacio vivido

En las narrativas se muestra que las personas han tenido acceso a una cantidad enorme de información que han adquirido en su contexto sociocultural, que incluye a su grupo de

---

<sup>44</sup> De acuerdo a Kleiman (1988) "El curador - ya sea un neurocirujano o un médico de familia, un quiropráctico o un psicoterapeuta de última generación - interpreta el problema de salud dentro de una nomenclatura y taxonomía particular, una nosología de la enfermedad, que crea una nueva entidad diagnóstica, un "eso" - la enfermedad (Kleiman, 1988, p. 5) [traducción propia].

cuidado, a otras personas con las que se relacionan y a los terapeutas y/o médicos que los atendieron, con sus esquemas de significado de enfermedad y salud. Su experiencia conforma el aspecto subjetivo, personal y social del conocimiento de la persona (Antonucci, 2018), donde se pueden encontrar sus saberes y significados de su padecimiento, su propia vivencia como un espacio vivido.

El espacio vivido es un concepto abordado en los capítulos uno y dos, como: espacio de representación donde se refleja subjetividad, espacio propio que construye cada sujeto en relación con los demás, donde se estructura una nueva dimensión material y mental en el individuo conformando un proceso dinámico con el tiempo y generando nuevos valores actitudes e intereses (Lefebvre, 1974).

Sus relatos dan cuenta de sus experiencias como un espacio vivido porque es un espacio propio cargado de significados que construyen vivencialmente de su padecimiento.

Se documenta cómo construyen el saber y el significado de su padecimiento a través del recorrido de su experiencia del padecer desde el inicio hasta la época actual, mostrando la experiencia subjetiva en relación a sus malestares, la relación con su contexto, las vivencias con su grupo de cuidado, la búsqueda de opciones de atención y la articulación que las mismas personas hicieron entre todas las prácticas de atención, dentro de las cuales se encuentra el Hospital de Las Culturas. Constituido el Hospital con sus procesos diversos como Espacio hospitalario, dentro del sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal; y todos conforman el Sistema hospitalario.

Como se presenta en el capítulo tres, en el sistema sanitario se encuentran: Instituciones gubernamentales, Organizaciones indígenas, Organizaciones de la Sociedad civil, Instituciones del Sector Salud públicas y privadas, prácticas tradicionales y religiosas, medicinas alternativas, grupos de autoayuda y prácticas de autocuidado; que históricamente se han ido conformando en la zona Altos Tsotsil-Tseltal con sus propios significados y prácticas de lo que es la enfermedad y la salud.

El Hospital de Las Culturas, a donde acudieron las personas entrevistadas, pertenece a las instituciones del Sector salud público, pero también, buscaron atención médica privada, medicinas alternativas y complementarias, prácticas tradicionales y religiosas, recurrieron al autocuidado e hicieron uso de sus recursos intrapersonales. En la interacción con estas prácticas de atención es como se analizan sus narrativas del padecimiento, cómo las articulan

y se reflejan en el Sistema hospitalario. Se presenta desde el momento que pasaron de sentirse bien a comenzar con sus dolencias personales y sociales: qué sintieron, dónde estaban, con quiénes, qué hicieron los demás, qué les proponen; el recorrido o búsqueda de atención para encontrar mejoría o cura, en el que se incluye el paso por el Espacio hospitalario y se configuran como pacientes; y el incesante seguimiento en la búsqueda de su restablecimiento después del Hospital. Se vislumbran momentos de llegada de mejoría y momentos de nuevo de quiebre y/o de entrada a nuevas nosologías, que son característicos de un padecimiento crónico o a largo plazo.

Todos los aspectos anteriores contienen el *illness*, *disease* y *sickness* de cada una de las experiencias. El *illness* como dimensión principal, porque las narrativas se crean a partir del relato del padecimiento de las personas, el significado creado por ellas mismas al enfrentarse a su proceso; e inevitablemente, en su relato se encuentra cómo lo nombran los médicos u otros terapeutas, el *disease*, que es, la categoría que le dan, ya sea fisiológica, psicológica, energética, etc. y a la par un tratamiento; y también se refleja el *sickness* ya que los saberes y significados del padecimiento están influenciados por el entorno social y cultural de las personas y refleja la forma en que su grupo de cuidado (familiares, amigos, vecinos, etc.) y las instituciones de salud, conciben y construyen expectativas en torno al padecimiento y/o a la enfermedad del paciente (Wong y Noor, 2014).

El paciente se somete a estructuras de rol del enfermo (Parsons, 1951 en Turner, 1987) acatándose a las decisiones que tiene que seguir en el proceso de la atención, sea cual sea, pero al mismo tiempo posee un papel activo y dinámico como sujeto-agente (Lupton, 1997) significando y resignificando su espacio vivido, de lo cual las narrativas dan cuenta ampliamente.

Como se puede apreciar, se utiliza el espacio vivido y las dimensiones *illness/disease/sickness* como ejes conceptuales para la construcción de las narrativas del padecimiento, en términos de experiencias vividas. Los informantes a través de ellas, expresan su vínculo con valores compartidos de su sociedad y su contexto histórico (Eroza, 2016), por tanto, las narrativas también dan cuenta del sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal.

Para la documentación y el análisis de narrativas del padecer se plantea metodológicamente el registro de experiencias de personas que informaron haber

experimentado un padecimiento por un periodo prolongado, para que se comprenda la conexión entre la experiencia de la persona y sus saberes y significados más profundos en relación con su contexto sociocultural sobre su padecimiento, y las prácticas de atención a las que recurrieron para intentar sanar o reestablecer su salud.

A través de las narrativas se muestra el significado del padecimiento como su espacio vivido, enfatizando las regularidades entre las cuatro experiencias que cada uno de los narradores crea en tiempos y lugares específicos.

### **5.3 El grupo de personas**

Las personas que forma parte del grupo de estudio relatan antecedentes de entre 5 meses y 12 años con su padecimiento/enfermedad, con matices diversos de saberes y significación. Se consideraron dentro del estudio a cuatro personas, por razones que se exponen a continuación.

Se entrevistó a seis pacientes en los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021 hospitalizados en el hospital de Las Culturas, porque en esos meses se realizó el trabajo de campo en el hospital, pero se decidió integrar solamente a dos de ellos por diferentes motivos que se relatan en las siguientes líneas, que explican el curso de acción de las entrevistas con las personas hospitalizadas.

El día que se entrevistó al Asistente de dirección del turno vespertino, facilitó el ingreso al área de hospitalización para hacer entrevistas a pacientes que se encontraban internados en medicina interna, porque ahí se están los pacientes con padecimientos prolongados, con cuadros de cronicidad. Al llegar al área de hospitalización le pidió al médico especialista que se encontraba en pase de visita que se permitiera el acceso para hacer entrevistas con los pacientes y a un médico interno le solicitó que diera información de personas con enfermedades crónicas.

El médico interno señaló primero el acceso con una paciente que tenía 8 días internada, esta fue la primera entrevista, se realizó con un familiar que estaba cuidando a la paciente, comentó que era su hermana y por un accidente automovilístico tenía fractura craneo encefálica, se realizó una pequeña entrevista, pero al considerar que no era una

persona con un padecimiento prolongado, no se consideró un caso pertinente para la investigación.

Al salir, se le pidió al médico interno que informara de alguna persona con algún padecimiento crónico, pensando en que eso me llevaría a con alguien a quien pudiera ser partícipe de un padecimiento prolongado, y me señaló la cama 12, allí se encontraba la segunda persona a la que se entrevistó, una mujer con insuficiencia renal y anemia, que se encontraba acompañada de su hermano, ambos fueron entrevistados; este caso si se presenta como narrativa.

La tercera entrevista fue siete días después, con un hombre internado por pancreatitis, que se encontraba acompañado de su madre, ambos fueron entrevistados, al igual que la anterior, por la factibilidad del relato se presenta como narrativa.

La cuarta fue una pequeña entrevista con un hombre con insuficiencia renal y diabetes, con él y con su esposa, pero se decidió no presentar su caso porque es una pareja conocida con la que se tendría contacto cercano posteriormente<sup>45</sup>.

La quinta entrevista fue en el mes de enero, con la madre de una mujer joven que padecía de insuficiencia renal y un síndrome, pero no me supo decir el nombre; eran hablantes de tseltal, por lo que la madre de la muchacha le pidió al familiar de una mujer de la cama de al lado que nos pudiese apoyar para traducir, y así lo hizo, fue una entrevista muy breve porque en ese momento estaban decidiendo si le daban de alta voluntaria o realizaban un trámite para pagar de manera particular una diálisis para su hija, comentó que no podría darme más información por la premura del momento, y que vivían en Pantelhó, lo cual dificultaría darle seguimiento allá, por el impedimento de viajar debido a la crisis pandémica, así que se determinó no incluir el caso. Sin embargo, se considera importante mencionar que más tarde al estar entrevistando a la vigilante de la entrada se tuvo de nuevo un encuentro con la madre de la joven hospitalizada, y al acercarse a la recepción para informar que saldría un momento, se le pidió a la vigilante, puesto que ya se sabía que hablaba tseltal, qué si le podía preguntar cómo estaba su hija y qué habían decidido, y ella le menciono que accedieron a pagar la diálisis, pero lo dijo llorando y con desesperación porque explicó que les costaría

---

<sup>45</sup> Él era intendente de la escuela primaria de mi hija y su esposa tiene una tienda dentro de la escuela. El trato con ellos lo he tenido desde hace 4 años, aunque sea esporádico a la hora de la entrada y salida, pero al ser cercano y en el relato se profundiza en la vida personal considere que no era conveniente para ellos. Al mes me enteré de que él falleció.

la primera \$8,000.00 y las posteriores alrededor de \$1,500.00, que no tenían muchas posibilidades económicas pero que verían como resolverlo.<sup>46</sup>

La última entrevista hecha en el hospital fue con una mujer y su esposo, que se encontraba en la cama de al lado de la muchacha anterior, al platicar con su esposo, el cual ayudó en la traducción, se le explicó para que se requerían las entrevistas, y se le preguntó la razón de la hospitalización de su esposa, comentó que sufría de hipertensión y posiblemente diabetes. Inmediatamente se le solicitó una entrevista, él explicó a grandes rasgos el tiempo que llevaba su esposa en ese estado y que era la primera vez que requería hospitalización, le preguntó a ella y comentó que se sentía muy mal para hablar; entonces se concertó una entrevista posterior en su domicilio. Dos semanas después se hicieron dos intentos por teléfono para realizar la entrevista, pero él me comentó que su esposa no se encontraba dispuesta, que él mismo avisaría cuándo, lo cual ya no sucedió.

Posteriormente, en el mes de enero se contactó a dos personas que estuvieron internadas anteriormente, una de ellas una mujer que se encontró internada en el mes de diciembre y dos veces previas, y otra con un hombre que estuvo hospitalizado hace tres años. Se decidió darles seguimiento y ya no realizar entrevistas dentro del hospital, además porque en ese mes hubo una segunda ola pandémica de COVID-19 en todo Chiapas.

En las narrativas se documenta las experiencias de cada una de las personas y de algunos de sus familiares que fungen como su grupo de cuidado, con respecto a su padecimiento/enfermedad; con fines de confidencialidad se cambiaron los nombres de cada persona entrevistada.

Son un grupo heterogéneo en relación a su edad, sexo, estado civil, lugar de origen y padecimiento/enfermedad, dos mujeres y dos hombres. Antonieta, radica en San Cristóbal pero es originaria del Ejido la Unión, municipio de Ocosingo de la zona Selva Lacandona, hablante de tseltal, madre soltera, de edad media y vive con dos de sus hijos; Lorenzo, radica en Teopisca y es originario de allí mismo, la ciudad pertenece a la zona Altos Tsotsil-Tseltal, casado con tres hijos, vive con su esposa e hijos, de edad media; Alberto, radica en San Cristóbal y es originario del mismo lugar, casado con cuatro hijos y tres nietos, vive con su

---

<sup>46</sup> Fue muy conmovedor escuchar eso, se me hizo un mundo en la garganta, pero me contuve de llorar, y traté de reconfortar a la madre; a la vigilante se le llenaron los ojos de lágrimas, lloro, y le habló en tseltal, entendí que también intentaba consolarla. Este momento lo relato en el capítulo 4, en el apartado de Barreras en el idioma.

esposa, hijos y nietos, es de edad avanzada; Graciela, radica en San Cristóbal y es originaria del mismo lugar, soltera, sin hijos, de edad media, actualmente vive con su mamá para la recuperación de su padecimiento/enfermedad.

Cuadro 4. Grupo de personas y su padecimiento

Nombre	Sexo	Edad	Padecimiento/enfermedad	Tiempo del padecer
Antonieta	F	48	Insuficiencia renal y anemia	5 meses, con un antecedente de 7 años atrás
Lorenzo	M	34	Hipertrigliceridemia, diabetes y pancreatitis	8 años
Alberto	M	62	Accidente cerebrovascular con hemiplejía	3 años
Graciela	F	43	Accidentes múltiples	8 años

### 5.3.1 Antonieta<sup>47</sup>

Antonieta es una mujer de 48 años, originaria de Ejido la Unión, municipio de Ocosingo, perteneciente a la zona de la Selva Lacandona, es hablante de tseltal y español. Es la séptima hija de ocho hermanos, ella tiene tres hijos, una de 20 años, otro de 14 años y la más pequeña de 13 años; es madre soltera, nunca vivió con el padre de su primera hija y actualmente está separada del padre de sus dos hijos más pequeños. Desde hace 20 años radica en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas.

<sup>47</sup> Se realizaron tres entrevistas con Antonieta, la primera fue con ella y su hermano el 22 de diciembre de 2019 en el hospital de Las Culturas, la segunda el 23 de diciembre del mismo año en el hospital; y la tercera el 15 de enero de 2021.



Las entrevistas se llevaron a cabo con ella y su hermano, la primera se realizó cuando se encontraba hospitalizada en el Hospital de Las Culturas, su hermano que viajo desde el ejido la Unión la estaba cuidando y ambos fueron entrevistados en esta ocasión, la siguiente entrevista fue al día siguiente solamente con ella, fue el día que estaban dándole de alta, y la tercera entrevista se llevó a cabo con ella en su domicilio, en el barrio de San Antonio de la ciudad de San Cristóbal.

Antonietta estuvo internada 5 días en el servicio de Medicina interna, el acercamiento con ella fue durante el trabajo de campo realizado en el Hospital. Se encontraba internada por insuficiencia renal y anemia. El primer cuadro de anemia severa lo presentó por primera vez siete años atrás, en la actualidad llevaba cinco meses con malestares múltiples hasta que llegó en el mes de diciembre es un estado emergente al hospital de Las Culturas, presenta también una complicación con insuficiencia renal. Durante su internación le aplicaron 6 unidades de sangre por la gravedad de la anemia que presentaba y tres meses después hizo trámites correspondientes para una operación del riñón en la ciudad de México.

Con Antonietta se realizó la primera entrevista documentada. Al llegar a su cama hubo una presentación y accedieron a dar la entrevista, ella y su hermano, que había llegado a cuidarla desde su localidad el Ejido la Unión, porque nadie más había aceptado hacerse responsable de ella, ya que sus hijos que viven con ella son menores de edad.

Se llevaron a cabo dos entrevistas con ella, la segunda fue en el mes de enero en su domicilio, posteriormente, en una llamada telefónica comentó que ya la había referido a la ciudad de México porque la operarían del riñón.

### **5.3.2 Lorenzo<sup>48</sup>**

Lorenzo es un hombre de 34 años, es originario de Teopisca, municipio que pertenece a la zona Altos Tsotsil-Tseltal; está casado y tiene tres hijos, de 15, 11 y 6 años de edad; vive con su familia en la ciudad de Teopisca; es el segundo hijo de tres hermanos, tiene una hermana mayor y una hermana menor. Su hermana menor está terminando la carrera de medicina y refiere que recibe el apoyo de ella para entender su enfermedad.

---

<sup>48</sup> Se realizó una entrevista con Lorenzo y su mamá, el día 28 de diciembre de 2020 en el hospital de Las Culturas.

El diagnóstico que tiene es Hipertrigliceridemia, lo que le provocó posteriormente diabetes y pancreatitis, lo padece desde hace ocho años, y refiere que es hereditario porque su mamá y su abuela también padecen Hipertrigliceridemia.

La entrevista se llevó a cabo en el hospital de Las Culturas en el mes de diciembre en el servicio de hospitalización de medicina interna, duro dos hora y media. Al llegar al servicio se pidió en la recepción con el médico interno si había algún paciente con un padecimiento crónico y me refirieron a la cama de Lorenzo. Se encontraba hospitalizado desde hace 5 días porque tuvo una crisis de pancreatitis, con dolor e inflamación en el páncreas, estaba acompañado de su mamá quién también participó en la entrevista; mencionaron que era la tercera vez que era hospitalizado por esta complicación.

La primera vez que lo hospitalizaron fue hace 7 años, la segunda aproximadamente como 3 años donde presentó además plaquetas bajas por una hemorragia provocada por una úlcera por los medicamentos, esta última vez también presentaba un cuadro con niveles bajos de plaquetas, pero refieren que aún los médicos no determinaban la causa, estaban en espera de nuevos resultados de análisis para que le pudiesen dar de alta; ese mismo día le quitaron el suero y le mencionaron que al tener los resultados le darían de alta, lo más probable era que fuera al siguiente día.

Se realizó está única entrevista, porque ya no se pudo concretar una más con él y con su esposa e hijos en Teopisca, Lorenzo mostró disposición para una entrevista en su casa, pero posteriormente fue negado el acceso, no especificó las razones; pero se consideró suficiente información para analizar la narrativa de su padecimiento/enfermedad con el relato de él y de su mamá.

### **5.3.3 Alberto<sup>49</sup>**

Alberto tiene 62 años, sufrió una parálisis en la mitad de su cuerpo desde el año 2018, por un accidente cerebrovascular. Es originario de San Cristóbal, vive en el barrio de Tlaxcala de esta ciudad. Está casado tiene cuatro hijos, su hija mayor tiene 38 años, es madre soltera; la segunda hija tiene 35 años y también es madre soltera, un hijo de 30 años, divorciado con un hijo, y el hijo menor tiene 25 años, soltero. El hijo de 30 años es el que concedió la entrevista,

---

<sup>49</sup> Se realizó una entrevista en su domicilio con Alberto y su hijo Francisco, el día 22 de febrero de 2021.

ha sido el que se ha hecho cargo de la manutención de sus papás porque Alberto tiene un taller mecánico y su hijo trabaja con él en el taller, ahora es el encargado del taller porque Alberto a partir de la parálisis que sufrió dejó de trabajar. La esposa de Alberto es diabética y tiene problemas en las rodillas, le cuesta caminar. Ella tiene 57 años, es ama de casa.

La entrevista se llevó a cabo con Alberto y su hijo Fidel de 30 años, en su domicilio, duró cuatro horas; ese día su esposa no se encontraba en la ciudad porque fue a cuidar a su mamá a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez una señora de 80 años de edad recuperándose de una fractura de cadera; pero refirieron que si se necesitaba una entrevista con ella estaba dispuesta a otorgarla. Su hijo Fidel y su esposa han sido las personas que más cercanas han estado a Alberto para su cuidado, aunque los demás hijos también han participado de cerca porque vivían en la misma casa. En la actualidad la hermana mayor vive a la ciudad de Monterrey con su hijo de 12 años, por motivos laborales, necesita encontrar un mejor trabajo, la hermana que sigue, vive con ellos con su hijo de 7 años, pero trabaja casi todo el día como empleada de mostrador, y el hermano menor está terminando la carrera de medicina, actualmente se encuentra realizando su servicio social en una comunidad de Chiapas.

Debido a que la entrevista fue extensa y tanto Alberto como su hijo Fidel relataron con detalle el padecimiento durante estos tres años, no se consideró realizar otra entrevista a su esposa, que además se encontraba afligida por la salud de su mamá. El contacto con Alberto fue a través de un familiar suyo lejano, pero que mantiene cercanía<sup>50</sup> porque ambos se dedican al servicio de mecánica automotriz.

#### **5.3.4 Graciela<sup>51</sup>**

Graciela es una mujer de 42 años de edad, soltera, es originaria de la ciudad de San Cristóbal, actualmente radica en la esta ciudad, pero ha vivido en Puebla, en Guanajuato y un tiempo corto vivió en Canadá. Es la hija mayor de tres hijas de mamá y papá, la tercera hija de mamá, y la mayor de parte de papá de 6 hijos en total. Actualmente vive con su mamá debido a que se encuentra recuperándose de un accidente que sufrió en el mes de diciembre de 2020.

---

<sup>50</sup> Conocido mío.

<sup>51</sup> Se llevaron a cabo dos entrevistas con Graciela, una 13 de febrero y la segunda en el 13 de abril de 2021.

Graciela estudió contabilidad en la ciudad de Puebla, pero decidió no ejercerlo, desde hace 12 años tiene un refugio para el rescate y atención de perros en condición de calle y abandono, y se dedica a facilitar talleres del Calendario Maya “13 lunas”, vive en La Montaña de Don Lauro<sup>52</sup>, donde practica Kung-Fu como una disciplina de autosanación.

Graciela estuvo internada en el hospital de Las Culturas de dos a tres semanas en el mes de diciembre de 2020, pero no se coincidió con ella porque al llegar al servicio de medicina interna se buscaba pacientes con enfermedades crónicas, y ella se encontraba allí por un accidente, que le había provocado un derrame cerebral<sup>53</sup>, como con la primera paciente que se tuvo contacto también fue por un accidente, al solicitar entrevistas con los pacientes se pedía a los médicos internos que directamente derivaran con pacientes con padecimientos crónicos y la remisión fue con diabéticos, hipertensos, con insuficiencia renal o similares.

Pero, en el mes de enero en una sesión de Constelaciones familiares<sup>54</sup> hubo un encuentro casual con Graciela, al compartir los motivos de la estancia en ese espacio, la coordinadora del grupo mencionó que Graciela había estado hospitalizada en el hospital de Las Culturas y que si ella quería la podía entrevistar, a lo cual Graciela dijo que sí. Graciela podía hablar con dificultades porque se encontraba con la mandíbula grapada por una cirugía maxilofacial por el accidente reciente, pero entre dientes expresó que ella se encontraba allí porque quería comprender y encontrar solución a la constante experiencia de accidentarse, en ocho años había sufrido cinco accidentes, y el último fue de total gravedad que estuvo en riesgo de morir. La coordinadora del grupo era amiga suya y la invitó a participar en constelaciones familiares como alternativa para encontrar equilibrio.

---

<sup>52</sup> En el capítulo 3, se menciona este lugar como parte del Sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, dentro del apartado de Terapias Alternativas, está ubicado en una montaña al sur de la ciudad de San Cristóbal, donde se brindan diversos talleres y alternativas de sanación espiritual y energética. El dueño es don Lauro de la Cruz, conocido como Chamán y Sacerdote Maya.

<sup>53</sup> Posteriormente al salir del hospital descubre que también tenía una fractura de mandíbula.

<sup>54</sup> En el mes de noviembre de 2020 entré a un curso de Constelaciones familiares para conocer a mayor profundidad este modelo y trabajar algunos temas personales a través de técnicas alternativas. Es un modelo psicoterapéutico creado por un ex misionario católico, Bert Hellinger, que ha recibido múltiples apreciaciones: Alonso (2005) menciona que se lleva a cabo en grupo y en una sesión, y consiste en una reestructuración del esquema de la familia de origen del cliente, el cual coloca en el centro de la estancia a algunos de los participantes en la sesión que actúan como representantes de los miembros de su familia, a pesar de la enorme aceptación de la que goza, su eficacia aún está por ver y los supuestos en los que se basa por comprobar; Cuevas, Dahbi, y Barba (2017) la consideran como pseudoterapia porque existen pocos intentos de validarla empíricamente, como tampoco queda claro su encuadre teórico; Garriga (2016) la describe como un modelo eficaz para resolver enredos sistémicos, que ayuda a revelar y comprender nítidamente las dinámicas afectivas familiares o profesionales, que determinan los problemas, y reorientarlas hacia soluciones.

Al finalizar la sesión, se charló con Graciela y expuso que para ella esta experiencia la había acompañado tantos años que estaba en búsqueda de una solución y que le parecía que la alternativa de Constelaciones familiares podría servirle para sanar algo que no sabía que era pero que la llevaba a sufrir tantos accidentes.

En este encuentro con Graciela se consideró que se estaba encuadrando un padecimiento/enfermedad en un esquema clínico crónico, como son diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, tumores, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades mentales, entre otras (OMS, 2021); determinadas así por la racionalidad medica científica. Y este padecer resultaba ser de larga duración desde la significación de Graciela, no como eventos aislados, sino como una experiencia de cronicidad porque se ha experimentado en repetidas ocasiones durante ocho años y está en búsqueda de una sanación.

Como investigadora, este relato me hizo reflexionar que estaba dando por hecho que las personas partícipes del estudio, debían tener una nosología ya determinada, por haber sido pacientes del hospital de Las Culturas y poseer un padecer de larga duración, y no podían ser las que llevaran poco tiempo con su padecer. Por esa razón, en la primera entrevista con el hermano de la mujer con fractura craneoencefálica, por accidente automovilístico, con una semana de antigüedad, se determinó que no era factible integrarla al estudio; pero dada la significación de la misma Graciela como un padecer de ocho años y no de un mes y medio, se determina como un padecimiento/enfermedad, prolongado, apropiado para el análisis en este estudio.

A continuación, se presentan las narrativas de Antonieta, Lorenzo, Alberto y Graciela desde el inicio de su padecer hasta el momento actual, en su búsqueda de atención por los servicios médicos privados, el hospital de Las Culturas, medicinas alternativas y complementarias, prácticas tradicionales y religiosas, prácticas de autocuidado y el uso de sus recursos intrapersonales.

#### **5.4 Narrativas de los pacientes**

Como ya se mencionó el análisis de las narrativas del padecer se presenta como el espacio vivido de la experiencia de cada una de las personas con respecto a su padecimiento. Las narrativas posibilitan conocer los cambios que experimentan las personas en la experiencia

del padecimiento a través del tiempo (Kleiman, 1988 y Lupton, 2012) en una línea espacial-temporal la sucesión de hechos y sentidos en diferentes momentos dónde se pueden ir comprendiendo los saberes y significados del padecimiento: desde que comienzan el proceso y no tienen claridad de lo que les está sucediendo; cuando se significan en situación de enfermedad o desequilibrio, de posición de persona sana a persona con un padecer y las diversas formas de atención a la que recurren dentro del sistema sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal.

El orden de lo acontecido no se dirige solo a una línea temporal sino a los sentidos que significaron para cada una de las personas su padecimiento/enfermedad, que, como se apreciará tienen matices particulares y análogos, que representan la voz de los narradores y la dimensión sociocultural e histórica de su contexto.

#### **5.4.1 El comienzo...me sentía bien, de pronto algo cambio**

Los eventos difieren en los cuatro casos, pero el inicio de cada experiencia está marcado por lo inesperado que fue: no se lo imaginaban, no entendían lo que estaba sucediéndoles y la preocupación de sus familias, amigos y/conocidos ante lo vivido por su ser querido.

Se encontraban en actividades de su vida cotidiana, su vida discurría como siempre: en el trabajo, en su casa, con sus hijos, con personas cercanas. En algunos casos fue paulatino el malestar y en otros se dio de un momento a otro, pero, en todos paso un lapso de tiempo que les hizo estar en un estado no claro, con diversas emociones, sensaciones, pensamientos, planteándose preguntas y tratando de encontrar respuestas desde ellos mismos, y de las personas a su alrededor. Al inicio, se dejaron llevar por lo que su contexto inmediato consideró adecuado su malestar.

Desde los primeros momentos, las concepciones de estar en un estado de “bienestar” a un estado de “malestar o desequilibrio” tienen contenidos de significados socio-culturales con respecto a la integridad de su persona y de su cuerpo. A partir de aquí, comienzan a darle sentido a la experiencia del padecimiento y acuden a una serie de discursos y recursos culturales (Lupton, 2012), dejan ver su mundo social y los significados que les dan.

## Antonieta

Desde agosto me sentí mal, tomé plantas y plantas y plantas, y tomé todo lo que me dicen, pero ni con eso; ya como dos meses comenzó a agitar mi corazón, ya no podía yo salir a buscar mis plantas en el monte, ya no quería yo nada ya, sólo quería yo acostarme y dormir, barrer y trapear ya no podía yo [...] fui a ver a mi mamá y me dieron unas medicinas naturales del monte, y lo tomé y tomé, lo que pasa es que no me duele nada sólo mis manos, lo que me pasa es que se agita mucho mi corazón, ya no podía caminar, solo quería estar acostada en la cama.

(diciembre 2020)

Pero Antonieta refirió que hace 7 años atrás cuando se separa de su segunda pareja, se había sentido mal y en una Asociación civil para madres solteras la apoyaron, y le diagnosticaron anemia por primera vez:

Hace muchos años cuando tenía 3 años mi hija, la de 13, me sentía muy mal, me dio pura calentura, vómito y diarrea, y donde me quedo sentada ahí me dormía, ya estaba yo dejada del papá de ellos, y una persona me trajo aquí, ella me miro mis análisis, ella me vino a entregar acá [...] me llevaron haya por la Quinta, es que haya hay más mujeres que son abandonadas, ahí por eso me curaron, me dieron el dinero que costo \$1500 mis análisis, es una Casa de puras mujeres, pero no me acuerdo como se llama; pero ya no están allí, ya cambiaron de dirección. Ahí me fui, fue cuando me deje del papá de mis hijos [...] ahí me quede con mis dos hijos, Rosa tenía 3 años más o menos [...] te digo que ya no aguantaba yo la calentura, desde que yo me fui me dio diarrea y vómito [...] No me encontraban que tenía yo, hasta que mandaron unos análisis que salió en \$1500, lo mandaron a Tuxtla y ahí supieron que tenía yo anemia, y es que aquí me dijeron “es que ya tiene sida por eso no encontramos que tiene”, hasta mi plato y mi cuchara estaba aparte; y la última vez que mandaron mis análisis salió que tenía yo anemia; y tres meses comí pura res y verdura, esa vez si lo sentí muy duro, cinco meses estuve así, con el frío y la calentura, pero esta vez no me dio calentura ni diarrea, y el cansancio que no lo aguantaba yo, solo eso; ni dolor de nada.

(diciembre, 2020)

Antonieta comienza su padecer en agosto de 2020 –hasta que en diciembre es hospitalizada en el Hospital de Las Culturas, ahí le determinan anemia e insuficiencia renal– pero el primer malestar lo vivió años atrás, refiriendo con mucho énfasis, tanto de la primera ocasión como de la segunda, lo experimentado en el cuerpo como sensaciones que le impiden seguir realizando sus actividades cotidianas: diarrea y vómito, pero principalmente frío y cansancio.

Denota no saber que podría tener, y se deja llevar por lo que las personas, que la han apoyado en esos momentos, le recomiendan:

Tres meses comí cuando estaba yo en la Casa de la Quinta: nabito, la acelga, la espinaca, puro hígado de res, pero ya no lo puedo ver, ni del pollo no lo puedo ver porque parece hígado de res [...] cuando llego a casa de mi mamá ahí nomás lo corto, como ellos no usan fertilizante, ni su maíz le echan fertilizante [...] allá casi no se enferman porque ellos comen su tortilla de maíz, toman su pozol, aunque sea frijolito, ahí crecen el chile, el chayote [...] mi hermanita me hacía cuando estaba yo en mi casa jugo de naranja con betabel, pero me atarantaba mi cabeza, me daba un vasón, se fueron a Ocosingo mi hermano y me trajeron mucho betabel, pues todo eso lo licuaba mi hermanita, cuando me levantaba ya estaba mi licuado, pero lo veía yo que caminaban las paredes, los cerraba yo así mis ojos, y al rato se me quitaba (se ríe porqué se le mencionó que el betabel crudo es recomendado para la anemia, pero un pequeño trozo porque provoca mareos)

(diciembre 2020)

Desde su posición como migrante del campo a la ciudad, el significado de estar enferma está relacionado con la forma de vida, principalmente con el consumo de los alimentos. Se aprecia en el relato de Antonieta un contenido sociocultural acerca de su padecimiento, porque pone énfasis en el estilo de vida, principalmente en la dieta y de algún modo la responsabilidad que conlleva vivir en la ciudad, que recae en una responsabilidad individual de estar enferma, propio de las explicaciones de la enfermedad de las sociedades occidentales (Lupton, 2012; Meza y Escalera, 2017).

Aunado a lo anterior, se advierte en su relato que los motivos de la migración a la ciudad de San Cristóbal fueron evitar el estigma social ya que sufrió un abuso sexual y quedó embarazada, y ante esta vulnerabilidad decide no regresar al Ejido:

Me vine para acá en el mes de junio y mi hija nació en el mes de noviembre, aquí nació, pero es que no quería yo estar allá porque es comunidad, y sabes cómo es la comunidad dicen cosas, que no tiene padre la niña que tuve, bueno tiene papá, pero tiene mujer pues, así como me dice mi sobrina: -tú no lo quisiste, te agarró a la fuerza el hombre- exactamente, le dije, apenas lo supo mi mamá, que él me agarró a la fuerza, de sorpresa me agarró. Bueno me vine para acá porque me regañaba mucho mi mamá, me pegaba mucho, por eso me vine solita yo, no sé si lo conoces una casa hogar acá en San Diego, ahí tuve a mi primera hija, me vino a dejar mi hermano Manuel allí; como desde que estaba ahí la coordinadora que está trabando allí, era coordinador de Derechos humanos en las comunidades, ahí la conocimos, por eso me vine para acá. Antes que se enterara la gente que estaba yo embarazada me vine acá [...] yo no me pensaba yo venir, me quería yo quedar, pero me escapé antes de que me dijeran algo la gente, mi cuñada, mi hermanita, porque mi hermanita apenas empezó hablar conmigo ahora en el mes de agosto que yo llegue a mi casa, apenas empezamos a hablar; porque desde



que estaba yo en mi casa, desde que lo supieron que estaba yo embarazada muchas cosas me dijeron, no me hablaban; mi mamá me regañaba, mi mamá me pegaba (llora) bueno antes de que se enteraran por eso decidí salir de allí; mi papá no me dijo nada, no me regañó, no me pegó, pero mi mamá sí. Antes de que se creciera más el pleito en mi casa por eso me decidí salir [...] ahí me dejó mi hermano. La coordinadora me recibió, había más mujeres allí, les dan hospedaje, su comida, todo les dan; te tienes que levantar temprano, hacer el desayuno, a barrer, a trapear, todo eso. Ya cuando nació mi hija me quedé un mes más, ya busqué mi trabajo, te esperan un mes o dos meses, depende como nace el bebé, a mí me dieron dos meses para buscar trabajo, para que yo pudiera pagar mi cuarto [...] ahí mismo me dieron trabajo en la Casa hogar, que yo vigilara la cocina, que comprara en el mercado, me mandaban a traer el gua, ver como cocinaran, estuve como un año.

(enero 2021)

Llegando a la ciudad, sus circunstancias de vida no fueron fáciles, pero encontró apoyo de Organizaciones de la sociedad civil en dos ocasiones, una cuando llegó embarazada, y la segunda cuando se separa del papá de sus hijos más pequeños y al mismo tiempo sufre anemia por primera vez. En ambas circunstancias la atención biomédica guio su recuperación, así como en la ocasión en que fue hospitalizada en Las Culturas.

Se puede apreciar que, ante la primera experiencia de dolencia grave, como en la segunda con complicaciones mayores, Antonieta no entiende lo que le está sucediendo, lo que le importa es sentirse mejor para seguir trabajando y tener lo indispensable para sus dos hijos, sus necesidades económicas para subsistir se convierten en el foco mayor de su atención

Lorenzo:

hasta que uno se siente verdaderamente mal es que ya uno quiere reaccionar, hasta que me sentí mal, me dijeron los doctores que tenía elevados los triglicéridos [...] hace aproximadamente ocho años; y es que eso no es provocado, sino que es hereditario [...] con el tiempo es que vamos conociendo que tanta enfermedad hay, cuantos pacientes de diferentes cosas [...] de hecho, sabía que mis triglicéridos estaban elevados, pero el páncreas supongo yo que tiene un límite, subió de más y se inflamó y los dolores que me provocó me hizo buscar un doctor

(diciembre 2020)

Lorenzo sabía que tenía un descontrol en el nivel de los triglicéridos, pero el nivel que desencadenó fue muy elevado, lo que le provocó inflamación en el páncreas y posteriormente más complicaciones; desde el momento que presentó el cuadro de altos niveles de

triglicéridos derivó su propia explicación con aparente calma, a un factor de riesgo hereditario, reforzada por la apreciación de su madre, ya que ella y la abuela materna también padecían un cuadro similar; lo cual su madre reafirmó en la entrevista:

La cadena viene de mi mamá, después lo heredamos nosotros como hijos, yo ya tiene muchos años, tiene como 20 años que tengo triglicéridos altos, pero yo gracias a dios me he cuidado, en mi alimentación, me gusta tomar hierbas, eso me ha ayudado bastante, y mi medicamento, pero él empezó también con lo mismo, muy joven, pero él ha avanzado más, yo soy prediabética, pero hasta ahorita estoy en tratamiento para ver si se llega a nivelar, porque si no se nivela me van a declarar diabética, pero todavía no, pero él sí. Ya tiene tres ocasiones en que lo hospitalizan.

(diciembre 2020)

Ambos refieren que el comienzo del padecimiento de Lorenzo fue algo no sorprendente, por los antecedentes hereditarios, se aprecia la dimensión de *sickness* como “algo ya esperado” porque muchas personas de la familia lo han padecido; como menciona Lupton (2012) cuando la causa de la enfermedad es genética, el énfasis se aleja de que es una responsabilidad personal, y entonces las estrategias se centran más en hacerse exámenes; de hecho, fue lo primero a lo que hicieron referencia en la entrevista; ante el diagnóstico que obtuvo de los médicos por medio de análisis de laboratorio (que implican tecnología), le brindó a Lorenzo “aceptación” o “resignación” o “calma”, no incertidumbre, ya que tuvo desde el principio una respuesta de dónde se derivaba su malestar, a diferencia de Antonieta. Además, se aprecia que Lorenzo poseía algunos conocimientos biomédicos, su relato comienza como entiende la mirada de *disease*, puesto que ha tenido un diálogo de ocho años con la institución de salud

### Alberto

Ese día me sentí mal, viniendo aquí me dijeron ¿qué paso? -estoy mal- le digo (llora por un rato), mi mujer (llora) -¿qué tienes?- -no sé- tu cara esta caída (llora), entonces mis hijos me llevan al doctor, me empezó a checar, y dijo: -llévenlo rápido, porque le está dando una... no sé qué dijo, yo ya no hablaba, que dijo entonces, hicieron que subiera mis brazos, y yo ya no podía, -llévenlo rápido él ya no puede, ya no le suban- dijo; y ya no me acuerdo a dónde me llevaron, ahí se me borro todo.

Así fue las cosas y yo digo: -son así, pero no sé cómo les dijera yo, no podía yo decir sí o no, no podía yo decir vamos a ir o no, no sé, entendía yo que me decía, pero no sabía yo ni que contestar porque no podía yo, entonces ya el día que pude contestar ya podía yo decir que sí, y entonces estuve mejor.

(febrero 2021)

El comienzo del padecimiento de Alberto, es decir, el día que estaba sufriendo el accidente cerebrovascular, sintió que perdió el control de su cuerpo y, por tanto, de sus decisiones.

Su hijo Fidel, el que concedió la mayor parte de la entrevista, explicó extensamente lo sorprendente, impresionante y preocupante que fue para su familia lo que le estaba sucediendo a Alberto:

Fue un miércoles 31 de enero de 2018 que como eso de las 10:00 él vino manejando de Guadalupe, y se venía infartando, en ese momento yo tenía el taller llenísimo, y le digo a Rafa: -dile al viejo que no meta la camioneta- entonces se quedó como a 20 m de la entrada y se echó de reversa, entonces regresa ese niño corriendo y me dice: -oye el maestro vino tomado- y yo por lógica dije pues no, no está tomado, está jugando, yo dije es miércoles 10:00 de la mañana entonces no. Yo saqué la camioneta él la echa de reversa, la vuelve a meter, cuando yo bajo para saludarlo le vi la cara chueca, y le dije: -¿papá que te paso? -, -no nada-, -¿cómo chingado qué nada si traes la cara chueca?, -no, me siento bien-, traía tres frutas en una bolsita, vengo corriendo a la casa y le digo a mi mamá: -¿por qué se fue mi papá, si está bien mal, trae la cara chueca? -, -¿Cómo es posible?- me dice. Corro, César, mi hermano, estaba durmiendo y le dije papá se siente mal (él estudiaba medicina), se levanta, lo empieza a checar y tenía la presión alta, y pidió unas pastillas de Nifedipina de 10 mg, y los muchachos de taller se preocuparon aquí estaban también, uno de ellos sale corriendo a comprarlas, y César se la puso a tiempo, le hablamos a mi tío que es huesero, que le viniera a masajear la cara, y vino, se le enderezo, y después se le volvió a enchuecar, y me dijo mi tío: -no, esto urge un doctor-.

(febrero 2021)

A diferencia de Antonieta y Lorenzo que pueden relatar cómo empezó su padecimiento porque se fue desarrollando paulatinamente, Alberto no recuerda bien que pasó, porque todo fue tan rápido y quedó inmediatamente bajo el amparo y toma de decisiones de su familia, principalmente de sus hijos en un inicio; y a partir de allí una discapacidad motriz, que lo llevaría a adaptarse a una transformación en su forma de vida, como en la forma de percibir su cuerpo. Al respecto, Lupton (2012) comparte que en estas enfermedades repentinas las personas viven grandes obstáculos en actividades que eran rutinarias y privadas y la ayuda de los otros se convierte en esencial, por tanto, su identidad e imagen de sí mismo se altera y es necesario reconceptualizarlas, incorporando la pérdida de la sensación física como la dependencia de los demás, lo cual se verá que transitó Alberto a lo largo de su experiencia.

Al tener uno de sus hijos y un hermano conocimientos biomédicos y conocimientos de masaje facial, por ser estudiante de medicina y huesero, respectivamente, comprendían que estaba sufriendo un problema grave y que habría que actuar de inmediato.

Con Alberto, las decisiones familiares desde el inicio guiaron el proceder para atender su padecimiento, así como la forma de vida y los cuidados que debía tener posterior al episodio vascular.

### Graciela

Graciela: Pero ese accidente, no recuerdo si tuve más anteriores, de repente se me va, pero yo creo que sí, pero de los más graves y que caí en el Hospital de las Culturas, bueno que caímos, fue un accidente en moto que tuvimos con mi papá; íbamos saliendo del trabajo, yo iba atrás y mi papá iba conduciendo, en junio de 2012, y fue afuera del deportivo, cuando pasas un topecito nos salió una chica manejando un jeep de esos que traen tumbaburros y nos dio un golpe que yo salí volando por los aires, caí y solo recuerdo, porque para mí ese instante del golpe es como muy borroso, solo recuerdo que estaba yo tirada super lejos de mi papá, pero yo miraba a mi papá que se sujetaba la pierna y entonces quise correr, quise pararme para ir a auxiliarlo porque yo no sentía nada, cuando de repente a la hora que me quise parar empiezo a sentir en la pierna (señala su pierna) y solo recuerdo que gritaba porque me dio un dolor impresionante y para no hacerte largo de mis dolores, solo que sí fue cabrón, y, este, la pierna se me reventó y se me veían hasta los huesos. Pero, a mi papá se le partió la pierna en seis pedazos.

Hermana de Graciela: Si fue un desmadre, y se le hizo como carne molida la pantorrilla; ¿fueron por tortillas verdad? (le pregunta a Graciela), algo así.

Graciela: veníamos del trabajo, trabajábamos en el mercado Tielemans, íbamos a la casa de mi papá a comer, entonces me acuerdo que llevaba mis copias del calendario maya porque iba a dar un taller y salieron volando por los aires.

Hermana de Graciela: tú saliste volando, dice papá que te vio así (señaló hacia arriba)

Graciela: ahí fue la primera vez que me dijeron que fue un milagro porque, no me acuerdo si fue mi hermana Silvia que llegó, y estaba tan enojada que metió a prisión la que iba manejando, yo eso lo supe después, yo no sabía nada, yo no me acuerdo que pasó desde el accidente hasta que llegó la ambulancia, no me preguntes no sé, no sé si estaba yo en shock, si estaba yo observando, no tengo registro de eso en mi memoria, solo del dolorsazo.

Graciela: De ahí tuve otro accidente muy fuerte donde un perro me desfiguró la cara, me mordió aquí el labio y me quedo en trisas [...]

Hermana: yo creo que es importante que le comentes que no era ni siquiera un perro del Refugio

Graciela: ¡no!, era un perrito de una amiga, pero me afectaba mucho mi corazón porque toda la gente pensaba que era un perro del Refugio, un perro rescatado y que me estaba pagando así, no, yo esto del cubre bocas yo ya lo sé desde antes, me hice los míos de color negro porque tenía la cara desfigurada, yo escuchaba en las calles: -mira ahí va, es ella la que tiene la cara desfigurada, por eso no se acerquen a los perros-, y yo: -puta madre, estoy haciendo con esto todo lo contrario a lo que quiero, que cuiden a los perros y que los amen- fue bien duro para mí corazón, pero, yo regrese con mis perros porque para mí esto es la pasión más grande [...] Ese fue el segundo accidente así super fuerte, ¡ah!, no, no, mentira este fue el primero, si, si, si, ese fue dos años antes, en el 2010, bueno ahí va al revés, y de ahí a los dos años ya fue el accidente de moto.

Graciela: De ahí otro accidente fuerte fue el de Canadá, que me caí y se me desguinzó el pie, pero igual, así se me recuperé. Y creo y espero yo que no sea una constante ya, pero en Canadá me caí, me accidente y se me puso así el pie cabrón (señala su pie para dar a entender que estaba inflamado), y si fui pues a trabajar allá para trabajar, y llegando, llegando me accidento, y resulta que donde estábamos el trabajo se hizo caca, y las personas trabajando se peleaban entre ellos, la cosa es que a mí me vieron trabajar solo un momento antes del accidente y el amigo donde yo estaba me contuvo, y me llevaron para todas partes y me decían que era un caso muy especial, que porque siempre que alguien se accidenta y más si no es legal, no se hacen responsables, y a mí para todas partes me llevaban, y al final fíjate que gracias al accidente tuve después un mejor trabajo, me trajo un chorro de amigos, para mí eso fue así como: - ay dios ¿por qué tengo que llegar a tantas extremidades para tener tantas bendiciones?, lo agradezco pero ojala que cambie yo de estrategia- porque te digo que fui super bendecida, no solo económico sino a nivel afectivo, las personas se pelaban por competitividad, pero yo no entraba en eso, no me tocó estar en todo eso por el accidente, ni estresarme, ni pelearme, nada, de hecho yo era la jefa y los supervisaba y me trataban muy bien y me hice amiga de muchas personas de todas partes del mundo; entonces puede decir: -qué bendición- pero mejor que me enseñen de otras formas más suaves y amorosas, bueno este fue el tercero.

Graciela: en el cuarto accidente, me fueron a dejar tirado afuera del refugio a un perro pitbull, yo pensaba que tenía como cuatro meses, pero estaba tan desnutrido y tan mal, y tan loco, que estaba super mal, tenía lagañas en los ojos, como sangre en todas partes, lo llevé a sacrificar y me dijo en veterinario, ese pinche veterinario: - este perro no necesita sacrificio, está bien, esta así de mal porque está desnutrido, tiene aproximadamente 10 meses, pero con una buena alimentación, no sé qué-, y, yo no decido acerca de los perros cuando están bien, yo decido cuando tienen moquillo, cuando están muy mal, fracturados, o que me cueste una fortuna operarles su cadera y que no van a quedar bien, pero en este caso que me dice el veterinario que estaba bien no tuve el corazón para dormirlo y me lo llevé; pero, estaba bien loco, atacaba todos los perros del refugio y se les iba a

la yugular directamente, y yo pensaba dios mío, hasta lo llevé a entrenamiento, pero yo ya estaba muy estresada, y mi mismo estrés contagiaba el espacio; la cosa, es que ya había atacado a muchos de mis perros, y a mis perros que amo y adoro, y que son super tranquilos, y de repente lo puse a él en un encierro que tenía madera, llegaron unas personas a adoptar, un chico que era voluntario, que se convirtió en super amigo y tuve un romance, la cosa es que decido sacarlo de donde estaba porque dije en cualquier momento se va a escapar y se vuelve esto, un desmadre, me acuerdo que lo llevé, lo saque cargando cuando los perros sintieron el nerviosismo del animal y todos se me abalanzaron para atacar al pobre perro, y el perro en su desesperación y nerviosismo me muerde la mano, yo no supe de la adrenalina que tenía (observa sus manos) -¿temblé verdad?-, de la adrenalina que tenía yo no supe nada, sino es que Ander el amigo que te digo me fue después diciendo, porque lo único que yo recordaba es que me metió una mordida acá (señala cerca de su ojo izquierdo) y empecé a sangrar muchísimo, y ya me lo quitaron y lo llevaron no sé dónde y a mí me llevaron a mí de emergencia al hospital de Las Culturas, y bueno la cosa es que me dijo Ander: -¿y sabes por qué te mordió?-, -no sé-, me dice: -te mordió y tú no lo soltaste-, resulta que yo creo o pensé en esas milésimas de segundos: -no lo voy a soltar para que se arme la matazón- y reaccioné como perro (con pena, incluso bajo la voz) le mordí la oreja, yo creo que soy una salvaje también, y a la hora que yo le muerdo la oreja se voltio y yo creo que pensó que era un perro y casi me arranca el ojo; y entonces me llevó al hospital de las Culturas rapidísimo [...] Este fue el tercer accidente, por decirlo así, fuerte, porque casi pierdo el ojo y fue cerca de la cara y tenía yo un hueco aquí (señala su rostro) cañón que se me veía el hueso, eso fue hace como unos tres años y medio, después fue el de Canadá, perdón es que se me barre, y después fue este último que te voy a contar.

En el quinto accidente Aquí hubo un factor externo que fue el alcohol, y es algo que quiero agradecer, a mí me decían: -¿para qué tomaste tanto?- me vale, ya no tengo que andar convenciendo a las personas de si tomo o no tomo, de hecho me gusta la cerveza, pero resulta que yo ya iba a entrar a una desintoxicación por la Danza de la Luna, de no carne, no sexo, y no alcohol, yo ya estaba completamente decidida, yo no tomo alcohol fuerte, salvo algunas excepciones en las que hay ceremonias o está Don Lauro, un poquito de posh, pero resulta que hubo una fiesta con unos amigos, no iba a haber alcohol, pero hubo un poquito de cervezas, yo me tomé bien poquitas y yo era la responsable de la casa, yo me iba a quedar hacer pijamada con una amiga y con sus niñas para el siguiente día limpiar, y entregar la casa; pues resulta, y aparte comí un chingo, de verdad un chingo, un chingo, pues resulta que un amigo sacó un mezcal de no sé dónde y sirvió un vaso, y ese vaso lo compartíamos entre muchas personas y hasta ahí me acuerdo, ósea esa sensación solo me ha pasado de perderme con un poquito de alcohol cuando me secuestraron, cuando yo tenía 15 años, y seguramente me violaron, yo no lo recuerdo, lo tengo completamente bloqueado, pero fue un primo que me puso algo en una bebida, entonces yo me perdí y esa misma sensación la volví a vivir, ¡no tengo porque convencer a nadie, me vale madre! Tengo unos amigos que dicen: -ay es que Graciela se pone muy mal, es una alcohólica-, y no sé qué, que piensen lo que quieran me vale madres; la cosa es que, si efectivamente me puse mal, pero yo seguía ahí y dicen que tomé más mezcal, no me acuerdo, por qué chingado me daban más si me vieron mal, yo nunca tuve la opción de decir no, no tuve esa conciencia de decir ¡ya hasta acá!, y me dicen que estuvo muy cabrón.

La cosa que de repente despierto en el hospital de Las Culturas, en emergencias y yo no entendía que estaba pasando, pero por dios que para mí fue tan espantoso, era por ratitos y me volvía a ir, y por ratitos y otra vez no entendía, hasta que ya mi mente empezó a captar: - ¡no puede ser, me accidente otra vez! - y esta vez de una gravedad, dentro de mí sabía que era de una gravedad impresionante, fuertísima...

(abril 2021)

Como ya se mencionó, la narrativa de Graciela se incluye porque desde su significación es un padecer, aunque no fisiológico, sino: espiritual, emocional y/o kármico; que ha venido padeciendo desde hace 12 años. Fueron cinco accidentes que la llevaron a una búsqueda amplia de atención para este padecimiento.

Se puede entender, desde una significación, desde el marco interpretativo de Eroza (2016), como enfermedad/infortunio; es decir, una dialéctica entre ideas relativas a alguna cuestión divina, espiritual, kármica y/o emocional y su correlación con su experiencia vivida y/o percibida de su vida social. Graciela denota sus valores desde una interpretación de sus saberes adquiridos a través de un aprendizaje sobre filosofías no occidentales, como se apreciará en fragmentos de su relato en los apartados que se presentan posteriormente.

Se comienza con los fragmentos de todos los accidentes, el primero de un accidente que fue muy fuerte en la vida de Graciela, de su papá y de su familia por el sufrimiento de ambos, incluso, Graciela lo relata al inicio como el primer accidente y posteriormente rectifica y menciona que en realidad fue el segundo accidente que sufrió; el primero, , fue la mordida de un perro en la casa de una amiga, que permeó su imagen de trabajar con perros de la calle porque las personas creyeron que había sido mordida por un perro del Refugio, emocionalmente para ella fue muy difícil porque refiere que ha tenido que luchar socialmente para no ser cuestionada por dedicarse a eso; el tercer accidente fue otra mordida de un perro pitbull que le fueron a dejar abandonado a las puertas del Refugio, aunque lo relató en un inicio como el cuarto accidente, después rectificó y comentó que fue el tercero; el cuarto fue el de Canadá y fue atendida allá, y el quinto accidente fue el que sufrió en una cabaña porque se rompió un barandal al recargarse, estando alcoholizada.

A partir del cuarto accidente Graciela alude a una fase en que percibe que su vida de “bienestar” está permeada por algo que no sabe qué es, pero que la hace sufrir accidentes y

lo confirma al despertar en el Hospital en el quinto accidente; este es precisamente su padecimiento; aparte de los procesos que en cada accidente padeció de forma independiente.

Es diferente a las primeras tres narrativas dónde se expone el primer momento de malestar; aquí se pretende dar a entender que no fue desde el primer accidente (aunque si le cambio circunstancias de vida) que ella significa que está en un proceso de padecer a largo plazo.

En las cuatro narrativas, lo más importante en las primeras manifestaciones de su padecimiento, es aminorar el malestar o reducir el peligro de perder la vida, es una fase incierta, no se asumen como pacientes ni usan una terminología que los categorice en un diagnóstico, sin embargo, se encuentran en un momento de fragilidad que altera la normalidad de lo cotidiano (Antonucci, 2018) una fase de alteración en su vida.

Del tiempo en que comienza su padecer, *illnes*, hasta categorizarlo en *sickness*, difieren los cuatro: para Alberto fueron horas, ya que el mismo días de su accidente vascular lo internan en el Hospital y le dan un diagnóstico, Lorenzo no aclara el tiempo para saber que tenía Hipertrigliceridemia, pero para saber que se complica con pancreatitis fueron meses, para Antonia, al igual, fueron meses para nombrar lo que tiene, aunque no comprende ampliamente la lógica biomédica, y para Graciela vivió en cada uno de los accidentes *disease*, *illnes* y *sickness*, y volvió a experimentar *illness* y *sickness* cuando considera que la constante de accidentes tiene que ver con un padecimiento a largo plazo, y para replantearlo así pasaron muchos años desde su primer accidente.

#### **5.4.2 De los primeros malestares a la búsqueda incesante de atención**

Como se pudo apreciar en los fragmentos de los relatos anteriores, para Antonieta y Alberto ante los primeros malestares del cuerpo, comienzan la búsqueda de atención a través de su contexto inmediato, con los propios recursos, con las personas cercanas, desde vecinos, conocidos y familiares. Para Lorenzo fue la atención biomédica, y, para Graciela al ser accidentes la atención biomédica era inevitable, pero, cuando ella significa su padecer como prolongado, sigue un proceso de atención alternativa.

En todos los casos está presente, en diferentes momentos de su padecimiento, la búsqueda de atención en el Hospital de Las Culturas, en donde los diagnósticos y los



tratamientos parten del concepto de *disease* y *sickness*, porque lo ubican en una categoría fisiológica y le asignan al paciente obligaciones que debe cumplir para su restablecimiento; y no integran a *illness*.

En los casos de Antonieta, Lorenzo y Alberto el primer diagnóstico y prescripción a seguir, fue de médicos particulares, con la misma connotación de *disease* y *sickness*, aunado a la obligación de pagar por el servicio, ya que fue así que tuvieron su primer acercamiento para reducir sus malestares y entender que estaba pasando con su salud.

#### **5.4.2.1 Los servicios biomédicos privados...los costos extenuantes**

Si bien, las cuatro personas refieren que los servicios privados son más rápidos y en ocasiones más efectivos que el sistema público de salud, el gasto que implicó se convirtió en un factor más de su padecer (*illness*).

Esta opción es más una transacción de oferta y demanda, que se convierte en un elemento preocupante en la experiencia de su padecimiento, por el tema de lo económico, que muchas veces lo asumen como necesario, pero alarmante.

Antonieta

Se presentan aquí, fragmentos del relato de Antonieta en tres entrevistas diferentes, se respetó la congruencia del relato más que las fechas en las que se hicieron, porque en las entrevistas otorgó información que se repite y le dan sentido a la narrativa. De esta manera se pretende que el lector tenga una claridad de los acontecimientos.

Como ya se mencionó, Antonieta comienza a sentirse mal en el mes de agosto, y en ese mismo mes la señora con la que trabajaba la lleva al médico particular y le diagnostica un problema en el riñón, siendo esta vez el primer momento en que ella sabe que es su riñón el que le está causando los malestares:

Apenas me enteré el mes de agosto que estaba yo enferma del riñón, porque la maestra donde está trabajando mi hija cada sábado hace sus chiles de relleno, y me dice ya vete a darle de comer a los niños y me dio chiles de relleno, me dio arroz y su recadito; y dice mi hija: -y tú mami ¿no vas a comer?- -todavía no, estoy llena- y terminé de bañarme y vine a comer, y cuando me quise levantar de esa silla, aquí me dolía (señala su estómago), ya no aguantaba yo, ¡acuéstate, acuéstate!, dice la Rosy. Me acosté y ni con eso, y al otro día me dolía, el lunes

me fui a trabajar y me dijo la señora donde trabajaba: -¿qué tenés? -, - No sé, pero aquí me duele-, me dijo: -te voy a llevar en mi carro- y me reviso el doctor, es que aquí me duele doctor, y el doctor me dijo: -¿aquí no? (señalando su espalda), -no ahí no- y me dijo: -haga tus análisis a ver cómo está tu riñón-. Y me fui a Similares, pero tomé bastante agua para que pueda salir, y me hicieron y me dijeron: -los dos riñones están dañados-, saliendo le fui a entregar con el doctor, -tu riñón tiene piedras- y me dieron una pastillita que yo lo metiera debajo de mi lengua, y cuando vine, vine caminando, ya no me dolía. Se me quitó definitivamente, y le pedí a la maestra que me diera permiso tres días, viernes, sábado y domingo para irme a mi casa. Pero cuando llegué ya no podía yo caminar, bien hinchado estaba mi pie, -¿qué te pasó?- dice mi mamá, -no sé creo que por el carro vino encogido mi pie, como no estoy acostumbrada a viajar-. Ya no podía yo caminar, me agitaba yo, mi hijo me cuidaba me daba agua y agua y agua, me paraba, me sentaba, ya no podía, al otro día más y me dio calentura, no aguantaba yo el frío; dos semanas quedamos en casa de mi mamá y de ahí me vine. Ya llegué aquí y ya no quería yo nada. Me subí a trabajar, pero ya con trabajo, ya no podía yo subir las escaleras.

(enero 2021)

En otra entrevista con Antonieta, explica que se fue sintiendo cada vez peor, y en diciembre su arrendataria la recomienda ir un médico particular que tiene un consultorio (o clínica) en el barrio donde viven:

Antonieta: ya estaba yo mal pero no lo sentí, subía yo, bajaba yo donde trabajaba yo, y todavía fui a ver a mi mamá. Seguía yo trabajando, me regresé y me fui a trabajar, pero me fui sintiendo más y más y más mal desde octubre. Ya es que se murió su mamá donde trabajaba yo, la cuidaba, y me dijo ya no vas a venir a trabajar yo la voy a cuidar se murió y ya no me llamó, hasta ahorita, se murió en noviembre [...] ya tiene como tres años que trabajé con ella. Poco a poco me fui sintiendo peor, desde noviembre me sentía muy mal; hasta que fui con el doctor particular.

Entrevistadora: ¿El doctor particular que la atendió ya lo conocía usted?

Antonieta: A él no lo conocía, si su papá y su mamá si lo conozco, pero a él no. Bueno me dijo la señora donde estoy rentando: -ándate con él para que te de pase en Hospital de Las Culturas-; pero estaba yo pensando cómo le iba yo a pedir, y me fui a pedir el papel, por eso estoy aquí. No me cobró nada.

(enero 2021)

En otra entrevista Antonieta y su hermano explican de manera más amplia que el médico particular le diagnosticó anemia y le propone tratarla, pero el costo de los servicios era muy elevado para ellos; y es el médico particular que la canaliza al Hospital de Las Culturas,

donde le ratifican el diagnóstico y además el problema en el riñón que desde agosto venía presentando.

Antonieta: Le hable a un doctor particular y le dije si me haces un gran favor que me dieran pase allá en el Hospital de Las Culturas porque ya no aguanto así como estoy, -sí con todo gusto- me dijo, -pásale, siéntate, te voy a hacer tu análisis, vamos a ver que tienes-, me sacó mi análisis, -tú tenés anemia, ya no tenés sangre, por eso se agita tu corazón- y me pusieron así un suero así como este, y me preguntó: -¿quién va a firmar el papel para que yo te pueda donar sangre?- le dije que yo, me dijo: -no, quiere un familiar, para que así puedas entrar en el hospital de las culturas, porque si tú vas solita no te van a recibir-, -pues ni modo, pero no hay-, le digo. Vino su papá de mis hijos, -pero no puedo yo-, me dijo, vino otra señora, -no puedo yo-, me dijo, y le dije a una amiga en San Diego que le hiciera favor de llamar a uno de mis hermanos para que pueda venir a firmar los papeles para que me trajeran acá, y vino, por eso estoy aquí ahorita

Hermano: Llegó el aviso: -¡urge que vengas!- y dije -si voy pero hasta mañana porque estoy en la selva, el carro sale a las 4:00 o 5:00 de la mañana-, llegué y me fui a platicar con el doctor y me dijo: - aquí te voy a ayudar, yo les puedo pasar la sangre, pero nada más que una noche les cobro \$5,000, yo le dije -no puedo-, y estuvimos platicando con mi hermanita ¿pues dónde nos vamos?, pues el miedo que tenemos es por la pandemia, porque yo soy de una organización de mi pueblo y no nos dejan salir por la pandemia, es por cuidar la vida, y ahora estoy aquí sin avisar, pues ni modos que le hago.

(diciembre 2020)

Aunada a la preocupación de Antonieta por su salud, se tiene que enfrentar a la búsqueda de una red de apoyo que se responsabilice de autorizar los procedimientos biomédicos y subsanar gastos. Lo cual resulta difícil porque toda su familia vive en el Ejido, y el papá de sus hijos, que vive en San Cristóbal, no la quiso apoyar. Solamente uno de sus hermanos puede ejercer dicho rol, aunque con una serie de dificultades, tanto por lo económico, como por las acciones a realizar al no ser de la ciudad donde se encuentra el Hospital.

Lorenzo

Lorenzo relata que desde hace 8 años que fue cuando comenzó a sentirse mal, fue con el médico particular y le dijo que tenía un nivel elevado de triglicéridos, posteriormente vuelve a sentirse mal y le dice que se complicó con pancreatitis, y por esta misma complicación desarrolla diabetes, así fue cuando por primera vez lo hospitalizan en las Culturas;

posteriormente desarrolla problemas en el bazo, y actualmente se suma un nivel bajo de plaquetas.

Sus primeros encuentros, por tanto, fueron con médicos particulares, posteriormente con el Hospital de Las Culturas, pero, sólo cuando se convierten en malestares fuertes. Sin embargo, refiere que no ha dejado de asistir a los servicios particulares, pese a que eso le genera gastos, ya que el seguimiento en el Centro de Salud es tardado:

Lorenzo: Sabía que mis triglicéridos estaban elevados, pero el páncreas supongo yo que tiene un límite, subió de más y se inflamó y los dolores que me provocó me hizo buscar un doctor particular, ya el doctor me dijo que tenía pancreatitis, y desde ahí empezamos todo el seguimiento, y como el páncreas secreta la insulina y ya no hay me dio diabetes, y luego ya fue el bazo, ahora las plaquetas. Anteriormente me dio una parálisis facial que fue leve, pero aun así sigue siendo parte de lo mismo. El mayor problema es que tengo demasiada grasa en la sangre, lo he intentado nivelar, con pastillas y pastillas, pero aun así no se ha logrado nivelar, y después de muchas pastillas me dio una úlcera gástrica y me tuvieron que quitar las pastillas, ya me dieron insulina y una pastilla nada más para bajar el azúcar, pero mi mayor detalle si son las grasas en la sangre. De hecho, tengo muy lechosa mi sangre, se ve una parte blanca mi sangre.

Mamá: si se ve, cuando saca el químico está el tubito lleno de sangre y en la tarde cuando voy a ver el resultado ya me lo muestran, así un poquito nada más de sangre que se ve media roja, y todo lo demás es blanco, como si fuera leche, pero es grasa.

Entrevistadora: ¿cómo se llama la enfermedad?

Lorenzo: lo que tengo es hipertrigliceridemia, son muchas grasas en la sangre, que ya de tanto sube el colesterol [...] Empecé primero con triglicéridos, anemia, de eso me dio pancreatitis, y después me dio la diabetes, hace aproximadamente ocho años; y es que eso no es provocado, sino que es hereditario.

Como se puede apreciar, desde que le dieron a Lorenzo el diagnóstico de hipertrigliceridemia ya poseía conocimientos de la enfermedad, es decir, manejaba de alguna manera la concepción de *disease*. porque su abuela y su madre padecían de lo mismo. Además, después de 8 años con el padecimiento se apropió de otros saberes y términos biomédicos, como son los niveles estandarizados en sangre; aunque, no se explica bien cómo su cuerpo se ha adaptado a niveles que científicamente rebasan la “normalidad” fisiológica:

Entrevistadora: ¿cuál es el nivel normal que deben manejar de triglicéridos?

Lorenzo: 150, arriba de 150 ya está alto, yo he llegado a tener más de 4000, y el cuerpo, bueno yo he platicado con personas que tienen arriba de 150 o 180 y me dicen que ya se sienten cansadas, con dolor de cabeza, ahora imagínese yo con 4000 (cuatro mil), de echo mi cuerpo lo asimiló porque fue subiendo gradualmente, se fue acostumbrando y lo soporta, porque no creo que sea soportable llegar a eso. De hecho, hay una confusión más que nada, siento yo que sería en los laboratorios, porque en algunos sale esa cantidad exagerada, algunos sale menos, y diferentes tiempos también, porque mi cuerpo supongo yo sube y baja de golpe, porque me he hecho estudios que salen de 1800 pa arriba, normalmente ese es mi nivel normal, más pa abajo ya no he podido bajarlo, pero por ejemplo aquí la última vez me sacaron de 800, ahí es en donde no entiendo porque a veces salen altos, es bastante diferencia, bueno más que nada de días sería la diferencia, de uno o dos días. Lo que dicen los doctores es que son los laboratorios, que son sus equipos son los que no sirven o cualquier cosa

(diciembre, 2020)

Estos datos, dan cuenta, como menciona Lupton (2012), que el modelo biomédico no es una realidad científica internamente consistente, porque está abierto a múltiples interpretaciones entre los mismos profesionales de la salud, las definiciones dependen más bien de lo que los diferentes especialistas individualmente digan. Esto se puede ver reflejado en los procesos relacionales del Espacio hospitalario, en el capítulo IV, cuando los médicos de los diferentes turnos piden una y otra vez análisis de laboratorio, porque no confían en el turno dónde no les toca trabajar<sup>55</sup>; y a esto se tienen que enfrentar los pacientes.

Lorenzo refiere que una de las soluciones para que salga el mismo nivel, es sacar los estudios en el mismo laboratorio, pero entonces, se pone énfasis a los niveles y no al estado de la persona. Para Lorenzo es más factible hacérselos en Teopisca (donde vive) aunque sea en un laboratorio privado y tenga que gastar:

Entrevistadora: ¿te han mencionado si te lo tendrías que estar sacando en un mismo laboratorio?

Lorenzo: sí, de hecho. Los que me hago en Teopisca siempre salen más elevados, es particular, es que yo casi no voy al Centro de salud, por desidia, por trabajo, por cualquier cosa, a veces la pérdida de tiempo que se hace en el centro de salud se recupera haciéndolo en particular porque es más rápido, aunque gaste, porque en el Centro de Salud hay que esperar más tiempo; bueno, quizás es un pretexto que se puede poner porque todo se puede hacer queriendo.

---

<sup>55</sup> Se menciona en el apartado de procesos relacionales: relaciones entre compañeros.

Mamá: si porque ya teniendo cita pues, sólo tanteas tu hora en que va a ir a tu consulta, ya sólo es el ratito, el problema es que cuando no saca una cita, tiene que ir uno desde las 6:00 o 7:00 de la mañana a hacer cola, y una gran cola, y a veces va uno a medias, que ya se terminaron las fichas, que hay que ir al otro día, y es otra pérdida de tiempo. Pero, si uno acude puntual, ya solo es que te dicen de aquí a un mes a tal hora, ya quedó tu cita, pero no dejarlo pasar, porque a veces se deja pasar por algo

Lorenzo: no y hasta eso no se puede estar uno enojando a cada rato con lo que yo tengo, y sea como sea, pasan cosas, y evitarlo; por eso a veces es más complicado, ya se busca la manera no estar pasando eso, estar tranquilo, y el enojo y estrés todo eso afecta, con la alimentación van juntos.

(diciembre 2020)

Lorenzo y su mamá relatan que su experiencia les ha enseñado que es importante evitar enojarse o estresarse con este padecimiento porque eso sube los niveles de triglicéridos, y eso ha llevado a Lorenzo a tomar la decisión de acudir a los servicios privados, porque experimenta menos estrés por el tiempo utilizado en ello; pero al parecer, estas experiencias no son tomadas en cuenta por los médicos del hospital.

Alberto

Para Alberto, al igual que Antonieta y Lorenzo, la opción biomédica fue inmediata para determinar qué le estaba sucediendo, y fue precisamente en un servicio médico particular. Aunque fue posterior a la de su contexto inmediato, después de intentarlo en casa con medicamentos y un masaje facial. En el relato de su hijo se puede apreciar que la experiencia tanto para Alberto, pero principalmente para su familia fue muy desafortunada y desalentadora tanto por el trato que recibieron en uno de los servicios particulares como por el costo que les pedían:

Ya por suerte que es un amigo el doctor Carlos, encargado del Hospital Colonial, en el centro, y ya fuimos, nos atendió lo checó y dice: -no Fidel urge una tomografía para tu papá, está cayendo en un infarto cerebral, y más nos preocupó. Entonces nos fuimos a los rayos X de San Sebastián, y suena el celular y me dice el doctor: - no hay en el San Sebastián, vete al, no me acuerdo cómo se llama, el que está por donde era la mueblería Alpasa, si ahí es del doctor Uriel, un neurocirujano de aquí de San Cristóbal, no recuerdo el nombre de su clínica; lo llevamos, ya había hablado el doctor Carlos; pero la verdad ahí el servicio fue pésimo, fue muy triste porque yo llevaba dinero en la tarjeta del taller, yo ahí tenía algo, un ahorro mío; la verdad yo entré sin preguntar, le hacen la tomografía a mi papá, yo estuve con él todo el tiempo; salimos de la tomografía, ya estaba el neurocirujano esperándonos, yo iba a pagar con tarjeta, y la secretaria me dice: -no, es que no recibimos tarjeta-

, estaba mi hermana Alejandra y le dije: -sabes que recibe la radiografías- y dice la secretaria: -no, es que no se las podemos entregar-, -pero no se va ir- yo peleando, en eso salgo y me voy en friega a Chedraui, no sé la gente con qué cara me vio, había una gran fila, era quincena, y les digo: -disculpen mi papá está enfermo, déjeme retirar- y sí nadie que no, ya me fui y hasta que pagué ya me dieron los resultados. Entramos ahí con el neurocirujano en ese momento y él pues él nos vio, así como estos no traen dinero, y nos pidió \$350,000.00, en ese momento dije: -pues vendemos el terreno o lo empeñamos-, y él nos dijo: - no, es que no les va a alcanzar- así nos contestó. Y le hablé al doctor Carlos, mire: -esto y esto nos dijeron-, y nos dijo: -mejor llévenlo a las Culturas hijo, porque aquí no tenemos terapia intensiva aquí en el Colonial, allá hay más aparatos.

(febrero 2021)

La preocupación de la familia ante la emergencia del estado en que se encuentra su ser querido, los enfrenta a tomar decisiones urgentes donde pueden poner en riesgo su patrimonio económico. Dicha característica de la salud como mercancía es una constante dentro del sistema de salud, principalmente de los servicios particulares, como se hace mención en el capítulo I, la salud se convierte en un objeto de consumo por los médicos o las corporaciones de implementos de la medicina científica, la industria farmacéutica se beneficia por la financiación colectiva de la salud y la enfermedad a través de las instituciones de seguridad social y muchos médicos se han convertido en intermediarios semiautomáticos de estas corporaciones (Foucault, 1999); aunque, se apreciará más adelante que terapeutas o especialistas de otros saberes, alternativos o indígenas, también optan actualmente por los cobros extenuantes..

La medicina forma parte de un sistema económico y de poder (Foucault, 1999) y desafortunadamente, debido a la extensión colonialista y neoliberal de la economía política de la salud, este sistema, se ha insertado socialmente en muchas prácticas de atención.

Sin embargo, en la experiencia de Alberto se muestra que no todos los terapeutas de las disciplinas de las ciencias de la salud biomédica cobran costos inalcanzables para las familias de clase socioeconómica media, por lo menos., Alberto fue atendido por tres fisioterapeutas y dos médicos internistas particulares. Dentro de las fisioterapeutas la primera era sobrina lejana de Alberto (su hijo comenta que a pesar de no frecuentarse nada, al contactarla no les cobró y lo atendió durante varios meses, lo que apoyó mucho en su rehabilitación), la segunda era de otro municipio, de Villa Las Rosas, pero fue poco tiempo por la inaccesibilidad para viajar, y la tercera, es la que actualmente le proporciona rehabilitación porque abrió un consultorio al lado de la casa de Alberto:

Alberto: Entonces ya me sacaron, el último día que estuve en el hospital me dijeron: -ya vámonos- y ya aquí me empezaron atender en la casa, parece que haya lejos dijeron: -quiere que le den su terapia para que pueda empezar a hablar-, yo no quería, tenía yo pena. Entonces, estaba yo votado dos meses, no me podía yo mover para nada, y entonces vino esa muchacha de Areli y me dijo: -vámonos, lo voy a curar, pero allá en mi consultorio-, y me empezó a curar y ella me empezó a decir que no iba yo a usar más la silla de ruedas y al poco tiempo deje de utilizar la silla de ruedas, y me dijo que yo usara aquel bastón, el más grande, y me dijo: -ya con ese vas a empezar a caminar-; y me decía que yo no iba yo a pagarle, entonces yo junté dinero, y le iba yo a dar, pero no lo recibió y me dijo: -cuando se sienta usted mal otra vez, viene de nuevo-. Dejé de ir y entonces ya no fui a ningún lado, y dijeron que en Villa Las Rosas había una muchacha y fuimos, entonces cada ocho días por dos o tres meses, y entonces el que me llevaba fue mi hijo César, pero a César le dieron su trabajo hasta allá en San Quintín y ya no pudo venir y volví a quedar así, entonces esa muchacha abrió aquí nomás y entonces ya fui aquí con la de a lado, y me dijo: -ya está usted mejor-, no me cobra mucho.

Hijo de Alberto: para llevarlo con la fisioterapeuta, que es una nieta de mi tía, yo le hablé, y me dijo si yo voy a ver mi tío, pero antes no había esa confianza de hablarle, no éramos cercanos, hasta que le hablé, y lo vino a ver a la casa, lo encontró tieso, ella vino a los tres meses, primero lo vio un quiropráctico [...] Ya fue que después vino Areli, la fisioterapeuta, y lo encontró tieso del brazo y de otras partes del cuerpo, y nos enseñó a pararlo, a sentarlo, no como lo hacíamos, y nos dijo si lo voy a atender pero en mi consultorio, para que salga, se distraiga, eso le va a ayudar mucho; entonces yo ya asignaba un muchacho del taller para que lo llevara dos veces a la semana, ya después fue una vez a la semana, luego cada quince días, luego cada mes, hasta que dijo: -bueno, yo ya hasta aquí puedo-, lo vio un año nueve meses más o menos, nos ayudó mucho, no nos cobró absolutamente nada, el trabajo era llevarlo. Cada paso era un gran logro, una foto, un video, que mi papá ya dejó la silla de ruedas, que ya caminó, todo eso lo fuimos mandando, todos los avances de mi papá.

(febrero 2021)

De los dos médicos internistas, el hijo de Alberto relata que, a diferencia del neurólogo, los atendieron de la siguiente manera:

Y ya fue que esa misma doctora Eréndira cuando ella venía hacerle acupuntura nos dijo que ella conocía un internista joven muy bueno, y gracias a dios fue cierto, y hasta la fecha, él es su internista, el doctor Tulio. Él ahorita es el médico interno de lunes a viernes en el hospital de Las Culturas, y ha sido la verdad desde que lo receto él no ha recaído mi papá. Pero también César pensó en un maestro que tuvo en la universidad, el doctor Néstor Sánchez Gómez, él está en el HOCEM es el neurocirujano de ese hospital, y vinieron el mismo día, y se aventaron una consulta de hora y media o dos horas los dos juntos, tuvimos el chance por el apoyo de otros médicos que nos dieran el expediente del hospital y los dos empiezan a checar que estudios tenía, y todo les entregamos, nos preguntaron: -¿les dijeron cuál fue la causas?-, -no, queremos saber-; pues ya nos dijeron que



fue por estrés, presión, alta, colesterol alto, triglicéridos altos, nos preguntaron que... ¿si sabíamos que era hipertenso?, dijimos que no, que.. ¿si sabíamos que era diabético?, y dijimos que no; lo único que sabíamos era que cuando fallece un tío, el tío Javier [primo hermano de Alberto] se había puesto mal, mi papá cae como diabético, y ya había sufrido de la presión antes y había ido con el homeópata y le había dado 10 cápsulas para cuando se sintiera mal, y en ese tiempo cuando falleció el tío tenía las 10 capsulas, y se las acabo. Aquí los dos doctores se encuentran y empiezan a descartar, y se dieron cuenta que fue una presión de trabajo enorme y pues ya aquí lo empezaron a tratar particularmente, el doctor Néstor lo vio dos veces y el doctor Tulio es que lo ha visto hasta ahorita, durante los tres años ha sido el doctor Tulio; ya con esta pandemia él nos dijo: -solo porque le he dado seguimiento a tu papá, porque cerré mi priva, ya no estoy trabajando, pero solo por esa situación a tus papás los voy a ver-, y yo acá le arreglo su carro. Ya fue que aquí lo empezaron a tratar del medicamento que le habían dado, pero no con un control, ya el neurocirujano dio otro por tanto tiempo y ya.

Entrevistadora: ¿y qué es lo que les quería cobrar el doctor Uriel?

Hijo de Alberto: porque fuimos a su priva, es su consultorio particular, cuándo él debería estar en sus horas de trabajo las Culturas él más se lo pasa en su priva, y va y cobra nada más en las Culturas; por ahí he entendido y me han comentado que a él lo tienen como un dios, pero ya no es el único neurocirujano aquí en San Cristóbal, ya hay tres con este doctor Néstor, pero, pues como cada uno lo quiera ver. Este doctor nos pidió los \$350,000.00 el mismo día que se puso mal mi papá, a nosotros no urgía un médico, y nos pidió el dinero para tenerlo en un hospital particular y él lo quería operar, según él operar, y nos quedamos viendo y vendamos el terreno fue mi reacción, pero gracias a dios salimos a tiempo.

Entrevistadora: ¿y el doctor Néstor cuando lo vio no dijo que necesitaba operarlo?

Hijo: no, el doctor Néstor dijo que se le había tapado una venita con un coagulito de grasa en el cerebro, le dieron tratamiento, todos los medicamentos le dábamos a sus horas para que le hiciera bien efecto.

(febrero 2021)

Graciela

Para Graciela las prácticas biomédicas particulares no han sido su primera opción, sin embargo, refiere que recurre en tres ocasiones al servicio privado, por errores en los procedimientos de estudios realizados en el servicio público de salud.

En el segundo accidente:

Un mes después de salir del hospital de las Culturas, en el accidente con su papá, buscó la atención privada:

Graciela: al mes me acuerdo que fui a consulta con un Dr. Morales, creo, ahí por la casa del doctor Alcántara, y de repente me queda viendo y me dice: ¿cómo?, traes fractura en la rodilla- y yo: -¡no!, me dijeron en el hospital que no tengo fracturas-, y ya me sacó la radiografía y me dijo: -mira aquí esta, aquí está la fractura y tú necesitas operación- ósea volver a empezar de cero, y yo dije -¡no, y que no, y que no, porque yo estoy haciendo bien las cosas!- Resulta que investigando y no me acuerdo cómo, en el hospital de Las Culturas me sacaron radiografías de todo, de todo, menos de la rodilla, ¿Por qué? No sé, fue un olvido de esos que no te imaginas que pedo, y en la rodilla justo tenía fractura, yo me negué rotundamente a operarme porque sentí que iba bien, un mes de terapia de hace cosas, de esto y el otro, de tomar un chingo de vitaminas, entonces yo dije que no. Mi papá en ese entonces dijo: -no me voy a amputar la pierna, yo quiero ver otras opciones- porque eso era lo único que decían allí. Ya dejamos el hospital de Las Cultura y nos fuimos con otro doctor, bueno mi papa conoció un doctor militar en Tuxtla bastante bueno y ya con él se atendió dos cirugías más

Hermana: le pusieron injerto de hueso e injerto de piel como se le hizo pomada, fue para que medio quedara.

Graciela: pero íbamos en contra de las recomendaciones del hospital de Las Culturas, y lo mismo, yo fui con él a una consulta para que me dijera qué onda con mi pierna, y mis maestros de energía me han dicho que una vez que te abran tu cuerpo ya no queda siendo el mismo porque te meten mano, y yo tenía eso muy en la mente; y ya el doctor me dijo: -sí, efectivamente tienes una fractura, pero algo estás haciendo y lo estás haciendo muy bien porque ya consolidó, y no solo eso, ya sacaste más hueso alrededor, eso te hizo super chido-, y yo: -¡yes!, ¿entonces ya no requiero operación?- -no, ya no-. Y mira que no era por dinero, porque en ese omento el coche de la tipa está pagando todo, absolutamente todo, por eso la dejaron libre; pero yo dije ¡no!, porque todos me decían: -pero te van a pagar todo-, y yo les decía: -me vale madre, aunque me paguen todo, es mi cuerpo-, y mira gracias a dios tuve razón, gracias a los doctores y la Elda y a la Susy (dos amigas que la ayudaron a recuperarse con terapias alternativas).

(abril 2021)

En el quinto accidente:

Después de salir del hospital de Las Culturas, la canalizan al Hospital Gómez Maza en Tuxtla Gutiérrez, porque requería atención con el médico maxilofacial, pero ante la mala atención, toma la determinación, por petición de su familia, de acudir con un médico particular:

Solo una cosita, y yo creo que no tuvieron la culpa los del hospital de Las Culturas, en la radiografía salía con una fisura, entonces con esas radiografías me mandaron con el maxilofacial, me cerró la boca, bueno ni siquiera

lo hizo el maxilofacial lo hicieron sus ayudantes, me dolió hasta el alma, mucho, mucho, aquí tenía hinchado (señala su mandíbula) y me dolía mucho, y me decían: -a ver abra los ojos-, en un hospital que tiene correlación con el hospital de Las Culturas en Tuxtla; y me decían: -no puede ser posible que le temas a una aguja, cuando todos aquí los tenemos que anestesiarse-, y yo lloraba y eso que son machina para el dolor; pues resulta que me cocieron, yo recuerdo que mi familia estaba llorando de verme tan adolorida, y después decidimos ya no regresar con el doctor, porque cuando empezamos a hilar todos los acontecimientos, fuimos a un hospital Gómez Maza o algo así, y no llegó el doctor a la cita, volvimos a llegar y nos citó en su consultorio, y en su consultorio él no me operó, me operaron sus ayudantes y luego empezó otra vez que ese hospital estaba lleno de enfermos del COVID, y mis papás dijeron: -no nos vamos a arriesgar, ya, nos vamos con un particular, ya hicimos todo lo posible para que te operaran y seguimos tus consejos-, pero dentro de todo sabía yo que estaban contentos de no gastar, -ya, nos vamos con un particular-aquí en San Cristóbal nos fuimos con un particular, me hace radiografía, de hecho cuando fui a recoger mis radiografías me quedo en shock porque la fisura era una fractura; mal hecha la operación porque tengo una muela flotando que es por lo que me van a tener que operar, es una muela flotando y el hueso está así en pico, entonces cualquier golpe que yo tenga puede hacer que la fractura se abra otra vez, entonces, el doctor me dijo que no sabe por qué me operaron sin haberme visto esa fractura, sin haberme quitado la muela, ahora necesito un relleno de hueso para que se junte la fractura, no quedo bien pegada, está un poquito desfasada eso fue por no hacerme una buena radiografía o no hacerme una radiografía antes de la cirugía, entonces ahora tengo que volver a operarme, los maxilofaciales de Guadalajara aconsejaban volver a empezar de cero, abrir la fractura, sacar la muela y volver a sellar, y los dije: -no-, y el doctor me dijo: -no vas a poder masticar en un año-; fui con don Lauro y me dijo: -vamos bien mi hija, tú no dejes que te operen porque los doctores tienen otra mentalidad, vamos bien, van a hacer pequeñas cosas las que te tienen que hacer y eso de que no vas a poder masticar, no-; a las dos semanas que me dijeron eso yo ya estaba masticando

(abril 2021)

Relata que en el último accidente los paramédicos de la ambulancia que la trasladaron querían dejarla en un hospital particular llamado HOSCEM<sup>56</sup> y su familia y amigos se opusieron:

bueno esto me lo cuentan los de mi familia: que llegó la ambulancia, primero la ambulancia no querían subir a donde fue el accidente porque era camino a Corralito o Peña María, pero era una emergencia, -no, pues bájenla- -no la vamos a mover, se puede morir, a la mil aceptaron los de la ambulancia y dicen que se quedaron petrificados porque lo primero fue la vamos a llevar a HOSCEM, el hospital que es carísimo, y que dijeron: -no, pues no tiene seguro, no tiene nada-, y se sabe que ese hospital es carísimo, ellos estaban necios y tercicos que me querían llevar a ese hospital, no entiendo muy bien cómo estuvo eso, pero que enfurecieron mucho mis

---

<sup>56</sup> El Hospital y Centro Médico San Cristóbal (HOSCEM) es un hospital particular que se encuentra al sur de San Cristóbal de Las Casas, es el hospital privado más reciente de la ciudad.

amistades que estaban allí y a mi familia, porque mi familia empezó a intuir que tenían algún convenio con el hospital, entonces que se negaron rotundamente y entonces ya dijeron: -bueno la vamos a llevar al hospital de Las Culturas, que es lo más cercano, pero quién sabe si la acepten porque va muy mal-

(abril 2021)

Al igual que Alberto, Graciela estuvo a punto de que la atención fuese en un servicio privado, donde los gastos médicos serían grandes. Se aprecia que, seguramente, existen acuerdos entre personal del sector público y el privado para tener ganancias a costa de la salud de las personas. Una vez más es evidente la lógica del mercado capitalista en términos de los servicios de salud.

Pero también es notable la agencia de Graciela para buscar otras formas de recuperación que no impliquen secuelas y que han derivado en resultados positivos, además han sido reconocidas por los propios médicos. Estas agencias las seguiremos apreciando, de distintas maneras en las cuatro experiencias a lo largo de sus trayectorias del padecimiento, reflejadas por ellos mismos y/o por su grupo de cuidado.

En las cuatro experiencias, se observa la necesidad de recurrir a los servicios de salud privados, ya sea por la emergencia del momento, porque implica ser un servicio más rápido y de esta manera ahorran tiempo y esfuerzo, porque tienen conocidos y/o amigos que están dentro de este servicio, porque existen algunos servicios privados de corporaciones como las farmacias Similares que son económicas y pueden acceder de manera más sencilla o porque el servicio de salud público tuvo fallos en los procedimientos o provocó una iatrogenia (como es el caso de Graciela). Sea como sea, el uso de los servicios privados se convierte en una “necesidad”, aunque con todas sus implicaciones negativas, ante la falta de un sistema de salud digno y al alcance de toda la población, ya sean por cuestiones políticas y/o económicas.

#### **5.4.2.2 El Hospital ante la urgencia...con límites de seguimiento**

En los casos documentados, llegar hasta el Hospital de Las Culturas es un proceso accidentado, en dos casos fue por evitar los altos costos de los servicios privados.

En las cuatro experiencias, llegaron al Hospital de Las Culturas al área de urgencias y fueron hospitalizados, y les fue de gran apoyo para salir de la urgencia, pero se encontraron

con precarias formas de seguimiento, resultó difícil porque no hay servicios ni medicamentos suficientes, porque no están todas las especialidades y/o porque tienen que pagar estudios médicos privados. La única excepción fue la última vez que Graciela estuvo internada, ya que refiere que la atención fue muy satisfactoria.

Desde que las personas llegaron al servicio hospitalario se relacionaron simbólicamente con los procesos del Espacio hospitalario, los cuales fueron analizados en el capítulo tres, a saber: políticos, económicos, sociales, culturales, procesos personales e interpersonales del personal del hospital.

Para Antonieta pasaron 4 meses, después de que el médico particular le dijo que estaba mal de los riñones, para asistir de manera urgente al hospital de Las Culturas; Lorenzo a lo largo de 8 años estuvo internado en tres ocasiones por el problema de pancreatitis, Alberto estuvo internado una sola ocasión cuando comenzó su padecimiento y Graciela estuvo tres veces internada por tres accidentes. Todos recibieron un diagnóstico y un tratamiento biomédico.

De acuerdo a Kleiman (1980) la profesión médica considera la enfermedad (*disease*) como alteraciones entre procesos biológicos y/o psicológicos y está interesada en el tratamiento, lo cual se constatará a continuación durante el momento de internación en el Hospital Sin embargo, también están presentes *illnes* y *sickness*, revelando los significados creados por los pacientes y su grupo de cuidado al enfrentarse al proceso hospitalario, y el rol que espera el personal de salud de los pacientes, ante su enfermedad. En el Espacio hospitalario hay confluencia entre *disease* y *sickness*.

Por tanto, se aprecian los significados biológicos, personales, culturales y sociales del padecimiento en cada una de las experiencias en la relación paciente-Espacio hospitalario. Al narrar los pacientes su experiencia del padecer, están ellos y la mirada médica institucional

#### Antonieta

Antonieta: Vine acá con mis análisis, lo trajimos el resultado; por eso me pasaron, si no, no me pasaban, como me miraron caminando pues; parece que tenía yo 1.0 de hemoglobina, por eso recibí 6 unidades; por eso quieren 8 o 10 donadores [...] Cuando llegué al hospital, en la tarde, el muchacho que me atendió me dijo: -¿y por qué hasta ahorita señora?- -es que nadie me quería firmar, nadie me quería acompañar para que yo entrara aquí- -ay señora te pasas- me dijo el muchacho; no podía yo hablar porque me agitaba, y temblando de frío, me metieron con las enfermeras, me sacaron análisis, vino otra y me vuelven a sacar, luego vino otra y me vuelven a sacar; estaban poniendo suero y que no entraba, no encontraban las venas, vino otra y me vuelven a poner

rápido, ya como cinco veces cuando me fui adentro del hospital; rápido me hicieron análisis pero como cinco pasaron para los análisis.

(diciembre, 2020)

Durante la relación que tienen los pacientes con el Espacio hospitalario<sup>57</sup>, se muestra que pasan por protocolos normativos, que son parte de la relación intercultural en salud, es decir, la relación entre dos culturas, la del Espacio hospitalario que los establece, y, la del paciente que se somete y responde a los protocolos.

Dichos protocolos están establecidos formal e informalmente; en los formales se encuentran los protocolos administrativos, operativos y clínicos que debe seguir el personal del hospital; los informales apalean a acciones que no están conformadas dentro de un reglamento, pero sí, como institución social que tanto los pacientes, su grupo de cuidado, los médicos externos al hospital, e incluso, las Organizaciones de la Sociedad Civil saben que les valen, para asegurar la atención hospitalaria, como son llegar con estudios médicos previos o tener una recomendación.

En el caso de Antonieta llegar con estudios médicos previos hizo que la aceptaran inmediatamente, el médico que la canalizó al hospital le mencionó que llevara los estudios<sup>58</sup>. A pesar de que la recibieron rápido, la respuesta del médico en urgencias fue un reclamo a Antonieta, dando por hecho que ella entiende la gravedad en la que se encontraba, automáticamente le otorga la responsabilidad de su estado, tal cual se menciona en el rol del enfermo cuando la persona se enferma entra en el papel de desviación sancionada, es decir, que se desvía de la población sana y adopta un nuevo papel, con el que se espera que la persona enferma tenga un determinado comportamiento: que vea la enfermedad como algo indeseable, buscar ayuda técnicamente competente y cooperar en el proceso de curarse (Parsons, 1951 en Wong y Noor 2014).

El médico no tomó en cuenta que la experiencia de “sentirse mal” es subjetiva, aunque existen estándares de niveles normales y anormales fisiológicamente en el cuerpo, la sensación difiere en cada persona; el significado de la enfermedad para los pacientes y las estrategias que adoptan para afrontarlas pueden ser diferentes (Helman, 1981).

---

<sup>57</sup> Recordemos que es un espacio social simbólico

<sup>58</sup> Este dato se encuentra en el fragmento del relato que se presentó el apartado de Servicios biomédicos privados.

Existían diversas razones por las que Antonieta llega en un estado urgente al hospital, en primer lugar, en el mes de agosto había ido con un médico particular y le mencionó que era su riñón, le dio pastillas para quitar el dolor y así Antonieta logró no sentir el malestar por tres meses; en segundo lugar, fue de octubre a noviembre que comenzó a sentirse peor, pero se quedó sin trabajo, no tenía dinero. Especifica que todo el tiempo sentía mucho cansancio, con el cual luchó, hasta que en el mes de diciembre aumentó y ya no le permitía realizar sus actividades<sup>59</sup>; y en tercer lugar, cuando llega su hermano para apoyarla, ambos dudaron ir al hospital de Las Culturas por la pandemia de Covid-19:

Porque la otra o es verdad o es rumor, pero si vas a los hospitales te mandan a la albarrada, porque se parece esa enfermedad: está agitada, no puede caminar, y nos dio mucho miedo, y después de tanto pensar decidimos venir acá; pero resulta que venimos acá y nos dijeron -está muy baja su hemoglobina, está a 2.5 y debe tener 12 o 13, lo que quiere ahorita es ponerle sangre-, y otra de las cosas que me dijeron: -tiene problemas en su riñón, tiene piedras, tienes que ir a Tuxtla por los estudios de la señora, es que el riñón ya tiene mucha agua-; y cada día la están checando aquí, la revisan y no le duele nada, y entonces dudo.

(diciembre 2020)

Por otro lado, también el hermano de Antonieta, espera que para que haya una enfermedad, ella debe reportar dolor, es su rol. El significado de los niveles en el cuerpo que los médicos reportan como graves, son diferentes para la paciente y su hermano; además aceptarlo los trasfiere a cumplir con los protocolos clínicos y administrativos del hospital para reestablecer el equilibrio de Antonieta, como son conseguir donadores de sangre, viajar a Tuxtla por estudios, y además costear otros estudios de modo particular, porque el Hospital no cuenta con ese rubro especializado de análisis de laboratorio; y eso es algo que aumenta su preocupación y genera gastos, lo cual se suma al *illnes*:

ayer me pidieron 6 personas donadores y después me dijo otros 4, son 10 personas, que estoy vuelta y vueltas [...] y si no salen bien, ya le platicué al químico que ya le pregunté ¿qué puedo hacer?, porque si voy a mi comunidad tal vez encuentro a esas 10 personas, pero es gasto traerlos, -sí, en Ocosingo pueden donar, yo te doy el papel acá, tú vas y les das ese papel-, esa es la esperanza que tenemos, porque yo tengo que cumplir ese trato que firmé porque ya le pusieron la sangre [...] Vinieron siete personas para donar, pero solo tres están bien, les dijeron vienen entre 15 días, pero ya no van a venir. El doctor me dice tienen que reponer esa sangre,

---

<sup>59</sup> Lo cual ya se había mencionado en el apartado de servicios biomédicos privados.

pero le digo: deme un tiempo, es que aquí no puedo, y me dijo que sí. Le pregunté si se puede de Ocosingo y dice que sí, ahí me dio una oportunidad, algo es algo. Así está la cosa, está duro.

Ya hicimos todo lo que pudimos hacer acá pero ya son tres estudios, uno que lo puede hacer en el particular y cuando le vayan a dar alta vaya buscando la forma de cómo sacar ese estudio y cuando lo entrega acá pues que vaya consiguiendo otro dinero para Tuxtla, y para que cuando ya esté el estudio ese es para Tapachula, que hasta allá lo van a sacar los estudios del riñón. Un estudio se puede en particular acá y otro en Tuxtla, y queda pendiente el estudio de Tapachula, ya que lo vean le dirán si es con tratamiento o la tienen que operar; y por eso le van a dar alta.

(hermano de Antonieta, diciembre 2020)

Ese día que fue 23 de diciembre efectivamente le dieron de alta a Antonieta, solo estaban esperando que les avisaran el momento para hacer los trámites, mientras tanto, les correspondía, por la hora, tomar el desayuno a ambos en el Hospital; lo que constata que en la política de alimentos se incluye darles los alimentos a los familiares de los pacientes que son de bajos recursos:

Hermano: Estoy esperando que le den de desayunar mi hermanita, a veces le dan a las 11:00 o 12:00, pero se puede pasar para ella una gelatina o jugo.

Entrevistadora: ¿usted ya desayuno?

Hermano: no, pero me traen cuando le traen a ella, no voy a salir hasta que le den a ella.

Entrevistadora: si gusta yo me quedo con ella, le traje fruta y pan para usted, por si gusta.

Hermano: a bueno, está bien, gracias, salgo un rato.

Aproximadamente a los 10 minutos que salió el hermano de Antonieta, les llevaron el desayuno a ambos. Y en ese transcurso también llegó la enfermera a entregar los papeles del alta, se dirigió a mí porque creyó que era familiar, le dije quién era yo, y me dijo que entonces esperaríamos entregarle al familiar de la paciente. Como se estaba realizando aun la entrevista con Antonieta, el relato del alta quedó grabado y se presenta a continuación:



Enfermera: Mire le voy a entregar ya su alta, aquí hay un pequeño resumen de qué se le hizo, cuál fue su tratamiento aquí en el Hospital, pendiente queda cita a consulta externa al servicio de medicina interna, en cuanto haya consulta porque ahorita no hay consulta, sale, y lo que ya le habíamos comentado la valoración por hematología y por urología que no quiso que se le enviara (el traslado era a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez), entonces es importante que lo cheque; también su frotis de sangre periférica para saber por qué se le bajó tanto la sangre, ese estudio no se hace aquí ¿sale?, entonces le entrego para que pregunte en trabajo social y ya vaya usted con un particular a hacérsela y en cuánto tenga el resultado puede venir a urgencias, para que le digan que puede ser, o cuando esté ya en la consulta de medicina interna puede llegar con su estudio, en caso de cualquier dato de alarma puede venir con esta hojita a urgencias para que la atiendan, si se vuelve a sentir mal: le cuesta respirar o empieza a sangrar, lo que sea, entonces viene con esta hoja; y, aquí va su tratamiento.

(diciembre, 2020)

En este fragmento se pueden apreciar procesos político-económicos del Espacio hospitalario con los que se encuentra Antonieta; el primero es que a causa de la pandemia se cancelaron las consultas externas, por tanto, no hay un seguimiento a menos que se sienta totalmente grave como: “dificultad para respirar o sangrar”; en segundo lugar, le especifica que la paciente no quiso que se le trasladara para realizarse estudios más especializados a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez<sup>60</sup>, sin mencionar, por supuesto, que los traslados los pagan los propios pacientes, no es un servicio que lo provea el hospital (como mencionaron parte del personal entrevistado)<sup>61</sup>; en tercer lugar le piden otro estudio especializado que tiene que realizar en un servicio privado y que pase a Trabajo social para que le digan cuales son las opciones; pero independientemente de las opciones que le den y tengan que elegir el menos costoso, Antonieta no tiene dinero para pagárselo ni para trasladarse a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Aunado a todo ello, la enfermera explica verbalmente el alta en términos biomédicos, lo cual visibiliza que no solo existe la dificultad del idioma español con una lengua indígena, sino del lenguaje médico al lenguaje lego de los pacientes.

En la última entrevista me enseñó la hoja de alta que le dieron en el Hospital, ahí especifica lo siguiente:

Diagnóstico de ingreso: Anemia Severa

---

<sup>60</sup> Esto lo mencionó el hermano de Antonieta anteriormente, se puede apreciar en fragmentos anteriores dentro de este mismo apartado.

<sup>61</sup> Lo cual se aprecia en el capítulo IV del Espacio hospitalario.

Diagnóstico de egreso: Anemia en estudio/ Hidronefrosis bilateral/ Enfermedad renal crónica agudizada remitida.

Acude al servicio de urgencias por presentar desde el mes de agosto dolor en región lumbar, por referencia de un médico particular llega con diagnóstico de litiasis renal y se agrega a su sintomatología astenia y adinamia, con hemoglobina de 2.7, el día que le dan de alta refiere hemoglobina de 9.6. Le administran terapia transfusional desde el día que ingresó. Estuvo dos días en urgencias y cuatro días en el servicio de hospitalización de Medicina interna. Refieren que le piden análisis de Frotis de sangre periférica, pero que no realizan los familiares por falta de recurso, y que se les comenta el requerimiento de traslado para el servicio de Urología y Hematología, y que, aun conociendo los riesgos y complicaciones potenciales, incluso de defunción, no aceptan el traslado.

Dejan cita abierta cuando necesite llegar de nuevo al hospital, le explican que puede llegar al servicio de Urgencias. Lo que queda pendiente es cita a consulta externa en el servicio de medicina interna con resultado de frotis periférica, y al servicio de urología y hematología a Tuxtla Gutiérrez.

El pronóstico especifica: reservado a evolución, alto riesgo de complicaciones.

En la hoja del alta si especifican que por falta de recursos económicos no puede realizarse Antonieta los estudios que necesita, pero, no le dan una solución; y al mismo tiempo queda asentada que la responsabilidad es de la paciente y que bajo su propio riesgo puede, incluso, llegar a fallecer. Como se puede apreciar, Antonieta es desinformada y no le pueden otorgar un tratamiento completo, no comprende ampliamente la lógica que subyace a la gravedad de su estado de salud, se encuentra desempoderada y sin capital social. El Hospital se ampara en el *sickness* porque ella y su hermano se negaron a la prescripción.

Antonieta se va del Hospital y se lleva las hojas que le pueden servir para que le den un seguimiento, pero no se va bien, sólo salió de la urgencia, el resto, se convierte en su propia responsabilidad por su rol de enferma:

No me dijeron nada de que tenía que comer, solo me dijeron que hiciera dieta [...] generalmente como arrozito, frijol, a veces sopa, a veces caldito de pollo, res y puerco rara la vez; no es porque no tenga dinero para comprar un mi medio kilo, si tengo, pero no nos gusta la carne de res; y frutas como: mandarina, manzana, guineo, mango, y verdura: el nabito, la punta de chayote, la yerbamora.

(enero 2021)

hace muchos años ya tenía yo anemia, y por eso el doctor me dijo: -¿quién tiene anemia en tu familia?-, y le dije: -pues nadie, solamente yo, porque ni mi mamá, ni mi papá tampoco, mis hermanos están bien, aunque no tan bien, pero no tienen esa enfermedad que tengo yo-

(diciembre 2020)

Aun hospitalizada y con tantos pendientes por prescripción médica, lo que le entusiasma es que podrá salir del hospital para estar con sus hijos el 24 de diciembre, regresar a su contexto cotidiano al lado de la familia se convierte en un componente más de su padecimiento:

Ya me voy mañana, mañana es 24 voy a estar con mis hijos (sonríe), tengo uno de 13 y uno de 14, él que tiene 14 es niño y la otra es niña, ella ya está trabajando de 8:00 a 12:00 con una maestra, ella ya la conozco desde 3 o 4 años. Ella ya se metió porque ya no podía yo ni caminar, el de 14, dice su hermana hoy que se fue a trabajar con su padrino. Ellos no trabajaban; y la más grande de 20 años vive con mi hermana, no vive conmigo, vive allá en el Ejido, no sé si sabe que estoy enferma, porque como vive un poquito lejos.

(diciembre 2020)

La experiencia del padecer no solo es de Antonieta, también involucra a su familia: a su hermano que llegó para cuidarla en el Hospital y también a sus dos hijos pequeños, que, ante la situación de salud de su mamá y la falta de dinero, comenzaron a trabajar, además de vivir solos mientras ella se encuentra ausente.

Cabe mencionar, que siete meses después de la última entrevista con Antonieta se tuvo contacto con ella, a través de una llamada telefónica, y platicó que la habían canalizado del Hospital de Las Culturas a la ciudad de México para que la operaran del riñón, hasta ese momento no se concretaba su cirugía, y decidió no seguir yendo porque el gasto era mucho para ella; comentó que en una yerbería le recetaron pastillas naturales. Sus hijos pequeños seguían trabajando porque ella ya no pudo seguir haciéndolo, pero refirió que cuando ellos empezaran a ir a clases tendría que buscar trabajo para que dejaran de trabajar y solo se dedicaran a la escuela.

El prolongado protocolo hizo que Antonieta llevara ocho meses, desde que estuvo hospitalizada, con su mismo padecimiento, recibiendo paliativos para no sentir malestares, pero con el mismo riesgo de gravedad.

Lorenzo

Lorenzo vive un padecimiento que lo lleva a enfrentarse a nuevas nosologías biomédicas, porque las complicaciones son diversas, y ante el dolor que se produce en su cuerpo, tiene que recurrir a la hospitalización, lo cual relatan su mamá y él:

Lorenzo: ya son tres veces que he estado hospitalizado, de hecho, son 4, pero tres hospitalizadas y una vez en la casa; cuando se inflama el páncreas duele demasiado, tiene que ser hospitalizado para que lo puedan bajar con antibióticos, porque solo así se puede recuperar un poco, porque como no se pueden operar, no le pueden hacer nada

Mamá: es como una inflamación a punto de explotar creo, por eso son los dolores, y aparte también le ha afectado el bazo

Lorenzo: es que a partir de la diabetes los órganos se van deteriorando, ya no funcionan ya como debe de ser. Ya tengo una semana aquí, tal vez me den de alta mañana. Me ingresaron porque se inflamó de nuevo el páncreas, pero ahora ya se complicó otra vez porque se bajaron mucho las plaquetas, y están viendo por qué se baja; esta es la segunda, porque la primera ocasión me pusieron sangre, porque me dio una úlcera gástrica y eso me provocó pérdida de sangre, pero esta vez no han localizado el punto.

Mamá: ahorita no le han dado de alta porque no saben dónde se está yendo la sangre, por eso estamos esperando, hoy me parece que iban a entregar unos estudios y de ahí depende el por qué; si porque ya le hicieron tomografía, endoscopía, muchos estudios; hay unos estudios pagados, los más grandes hay que hacerlos pagados, y eso es pues el desgaste económico, pero bueno yo siento, que lo económico de alguna manera se solventa, pero lo que uno necesita es la recuperación de la enfermedad, es pesada esta enfermedad, toda enfermedad que necesita hospitalización es dura, tanto para el enfermo como para el familiar.

Lorenzo: aquí como pasan muchos doctores, todos piensan diferente, todos quizás traen la misma enseñanza, pero quizá creen que tiene más efectividad cualquier tipo de tratamiento y a veces el cuerpo no siempre se trata igual, cada cuerpo es diferente y se debe de tratar como se debe y hay que checarlo qué tipo de tratamiento requiere.

(diciembre 2020)

Tanto Lorenzo como su familia han ido experimentado los cambios de su padecimiento a lo largo del tiempo, esperando respuestas a sus malestares, y sometiéndose a diversos estudios biomédicos que generan desgaste emocional y económico. Estos protocolos clínicos forman parte de las modificaciones históricas que la medicina científica ha sufrido, de acuerdo a Lupton (2012) en el siglo XIII cuando se acudía a la ayuda profesional, el papel del médico era de un investigador que interpretaba los signos de la enfermedad basándose en la narración del enfermo, de sus sensaciones, sentimientos y experiencias corporales; ya en el siglo XIX la excelencia de la medicina se relacionó con la eficiencia científica y la investigación en

laboratorio y comenzó a disminuir la importancia de la interpretación que las personas hacían de su propia enfermedad.

Además, ya se había mencionado, la interpretación clínica de la biomedicina a través de evidencias científicas, como los estudios especializados, están abiertos a diferentes grados de interpretación a pesar de ser considerados “evidencia científica” (Lupton, 2012).

Las prácticas médicas conciben localizar el sufrimiento en un lugar concreto del cuerpo, para que pueda hacerse visible y ser sometido a tratamientos, pero el padecer crónico derrota una y otra vez esta pretendida objetivación (Good, 2003) como lo ha experimentado Lorenzo.

El relato de la necesidad de hospitalización sigue en los siguientes fragmentos:

Entrevistadora: ¿cada vez que has necesitado hospitalización, es en este hospital?

Lorenzo: sí porque como aquí ya tengo un expediente, saben cómo tratarme, antes yo iba en particulares, bueno no con pancreatitis, sino con algunas otras complicaciones, iba con diferentes doctores, pero cuando es de pancreatitis si vengo acá, aquí las tres veces que me han dado pancreatitis aquí las tres veces me han atendido, desde hace como 8 años fue la primera vez que me puse mal, pero hace como 5 años que ya soy paciente del Hospital [...] ya he pasado ocho años pero de hecho no todo el tiempo estamos enfocados a eso, cuando nos sentimos bien se nos olvida y este pasa el tiempo, por ejemplo yo los episodios que me han dado de pancreatitis siempre han tenido un tiempo como entre caso y caso, un aproximado de tres años, cada episodio que me da, y en ese espacio lo que nos sucede es algo más simple, algo como una gripa o no sé un dolor de cabeza, es algo más simple, lo más difícil siempre ha sido cuando estamos en el hospital, sí es complicado, porque son de tiempo, dinero y muchas cosas, por eso es más complicado, tenemos que saberlo llevar.

Entrevistadora: ¿y tardas en recuperarte?

Lorenzo: casi siempre ha sido una semana, de 10 días a 12 días, siempre, en las tres ocasiones que he estado hospitalizado, y todo el tiempo de que sale uno del hospital es darle seguimiento para no recaer, pero si normalmente aquí en el hospital son esos días que me ha llevado el tiempo para recuperarme. Los cuidados porque nosotros ya no podemos darnos el lujo de hacer algo que lo que uno que no está enfermo puede hacerlo, por ejemplo, las comidas, tomar, cosas así, y hay que estar con eso todo el tiempo de que a ver qué horas viene otro, porque no se sabe, si tenemos visto más o menos que tanto tiempo, pero no podemos saber exactamente cuándo.

(diciembre, 2020)

Pese a que el hospital se convierte para Lorenzo en un espacio para controlar sus malestares, es al mismo tiempo un espacio que le genera complicaciones sociales y económicas, y no solo a él sino a su familia, como lo menciona su mamá en un fragmento anterior. Y a esas inquietudes que forman parte del *illness*, tienen que encontrarles solución ellos mismos.

Social e institucionalmente se convoca a que las personas con su enfermedad, tengan las habilidades emocionales y morales para “salir delante” (*sickness*), tal cual se mencionó con Antonieta, pero, el Espacio hospitalario no les brindó a Lorenzo y a Antonieta, muchas formas de acompañar o comprender esos procesos. Si bien es cierto que existen dentro del Hospital los servicios de apoyo psicológico y trabajo social, como se muestra en el capítulo IV en la entrevista con la psicóloga y algunos médicos, no todos los pacientes lo reciben:

Entrevistadora: ¿y aquí han venido psicólogos a platicar con ustedes?

Lorenzo: no, solo nos dicen que pasemos a consulta después de estar aquí en el hospital, pero a consultas, no con psicólogos. Si porque lo psicológico para mí ayuda bastante, siento yo que sería bueno que todos los pacientes llevaran algo así. Nosotros ni sabemos que hay psicólogos aquí.

La psicóloga de Hospital refirió que con la pandemia de Covid-19, hubo un cambio de actitud de los médicos hacia el servicio de psicología, lo comenzaron a considerar importante en interconsulta, pero antes no era así; lo cual, de alguna manera, lo constata Lorenzo, porque en los cinco años que lleva siendo paciente del Hospital, nunca le han mencionado el apoyo psicológico y él si lo percibe como necesario.

En ocasiones, en vez del apoyo emocional, hasta son más los regaños de los médicos, que, por su saber-experto asumen que tienen razón, y los pacientes quedan en una posición de subordinación ante esa figura (Arrúe y Kalinsky, 1996), lo cual se aprecia en los siguientes fragmentos:

Lorenzo: En algunas consultas hay doctores que regañan y por ejemplo dicen: -de verdad te vas a curar, si viniste aquí te vas a curar de verdad, sino pa que venis, mejor quédate en tu casa y espera-, esas son palabras que hieren

Mamá: son palabras que hieren y en lugar que ayuden, son palabras que desaniman para seguirte cuidando, entonces como le digo, cuenta mucho el tacto que los doctores deben de tener para decir las cosas, levantar el

ánimo en lugar de acabar, hay muchas manera, dónde quiera existe de que tratan así feo y no debe de ser así, pero cada quién tiene su criterio de cómo tratar, porque, bueno, hay personas de que a veces regañando como que sí dicen tiene razón el doctor; porque a veces uno abusa de que como no me dicen nada voy a tomar mi refresco, voy a comer tal cosa, pero las consecuencias pues.

Lorenzo: bueno por algo lo dicen porque se han dado cuenta que muchas personas llegan a consulta, pero no se lleva como debe de ser, es ahí donde entra eso, sino sería pérdida de tiempo. Hay de todo tipo de cosas que puedan pasar, ya sea por lo económico que a veces no se le puede dar seguimiento u otra por desidia, son varios los motivos por lo que se pueda dejar de hacer

(diciembre 2020)

El enfoque de los médicos en el Hospital, está centrado en el tratamiento para disminuir los signos, los malestares físicos; aunque, muchas veces estos tratamientos provoquen otros malestares o complicaciones, que a veces pueden ser severos, es decir, efectos secundarios iatrogénicos (Lupton, 2012), como con Lorenzo:

Lorenzo: al parecer ya me van a dar de alta, como ya estoy comiendo bien ya me quitaron el suero, ahorita estamos esperando los resultados, ya depende de eso lo de las plaquetas, el por qué, y también esperando que suba otro poco, porque no me pueden dejar ir con pocas plaquetas porque me puede pasar algo.

Entrevistadora: ¿por las plaquetas bajas tuviste necesidad de transfusión?

Lorenzo: ahora no, pero la vez pasada sí, cuando tuve la hemorragia interna por la úlcera, porque me dio ataques de desmayos, vómito, sangré y ahí es donde si me tuvieron que poner sangre a fuerzas, era necesario porque quien sabe qué podía pasar y por eso me pusieron sangre; pero ahorita no hubo necesidad porque en realidad yo aquí entre por pancreatitis, ya que es que se dieron cuenta que las plaquetas están bajas y ya están investigando el por qué.

(diciembre 2020)

La interpretación que le da Lorenzo a la úlcera, que le provocaron las pastillas, es desde una significación de la dualidad frío/cliente, es decir, una lógica del efecto que tienen algunos medicamentos o tratamientos con ideas relativas al balance entre la calidad fría y la caliente, que posee la cosmogonía maya en la zona Altos Tsotsil-Tseltal (Eroza, 2016) y que no solo

pertenece a la población indígena, también a la población mestiza de la zona, como parte de su cultura:

Entrevistadora: ¿qué tratamientos te han dado?

Lorenzo: me han dado todas las estatinas para controlarme, eso más otras cosas me provocaron la úlcera, es que son muy calientes, afectan el estómago y, pero sino se cuida uno, afecta las paredes intestinales.

(diciembre 2020)

Esa dualidad fría/caliente es una de las conceptualizaciones que debiera ser considerada en la interculturalidad en salud en el Hospital, porque desde la biomedicina no existe tal concepción, pero desde la cultura del paciente se convierte en algo importante, que pertenece a *illness*, porque si algún medicamento, procedimiento o alimento prescrito en el Hospital lleva a la alternancia entre frío a caliente o viceversa, es experimentado con rechazo o preocupación.

En los relatos de la cultura del paciente, en el capítulo cuatro, el personal del Espacio hospitalario, no alude a esta dualidad.

Alberto

Después de buscar atención médica privada deciden llevarlo al Hospital de Las Culturas por consejo del médico que era amigo del hijo de Alberto; su hijo recordó que tenían otro amigo que era médico del Hospital y deciden hablar con él; y comienza la hospitalización. Desde el ingreso de Alberto se aprecia que contaban con una red de conocidos dentro del Hospital, que les fueron facilitando los procesos de internamiento, así como un amplio capital social que les reforzaba emocionalmente y logísticamente desde afuera.

En los siguientes fragmentos se presenta el relato del hijo de Alberto, porque Alberto no recuerda muchos de los aspectos que experimentó en el encuentro con el Espacio hospitalario:

Nos comunicamos en ese momento con el Dr. Sergio Gómez, que es amigo de la familia, tenemos años de conocernos, y entonces nos dijo: -sí se los recibo, pero, aunque sea en camilla o en silla de ruedas-, -sí, no importa-, o sea, él dijo sí se los recibo porque dijo: -híjole es Alberto, lo conozco, ¿y qué paso? -. Pero ya llevábamos unos estudios que era la tomografía, entonces -¡sí nos lo reciben!-; estuvo como una hora en una



camilla, yo no lo vi, solo sabía que ya estaba adentro, y como en una hora nos dijeron: -ya está en observación- Estuvimos pendientes esperando, el doctor Carlos me decía por teléfono: -cómo está tu papá hijo, no te despegues de él en ningún momento-, en ese momento yo no entendía por qué, y le dije: -una de mis hermanas está allá adentro- y me dijo: -no hijo, ¡tú, tú!- pero yo le dije que no podía, yo me dediqué a avisarles a todos mis tíos lo que estaba pasando con mi papá, y pues todos se alarmaron, llegaron, otros hablando por teléfono, mi madrina, una de las hermanas de mi papá, viajo desde Comitán, y siempre hubo el apoyo familiar. Entonces ya fue que, en la noche para quedarse con él, me dice mi hermana: -yo soy la mayor, me quiero quedar con papá- -de acuerdo- le dije. Muchos amigos nos llegaron a ver, uno de ellos fue don Jorge, un gran amigo, y me dijo: -¿qué paso Fidel?, oye tú eres el mayor verdad-, -no es Alejandra, me lleva como 6 años-, pues me vieron así muy estresado, o sea me envejecí (hace un chasquido en señal de rápido) así, y me dijo:- tranquilízate, ya su esposa que está metida en terapias me dijo: -tranquilízate hijo-, me empezó a dar masajes y lloré porque pues todo eso lo tenía yo.

(febrero 2021)

En este relato se muestra el espacio vivido del grupo de cuidado de Alberto, donde se constata una vez más, que el padecimiento no es solamente una experiencia de la persona enferma, sino de su contexto inmediato:

Ya al otro día temprano pasó la revisión médica y le marco a mi hermana, se levantó de donde estaba y me contestó llorando: -es que papá ya no mueve la mano-, le colgué y le hable al doctor Carlos: -mire esto y esto está pasando-, -hijo vete con tu papá por favor, se está poniendo más grave-, -¡chin!-, yo sabía: -sí se está agravando, ¡viene la muerte!-; entonces ya saco a mi hermana a las 8:00 y me quedo yo con mi papá; y, son experiencias muy fuertes, porque pasa la doctora a revisión médica al lado de mi papá en la cama 4, dice:- pues ya los familiares de la maestra: hijos, sobrinos, papás, pareja, cualquiera que quiera, que se pasen a despedir porque tiene muerte cerebral-, y yo adentro con mi papá, mi papá no sé si lo entendía o no, como que quería hablar, yo le decía: -tranquilo papá, todo va a estar bien- que le estábamos pidiendo mucho a dios y se puso a llorar, porque pues tal vez si me entendía en ese momento (lloran Alberto y su hijo), y yo al escuchar lo de la señora de al lado, pues me partió más (llora); y pues ahora sí, de lo que yo te ando platicando, créeme que en ningún momento he dicho una mentira, yo quisiera que mi papá estuviera bien al 100%, ya van tres años y me ha dolido mucho, mucho, porque hacen falta muchas cosas, hemos pasado por mucho, me ha dolido mucho su ausencia laboral, mucho.

(febrero 2021)

La experiencia en el área de urgencias, acercó a Alberto y a su hijo al proceso de muerte; generando emociones de tristeza y temor ante la posibilidad de enfrentarse ellos mismos a

este proceso; en su espacio vivido se encuentra el dolor emocional, cada uno desde su propio yo y al mismo tiempo intersubjetivamente.

Bueno, de que estábamos ahí, me toca escuchar eso yo no quería despegarme de él, pero mis hermanos querían pasar y pues les tenía yo que darles oportunidad. Pasa una noche más allí, y en la madrugada del 2 de febrero lo suben a piso por la ayuda del yerno de una tía que trabaja allí, nos dijo: -yo le voy a conseguir un lugar al tío allá arriba, que lo atiendan bien, que este con el internista-, y gracias a dios lo consigue. Pero, cuando estaba todavía en observación me tocó ver que falleció un paciente, y es duro porque decía yo -¡dios mío yo no quiero!- Allí entran los familiares o les dicen: -díganles que ya falleció-; y, a nosotros nos dejaban entrar a observación porque el amigo de otro tío, el doctor César, era el secretario del Sindicato de Salud de acá de San Cristóbal, de la Jurisdicción, por medio de él era que les dijeron: -déjenlos que estén, que estén los familiares- hubo esa posibilidad de entrar y animarlo; afuera había mucha familia, todos tristes, preocupados. Entonces ya fue que lo pasan a piso el día 2 en la madrugada, y hubo también buena atención, hay una enfermera que es nuera de una amiga de mi papá, todas la atenciones la verdad; el fin de semana estuvo el apoyo de ella; en la noche cambian de turno y por los medicamentos que le daban pues se le aflojó la panza, y fue muy difícil también para nosotros, cómo cambiarlo, cómo girarlo, o sea muchas cosas, lo que nunca habíamos hecho lo aprendí en 3 min, en lo que lo cambiaba una enfermera, nos enseñaron a cambiarlo, a cambiar una sábanas sucias, a bañarlo, a sentarlo, a hablar con él; eso fue del miércoles a lunes, ese día él ya estaba desesperado, de enojaba porque no le entendíamos que nos quería decir, pero pues no sabíamos.

(febrero 2021)

Como se había mencionado con Antonieta, en el hospital existen protocolos informales, como llegar con estudios previos para ser recibidos inmediatamente; en el caso de Alberto los protocolos informales para asegurar la mejor atención se centraron en las recomendaciones de personas trabajadoras del Espacio hospitalario, el médico general que los recibió, el primo que agilizó el pase al servicio de medicina interna, la enfermera que era nuera de un amigo, les apoyo a cuidarlo en esta área; ello les estaba brindando seguridad, principalmente, a su grupo de cuidado. Pero, no sucede con todos los usuarios.

Las preguntas que surgen ante estos acontecimientos son: ¿si pueden realizar estos protocolos con algunas personas, por qué no se convierten en formales para todos? ¿qué no están formados para atender con humanidad? Tal cual lo mencionan en algunas entrevistas con el personal del Hospital.

Como se vio en el capítulo cuatro, los procesos político-burocráticos son muchos y en muchas ocasiones complican el padecimiento, porque generan otras preocupaciones y desgastes.

La primera noche nos pidieron unas ampollitas para que le deshiciera el coagulo, no recuerdo el nombre, hay una farmacia Bios enfrente, pues te mueves y no hay de otra, \$1,200.00 las ampollitas, pues que se compre no importa, y me dijo César: -ya tengo el nombre las ampollitas voy a ir a buscar a otro lado-, abrían las farmacias Guadalajara apenas, estaban inaugurando la de Fátima, ahí se encontró una ampollita y dos en la otra farmacia la que está por el hotel Buen Samaritano, \$400.00 cada una; entonces, en ese punto dijimos que bueno, compramos tres por los \$1,200.00.

(febrero 2021)

En el fragmento anterior se evidencia lo que se mencionó en el capítulo cuatro acerca del interés de una empresaria de San Cristóbal por apoyar a abrir el hospital de Las Culturas, es su farmacia la que está enfrente, y cuando se necesitan medicamentos urgentemente es allí donde tienen que comprarlos, sometiéndose a precios más elevados que en otras farmacias; una vez más, se demuestra que la lógica de un mercado capitalista que ha convertido la salud en mercancía.

En el Espacio hospitalario, dentro de los procesos económicos, no solamente son algunos estudios de laboratorio o procedimientos médicos, los que tienen que costear los pacientes, sino también algunos medicamentos, principalmente los más caros. Ni Antonieta, ni Lorenzo, ni Alberto fueron la excepción, pero, Lorenzo y Alberto si pudieron acceder a realizar el gasto, lo que los posicionó en mejores circunstancias que Antonieta, y hace que su grupo de cuidado también cumpla con un rol de responsabilidad hacia su “enfermo/a” asignado desde el Espacio hospitalario, el cual, ya se había mencionado, se ampara en el *sickness*.

Después pasó la anesthesióloga de casualidad, y la conocimos, la Dra. Eréndira, y ya fue que este, -doctora hola- y dijo: -él era mi vecino-, ella era nuestra vecina años atrás, ya fue que la doctora dijo: -a tú papá lo que le va a servir mucho ahorita es la acupuntura- ella estaba aprendiendo en ese momento, y nosotros como estábamos desesperados pues por ver bien a mi papá dijimos que sí, y le dio como dos sesiones, yo creo que le cayó bien, pero, en una sesión le pico mal un dedito, se le quedó así como el nervio, le lastimo y se le encogió el dedo a mi papá, dos veces lo atendió allí, y no nos cobró, y ya fue que nos dijo: -pues se lo voy a ser a domicilio porque

esto no cuenta aquí, les voy a apoyar así y así de esta manera, nos explicó-, y entonces después le vino a dar acupuntura particular acá a la casa.

(febrero 2021)

Se encontraron con la anestesióloga que también se comenta en el capítulo del Espacio hospitalario, en los procesos políticos, estaba dando junto con otro compañero de trabajo, el servicio de acupuntura a pacientes hospitalizados, siempre y cuando ellos estuviesen de acuerdo, como parte de las prácticas de un diplomado de Acupuntura que ella organizó, pero que no tuvo seguimiento. Pero se puede apreciar que hubo un efecto secundario iatrogénico con la aplicación terapéutica.

Cualquier práctica de atención puede causar iatrogenia, sin embargo, las representaciones simbólicas de los profesionales y terapeutas con su saber experto, y ante la desesperación de un padecimiento pueden hacer que los pacientes se sometan a los procedimientos prescritos. Alberto y su grupo de cuidado aceptaron esa opción; la cual siguieron posteriormente, porque también observaron mejoría, como se verá cuando se exponga el apartado de terapias alternativas.

Pero, el día que le dieron de alta, nos pasó algo feo en el Hospital de Las Culturas, la atención del neurocirujano, el doctor Uriel, el mismo que lo vio particular el primer día, a mi papá lo teníamos sentado, yo lo tenía espalda con espalda y mi hermano lo tenía agarrado, entra el doctor y dice: -¡Alberto!- y mi papá entre su hablar le dice: -sí-, -¿Cómo te sientes?- y mi papá balbuceaba, no se le entendía bien, y este condenado hombre la verdad dios le perdone lo malo que ha hecho, porque lo agarro del pelo y lo agarro así mira (señala movimientos del cabello de un lado a otro) y mi papa: -¡ha, ha, ha, ha!-, y lo único que dijo este inútil fue -¡nortropil para el habla!- y se dio la media vuelta y se fue, y la enfermera fue la que nos dejó la receta, ¡ese fue su pase de visita médica!; y gracias dios que nos quedamos como tontos con César porque ya le iban a dar de alta a mi papá, porque si no lo hubiéramos madreado allí y se hubiera hecho un desmadre enorme y no había necesidad, yo después reaccione: -¡hijo de su pinche madre!- yo ya encabronado y César me dijo: -no, tranquilo, ya nos vamos- y ya él dio de alta, solo ese día paso, otros días pasaban otros dos internistas.

(febrero 2021)

Las consecuencias iatrogénicas que dejan el tratamiento y/o la atención de los especialistas, no solo se centra en los aspectos físicos del cuerpo, sino también a nivel emocional y moral, las expresiones del hijo de Armando eran de mucho enojo y Armando quedaba viendo fijamente a su hijo con una expresión de melancolía.

Política y socialmente los pacientes y su grupo de cuidado se someten a una situación estructurada de subordinación en la internación (Arrúe y Kalinsky, 1996) la institucionalización ha creado la imagen que “*deben* ser pasivos” y acatarse a la autoridad de la figura médica, porque además están, en el hospital de las Culturas, en un servicio “*gratuito*”, y deben ser “*agradecidos*”.

También en el hospital de las Culturas no nos cobraron nada, yo entré con la trabajadora social y nos hicieron las preguntas, creo que es el estudio socioeconómico, y no pagamos nada [...] pero gracias a dios nos fuimos al hospital de Las Culturas y ya sólo compramos todos los medicamentos, y se compararon porque en el hospital no tenían, ni los suseros vitaminados, ni las unidades para pasarle el medicamento, o sea todo eso compramos, porque creo que en esas fechas había un paro, un problema entre el personal de salud y gobierno por falta de insumos o algo así, creo que había esa situación y nos dijeron: -ya ven en qué situación estamos, y sólo si lo compran todo-, y sí, así fue.

(febrero 2021)

Estas dificultades de abasto de medicamentos y material médico, se van a encontrar en todas las narrativas; los pacientes y su grupo de cuidado equiparan el gasto que tuvieron o que hubieran tenido al acudir a un servicio privado y eso les hace consentir y agradecer que no pagaron hospitalización, “solo los medicamentos” –dice el hijo de Alberto y se advertirá también con Graciela–; pero en otros casos, no pueden acceder a pagar otros medicamentos o estudios.

En las entrevistas con el personal del hospital, se hace referencia a que el desabasto de medicamentos se da en ciertas épocas, como en los cambios administrativos y gubernamentales, o que depende de las políticas de SSA estatal para asignar presupuesto y de los convenios con las empresas subrogadas en turno; es decir, depende de los procesos políticos y económicos del Espacio hospitalario.

Es evidente que son los pacientes los que resultan afectados por estos procesos, que indirectamente suman otra preocupación a la experiencia de su padecimiento. Y se van construyendo más problemáticas en torno a las mismas circunstancias de desabasto, porque es el personal de salud que tiene que enfrentarse en el día a día con la resolución de medicamentos e insumos, tomando acciones que también repercuten en los pacientes; un ejemplo de ello es una huelga del personal de salud cuando Armando estuvo hospitalizado,

su hijo relata que les mencionaron que no les podían otorgar medicamentos por la huelga, motivada precisamente para exigir insumos.

Pese a que el hijo de Armando mencionó, anteriormente, que agradecen solo haber comprado los medicamentos y no gastar más, y por el trato amable que les proporciono parte del personal (por recomendaciones), recalca, que no regresarían a menos que se encontraran con otra necesidad de urgencia. Cuenta otra mala experiencia con otro médico internista, que deja también una huella emocional y moral, con este relato termina la experiencia que narra el hijo de Armando acerca del encuentro con el Espacio hospitalario:

Entrevistadora: ¿ya no regresaron al hospital de Las Culturas?

Ya no, la verdad si regresaríamos al hospital de las Culturas porque sé que está el doctor Tulio (el intensivista que después lo atendió de forma particular), la verdad ya no regresamos, ya lo vimos todo particular, si regresaríamos solo por necesidad. Tal vez muchos les gusta su trabajo, disfrutan mucho su trabajo, te tratan como les gustaría que a ellos los trataran en cualquier momento, pero también hay personas déspotas, malas, es parte de toda esta bendita vida; un internista el doctor Daza: -¡párenlo, que camine-, nunca se acercó, dijo algo así: -se va a pasmar, párenlo; o sea, no fue gentil; en su priva son otra cosa, ese es el problema, cómo es posible que exista eso, dirían muchos: -eso es México-. En cambio, el doctor Tulio hasta le prestó a César unos libros para que presente examen para una especialidad, ambos nos ganamos la amistad.

(febrero 2021)

## Graciela

Graciela, como ya se ha mencionado, estuvo hospitalizada en Las Culturas por tres accidentes, y por uno, en la Clínica de Campo. A continuación, se presenta la narrativa que da cuenta de la interacción que experimentó en estos espacios hospitalarios, aunque por supuesto, se profundiza en el encuentro con el Espacio hospitalario del Hospital de las Culturas.

En el primer accidente Graciela no fue hospitalizada en el hospital de Las Culturas, sino en la Clínica de Campo (hospital del IMSS), también se presenta esta experiencia porque forma parte de la narrativa de su padecimiento:

Graciela: De ahí tuve otro accidente muy fuerte donde un perro me desfiguró la cara, me mordió aquí el labio y me quedó en trisas, pero ahí no fui al hospital de las Culturas, ahí me metieron de emergencia al Centro de Salud, que está al lado del hospital de las Mujeres, ahí me llevó el que era mi pareja, y nadie me quería atender

[...] Pero si fue en el Centro de salud, ahí no me querían atender, ¿pero es lo mismo verdad?, un hospital de gobierno creo que tienen un vínculo con el hospital de Las Culturas; no me querían atender por la gravedad de la cara que llevaba por ser mordida de perro, porque es muy propensa a tener bacterias y a infectarse, pero, tuve la buena suerte en ese momento que estaba el doctor güero, el que es vecino tuyo [se dirige a su hermana], es amigo de mis tías, estaba allí, y me vio, y yo recuerdo que dijo: -¡yo la opero! ¿quién me ayuda? – yo lo amo profundamente, gracias a él tengo cara, porque si me hubieran llevado, porque lo que pensaban hacer era nada más limpiarme, anestesiarme, y esperar al siguiente día para llevarme con un doctor cirujano plástico especializado, quién sabe cómo hubiera quedado porque ya la piel empieza a sellarse, no gracias al docto güero es que tengo labio, y él es doctor general, y dijo porque era yo sobrina de la amiga, y él se aventó e hicieron un quirófano. Y me cayeron muy mal las putas enfermeras que sin mi consentimiento y con la cara desfigurada me tomaron fotos para enseñárselos a sus sobrinos para que no se acercaran a los perros; para mí eso fue tan denigrante para mi persona, y yo no podía hablar, eso mira ¡sí estuvo de la chingada!; yo quisiera encontrarme esa pinche vieja para decirle que no se hace eso, que las personas enfermeras, enfermeros, doctores son para contener no para denigrar; pero bueno; la cosa es que gracias a ese doctor me operaron y me dieron de alta esa misma noche creo, y ya me fui a recuperación, ese fue mi otro accidente que tuve. Ya lo posterior fue inmenso, gigante, yo miraba mi cara, y mi corazón no era como preocuparme porque iba a quedar desfigurada, sino que era mi familia, yo decía: -y mi familia, ¿qué les va a pasar cuándo me vean así? – hay no, no, no, yo pensaba en ellos en mi familia, y bueno, poco a poco todo tuvo un final feliz, mi cara regresó a su normalidad, aunque no del todo porque por las cicatrices y todo, pero no se ven tanto.

(abril 2021)

Al igual que Alberto, Graciela estuvo sometida a la autoridad que se adjudica el personal de salud para tomar decisiones con respecto a la persona del paciente, de nuevo, pasa por un efecto iatrogénico emocional, porque refiere que necesitaba contención y se sintió denigrada; además del efecto que el propio accidente tuvo en su vida personal por su trabajo en el Refugio.

Como menciona Arrué y Kalinsky (1996): el equipo de salud de un hospital se encuentra en un contacto diario con la enfermedad, el miedo y la muerte, incluso la locura; la persona enferma se acerca a lo que es cotidiano para el personal, pero se aleja de su vida cotidiana, y a veces, es difícil que el equipo terapéutico entienda en qué consista este alejamiento para el paciente. Hay un abismo entre estar enfermo y atender una enfermedad, allí los enfermos son los otros, y, por tanto, es un encuentro donde estriba el poder, tal cual, se puede apreciar en esta experiencia de Graciela con la enfermera en la Clínica de Campo.

También, se visibiliza que, como en Las Culturas, los protocolos informales en la Clínica hacen la diferencia en la atención, ya que Graciela fue operada inmediatamente

porque encontró un médico que la conocía; es como tener un pase de seguridad en la atención si hay influencias por amistad o familiaridad. Pero, los pacientes que no lo tienen, forzosamente se someten a los protocolos formales, que no siempre resultan en beneficio como usuarios.

En el segundo accidente, en el Hospital de Las Culturas:

Graciela: ...pero de los más graves y que caí en el Hospital de las Culturas, bueno que caímos, fue un accidente en moto que tuvimos con mi papá [...] Ya mandaron a llamar a las ambulancias y no sé quién dio la orden o si las ambulancias solitas te llevan al hospital de las Culturas, pero nos llevaron ahí a mi papá y a mí, yo creo que fue como de emergencia. Y resulta que en el hospital de las Culturas no tenían medicamentos para el dolor, era una cosa así como, si mal no recuerdo me curaron y todo sin anestesia y sin medicamento para el dolor, era un dolorsazo, me metieron porque estaban impresionados que tenía el estómago completamente negro y estaban pensando que probablemente por el color tenía algún estallamiento de vísceras, entonces me llevaron a que hicieran radiografías, me hicieron radiografías de todo y resulta que estaba yo perfectamente bien; eso sí, con la pierna derecha abierta, de la parte de la rodilla para abajo completamente abierta, se me miraba el hueso pero no había fractura, entonces me curaron a capela, y lo cerraron para darme de alta, porque tenían que deshacerse de mí lo más rápido posible. Estaba abierta mi rodilla y me curaron y todo y te digo lo que, si recuerdo que fue a capela, la segunda vez, porque son dos veces que en el hospital de Las Culturas me atienden a capela, y, esa fue la primera vez, y, todo fue muy rápido, no recuerdo porque no había medicamentos, ni anestesia

Hermana de Graciela: por malos recursos, en aquel tiempo

Graciela: pero deja, te dicen: -tú como familiar veles a comprar-, pero no recuerdo porque no se permitió o si no les dijeron, pero yo me acuerdo que pegaba unos gritotes y me acuerdo de Silvia (otra hermana), que empezó a llorar de verme, bueno, fue un sufrimiento no solo para mí, sino para mi familia de ver lo que me estaban haciendo, entonces me dan de alta porque yo estaba fuera de peligro

(abril 2021)

Al igual que Antonieta, Lorenzo y Alberto, Graciela se somete a la falta de medicamentos, una de las dificultades más frecuentes con las que se encuentran los pacientes en el Espacio hospitalario, Para Graciela fue una experiencia dolorosa física y emocionalmente, y para su familia también fue dolorosa emocionalmente, porque Graciela padeció el dolor de ser intervenida urgentemente sin los medicamentos que le calmarían el dolor de una sutura y al



mismo tiempo observaba el sufrimiento de su hermana, aunada a la preocupación por su papá:

Graciela: el que estaba super mal era mi papá, y yo no vi a mi papá hasta después de mes y medio, estaba super mal, él se quedó ahí y lo opero el Dr. Roger, y le fue muy mal a mi pobre papá.

Hermana: es que para el tipo de accidente y lesión que tuvo no había ningún traumatólogo que diera el ancho para que él quedara bien, y entonces tuvo que ver un externo después de la operación, él este hombre le dijo: - pues yo ya no me arriesgo para otra operación y tienes que buscar un especialista en esa área-, porque lo que decían los doctores en el hospital y en todo San Cristóbal es que le iban a amputar la pierna. Y a parte porque toda la gente chismosa ahí donde fue el accidente subió a las redes sociales las fotos, fue horrible, la gente es bien fea.

Graciela: no recuerdo mucho que pasó con mi papá, porque yo estaba en mi proceso y él en el suyo; estábamos separados, pero bueno, la cosa es que no me habían dado de alta, y antes de tomar las radiografías me curaron y me sellaron, me cocieron, me tomaron las radiografías y resulta que tenía entre la tibia y el peroné, tenía incrustado un tornillo de la placa del coche, no sé si tengo las radiografías porque después les decía yo a todos: -¡miren lo que me dejaron en el hospital de Las Culturas!- [se ríe]; O sea sí estuvo bien cabrón porque te digo que no había anestesia, me volvieron a abrir y me volvieron a sellar, ¡uff!; ese mismo día en la noche yo ya estaba aquí en la casa de mi mamá.

(abril 2021)

Se encuentra de nuevo, como en el caso de Armando y Lorenzo, un efecto iatrogénico después de un procedimiento médico; ya la había suturado y después se percatan que había quedado un tornillo incrustado, volvió a pasar por el mismo dolor porque no tenían los insumos necesarios para realizarlo.

A su papá no le pudieron dar seguimiento, el pronóstico era amputar la pierna; y el especialista del hospital de Las Culturas le sugiere buscar otro especialista. El tener la posibilidad económica le hizo tener acceso a un servicio privado (se relata en el apartado de servicios biomédicos privados) que logró rehabilitarlo y salvar su pierna, pero, cuando un paciente no cuenta con los recursos no podrá acceder a este servicio.

Posteriormente, en el tercer y quinto accidente llevan a Graciela de nuevo al Hospital de Las Culturas. El tercero, por una mordida de perro que le fueron a dejar al refugio (la primera parte del relato se presentó en el primer apartado de las narrativas):.

...Ander, el amigo que te digo me fue después diciendo, porque lo único que yo recordaba es que me metió una mordida acá (señala cerca de su ojo izquierdo) y empecé a sangrar muchísimo, y ya me lo quitaron y lo llevaron no sé dónde y a mí me llevaron de emergencia al hospital de Las Culturas [...] no tenían medicamentos también, nada, pero ahí si me operó un zapatero, ve [me enseña su cicatriz cerca del ojo], ¡no!, me hizo una cirugía pésima, aunque le agradezco mucho que no lo dejó abierto; la cicatriz que tengo ha ido aminorando un poco, pero fue pésima, y para tratarse de la cara, te lo juro que pensé que era como que si hubiera sido un zapatero, pero nada más, no tengo mucho que decir del hospital, solo muchas gracias que me atendieron, que me cosieron; pero no fue una persona experta, no tenían medicamentos para el dolor, ni anestesia, y ya, solo fueron horas y me dieron de alta. Este fue el tercer accidente por decirlo así, fuerte, porque casi pierdo el ojo y fue cerca de la cara y tenía yo un hueco aquí [señala su rostro] cañón que se me veía el hueso

(abril 2021)

En esta ocasión, la falta de insumos en el hospital vuelve a ser parte de la experiencia del padecer de Graciela, y deja ver de nuevo el malestar que ello le produce, aunado a las emociones que vivencia por la cuestión estética. Para el personal de salud, suturar una herida es resolver el problema de salud, y para la paciente va más allá de eso, involucra sensaciones y sentimientos que deja la cicatriz, Graciela compara la primera cirugía por mordida de perro que le practicó el médico del IMSS con esta nueva intervención, y la secuela es emocional. En esta ocasión, la interdisciplina (interconsulta) que comentan los actores del Espacio hospitalario, no es visible, y, seguramente, para Graciela si era indispensable. Pero, además de ser un caso ambulatorio, fue antes del año 2020, cuando era menos incluido el servicio psicológico en las intervenciones médicas<sup>62</sup>

En el quinto accidente:

...la cosa que de repente despierto en el hospital de Las Culturas, en emergencias y yo no entendía que estaba pasando, pero por dios que para mí fue tan espantoso, era por ratitos y me volvía a ir, y por ratitos y otra vez no entendía, hasta que ya mi mente empezó a captar: -¡no puede ser, me accidente otra vez!- y esta vez de una gravedad, dentro de mí sabía que era de una gravedad impresionante, fuertísima, yo tenía un derrame cerebral en ese momento; entonces iba y regresaba, y bueno, super bien atendida, completamente diferente a las otras dos, ya del por qué y todo todavía lo estoy descubriendo; pero para mí eso fue super importantísimo, si es parte de no sé qué, yo no entiendo todavía, no entiendo muchas cosas, pero todo fue bien esotérico y místico ese

---

<sup>62</sup> Esta información la otorga la psicóloga y el médico de consulta externa.

accidente. Pero lo importante aquí es que llegué tomadísima, pero a punto de morir, y los del hospital, bueno, esto me lo cuentan los de mi familia: que llegó la ambulancia, primero la ambulancia no querían subir a donde fue el accidente porque era camino a Corralito o Peña María, pero era una emergencia, -no pues bájenla-, -no la vamos a mover, se puede morir, a la mil aceptaron los de la ambulancia y dicen que se quedaron petrificados porque lo primero fue la vamos a llevar a HOSCEM [hospital particular], el hospital que es carísimo, y que dijeron: -no, pues no tiene seguro, no tiene nada-, y se sabe que ese hospital es carísimo, ellos estaban necios y tercicos que me querían llevar a ese hospital, no entiendo muy bien cómo estuvo eso, pero que enfurecieron mucho mis amistades que estaban allí y a mi familia, porque mi familia empezó a intuir que tenían algún convenio con el hospital, entonces que se negaron rotundamente y entonces ya dijeron: -bueno la vamos a llevar al hospital de Las Culturas, que es lo más cercano, pero quién sabe si la acepten porque va muy mal-, entonces iba conmigo mi cuñado, y él que me cuenta que fue un golpazo porque iba conmigo en la ambulancia, que entraron y que lo primero que le dijo la doctora es: -prepárense, porque viene muy mal y así como se está viendo parece que tiene una fractura de cráneo-, y no sé qué más cosas dijeron, pero así lo peor; entonces él salió y les tuvo que decir a mi familia, a todos, estuvo medio trágico eso pero era para que se prepararan porque iba super mal.

Ya luego me enteré que no están aceptando a personas por el COVID, ni están aceptando a personas en estado de ebriedad, y en mi caso pues yo iba inconsciente, pero iba con aliento alcohólico porque había tomado mezcal y un poquito de cerveza, pero que, debido a la gravedad del asunto por eso me aceptaron, y que ya no podían trasladarme a ningún lugar, porque en el trayecto me podía ir, entonces me metieron a urgencia y allí me quedé creo tres días. Hay no, fue todo un tormento, yo moría de la sed, no me daban absolutamente nada de beber, pero la sed que tenía era impresionante, solo que al cuarto día, ya que había pasado un poquito el riesgo, no totalmente, porque me tenían conectada, yo no me movía de la cama, ya me pasaron para arriba, y la verdad es que yo salí de allí ya con otro pensamiento diferente, casi nunca cuento mis anteriores accidente y que no había medicamento para el dolor y que me operaron a capela y todo eso porque aparte de que fue muy fuerte para mí, era como muy denigrante, no me gustaba y es que como hablar mal y revivir cosas negativas, pero debido a este accidente a mí me cambió por completo la visión que tengo acerca del hospital de Las Culturas, de hecho salí agradecidísima. Como estaba yo muy grave me dieron una cama de la que se mueve para que yo no hiciera mucho esfuerzo, porque cuidaban mucho el derrame cerebral, era lo que más les preocupaba; me regañaban todos los de mi familia -¿qué por qué estaba yo de fiestera?-, -ah ya, les decía yo-. Y en eso me llevaron este vaso para tomar agua [me enseña un vaso que dice Tecate], y todos en el hospital pensaron que estaba yo tomando chela, que era yo alcohólica que no podía yo dejar de tomar, me lo llevó la esposa de mi papá, fue como un juego, pero bueno; a pesar de todo porque yo creo que yo rompí con todo este rollo de: -pues si estaba alcoholizada, ella se lo buscó-, ¡pues no!, recibí un trato super chido, llegaban a verme a cada ratito, me preguntaba si requería más medicamento, y para mí fue novedad que tuvieran tanto medicamento, porque antes no lo tenían, para nada. De hecho, como llegaban a dormir conmigo mis amigas italianas, me preguntaban que, si era yo extranjera, y les decía: -no, yo soy de aquí de Chiapas-, la comida super chida, el medicamento super chido, el trato poca madre.

Estaba yo creo que era en los días de riesgo del derrame cuando me enteré que entraron a mi cuarto donde vivía y me robaron un chingo de cosas , mucho dinero, personas que yo conozco con las que convivía diario, me afectó muchísimo, lloraba yo mucho, me daba más dolor de cabeza, más dolor de todo, y los doctores y enfermeras que me escuchaban llorar se apiadaban mucho de mí; mandaron a llamar a una trabajadora social para que platicara conmigo, no, mira yo estoy muy agradecida que se preocuparon tanto por mí y me preguntaban o yo les decía: -por favor más medicamento-, porque eran unos dolores terribles porque no solo fue el derrame cerebral fue fractura, una fractura que al principio me dijeron que fue una fisura, eso fue lo que no estuvo tan chido; y en las radiografías que me sacaron al principio, porque me mandaron con un maxilofacial de Tuxtla, ya después de un buen tiempo, ya mandaron la petición, al principio yo no quería y firme que no quería, y ya luego, me dijeron que tenía que ir, y ya dije -si está bien si quiero-, y me dijeron: -pero tú dijiste que no querías-, -sí, pero ustedes me dijeron que era muy peligroso moverme con el derrame cerebral-, yo alegaba, y se dieron cuenta que era cierto lo que yo estaba alegando, y gracias a eso es que me pudieron mandar con un maxilofacial, yo no quería que mis papás gastaran porque de por sí soy la oveja negra, la que se dedica a los animales, yo no les pido ni un quinto; no soy A.C. no soy ONG, soy voluntaria, lo hago con mis ingresos; y yo pensaba: -no, no me quiero endeudar o que luego me estén reprochando, porque me reprocha mucho el haber dejado mi carrera, la verdad es que si le ando rascando, buscando el dinero, porque yo prefiero mil veces comparar comida y atender un perro moribundo que estar de fanfarrona con celulares nuevos o con ropa de marca, a mí eso no me llena mi corazón, pero a mi familia les incomoda un poco, porque salí completamente del molde de lo que tiene que ser una vida próspera, abundante, etc. Entonces, en base a eso, y es que cuando escucho a mi papá lo que piensa acerca de mí, puta, se me bajan las defensas horribles, mi mamá no tanto porque es un poquito más flexible. La cosa es que yo no quería que ellos gastaran, yo vivo al día, tengo una casita, pero la renta de eso me sirve para mis chicles, y no la iba a vender por el accidente. Par mí fue una bendición haber entrado en el hospital de Las Culturas, porque yo hubiera quedado endeudada toda la vida y con reproches toda la vida, y que aparte por pedota, que yo sé que no fue así, pero, las circunstancias sirvieron para que pensarán que yo soy una alcohólica, y no son malas personas en mi familia, pero te digo que no están a gusto conmigo, porque solo una alcohólica o drogadicta puede estar hablando con los animales.

A partir del accidente cuando se me destrozó la cara y que regrese al Refugio, en ese momento se dieron cuenta que mi pasión era eso, me respetaron, pero, aunque no estén de acuerdo. Aunque eso de respetarme, aunque no estén de acuerdo, a escuchar lo que piensan es diferente, ya no se meten, pero yo pensaba: -no, no, no, si pagan cualquier cosa van a empezar otra vez-, por tanto, fue una bendición que me hayan recibido en el hospital de Las Culturas, en verdad estoy muy agradecida, por las circunstancias, por lo que tú quieras, porque pudieron haber dicho que no, incluso me dieron ¡un tanque de oxígeno!, yo tuve tanque de oxígeno las 24 horas porque yo creo más de una semana, con suero todo el tiempo, sin alimento por lo de la mandíbula, deforme otra vez, con el derrame cerebral, entonces era medicamento tras medicamento, tras medicamento, tras medicamento; y lo único que nos pedían era un tipo de vitamina C para elevar mis defensas y yo no me fuera a enfermar de COVID, pero resulta que luego supimos que en la misma farmacia lo tenían, tú llegabas con tu receta y ahí te lo daban, de hecho me lo dieron al final, ¡fue lo único que gastamos!, yo estuve dos o tres semanas y no gastamos

un peso; mira por mis condiciones, porque todo mundo puede decir: -no, solo a los indígenas, esta mujer tiene familia-, la leyenda de que mi familia era una familia adinerada se quedó con el abuelo, porque el abuelito tuvo mucho dinero, pero si gastaba mucho y tenía muchas mujeres, luego al final no tenía casi nada, ya a los nietos no nos tocó nada; y mi pasión son los animales y yo me dedico a eso y posiblemente algunos indígenas tengan más dinero que yo, así que yo lo agradezco muchísimo, porque dado mi estatus económico en este momento, que yo espero que pueda fructificar más, porque es mi proyecto de vida y no solo es para mí, es para los animales, tengo que ver cómo le hago para convertirme en A.C. porque todo mi dinero se me va en mis animales.

Entonces, el que el hospital de Las Culturas me haya aceptado y no haya tenido que pagar nada y haya tenido tan buen trato, al final me di cuenta que me daban mucho ketorolaco y mucho ibuprofeno para el dolor, y yo les decía, el ibuprofeno o no me acuerdo si era otro: -ya no me hace nada para el dolor-, y decían: -¿cómo no te a hacer nada, si es más fuere incluso que el ketorolaco-, y se atacaron de la risa con una anécdota, porque yo les decía: -de verdad no me hace nada, lo único que me quita el dolor es el ketorolaco, para qué gastan su medicina en mí si no me hace efecto-, y era así como protocolario que tenían que darme eso; y mi cuerpo es una cosa extraordinaria; pues como a las horas que les decía eso llegaron los necios enfermeros buena onda, pero me pusieron el medicamento, y ¿crees que pasó? no, no pasaba el medicamento para el dolor super chido, los brazos me picaban por todos lados, pero principalmente con ese medicamento, porque me lo ponían y no pasaba, lo sacaban y lo checaban y si pasaba, pero a la hora que me lo querían meter, mi cuerpo lo bloqueó; ellos estaban fascinados de que mi cuerpo lo botaba, no permitía la entrada de ese medicamento, ya no me lo podían poner y se atacaban de la risa, y ya, me daban doble dosis de ketorolaco. Y yo lo recuerdo muy bonito, desgraciadamente no tengo buena retentiva con los nombres, pero si yo veo las caritas, por lo menos le eché millones de bendiciones porque me trataron super bien todo ese tiempo, con todo el medicamento que te puedas imaginar, y me dieron el tanque de oxígeno en época de crisis, porque mi cerebro por el derrame cerebral lo necesitaba.

Solo una cosita, y yo creo que no tuvieron la culpa los del hospital de Las Culturas, en la radiografía salía con una fisura, entonces con esas radiografías me mandaron con el maxilofacial, me cerró la boca, bueno ni siquiera lo hizo el maxilofacial lo hicieron sus ayudantes, me dolió hasta el alma, mucho, mucho, aquí tenía hinchado (señala su mandíbula) y me dolía mucho, y me decían: -a ver abra los ojos-, en un hospital que tiene correlación con el hospital de Las Culturas en Tuxtla; y me decían: -no puede ser posible que le temas a una aguja, cuando todos aquí los tenemos que anestesiar-, y yo lloraba y eso que son machina para el dolor; pues resulta que me cocieron, yo recuerdo que mi familia estaba llorando de verme tan adolorida, y después decidimos ya no regresar con el doctor, porque cuando empezamos a hilar todos los acontecimientos, fuimos a un hospital Gómez Maza o algo así, y no llego el doctor a la cita, volvimos a llegar y nos citó en su consultorio, y en su consultorio él no me operó, me operaron sus ayudantes y luego empezó otra vez que ese hospital estaba lleno de enfermos del COVID, y mis papás dijeron: -no nos vamos a arriesgar, ya, nos vamos con un particular, ya hicimos todo lo posible para que te operaran y seguimos tus consejos-, pero dentro de todo sabía yo que estaban contentos de no gastar, -ya, nos vamos con un particular-aquí en San Cristóbal nos fuimos con un particular, me hace

radiografía, de hecho cuando fui a recoger mis radiografías me quedo en shock porque la fisura era una fractura; mal hecha la operación porque tengo una muela flotando que es por lo que me vana atener que operar, es una muela flotando y el hueso está así en pico, entonces cualquier golpe que yo tenga puede hacer que la fractura se abra otra vez, entonces, el doctor me dijo que no sabe por qué me operaron sin haberme visto esa fractura, sin haberme quitado la muela, ahora necesito un relleno de hueso para que se junte la fractura, no quedo bien pegada, está un poquito desfasada eso fue por no hacerme una buena radiografía o no hacerme una radiografía antes de la cirugía, entonces ahora tengo que volver a operarme, los maxilofaciales de Guadalajara aconsejaban volver a empezar de cero, abrir la fractura, sacar la muela y volver a sellar, y los dije: -no-, y el doctor me dijo: -no vas a poder masticar en un año-; fui con don Lauro y me dijo: -vamos bien mi hija, tú no dejes que te operen porque los doctores tienen otra mentalidad, vamos bien, van a hacer pequeñas cosas las que te tienen que hacer y eso de que no vas a poder masticar, no-; a las dos semanas que me dijeron eso yo ya estaba masticando, entonces es lo único que fue como que la cosa agridulce, el maxilofacial, pero fue de Tuxtla, y nada más, esa es la historia con el hospital de Las Culturas. Prácticamente se reivindicó de lo que me había pasado antes, sin medicamentos, sin material; yo los llamaba y llegaban con medicamento porque aparte esta muela que quedó flotando tenía conexión con la garganta y el oído y yo tenía unos dolores impresionantes en cuanto a dolor, pero me lo quitaban todo con ketorolaco, yo estaba drogada mañana, tarde y noche. Así que, al final te puedo decir estoy muy agradecida con el hospital de Las Culturas, y me ayudaron mucho a todo mi sistema familiar, porque yo creo que en mi corazón después de... mira el cuarto que yo tenía está en la montaña de Don Lauro, pero después de nueve años de vivir en la montaña, de dormir con los perros era muy fuerte para mí, no podía dormir y se me destrozó el sistema nervioso, estuve con dolores muy fuertes, entonces me baje a dormir en casa de mi abuela, en un cuarto; cuando llegué a buscar el dinero que me habían robado, tenía yo la ilusión de que estuviera y encontré todas mis cosas en bolsas, para mí fue un shock terrible saber que ellos esperaban que yo muriera, todo, todo, yo todavía no sé qué pasó realmente ahí o si del dolor mi abuelita enloqueció, pero sí, estoy muy agradecida porque mi corazón ha sufrido un chingo con este accidente y si encima de eso de saberme ultrajada, que violaron mis cosas, mis altares que para mí son sagradísimos, robaron cosas materiales, el dinero que no era mío que ahora estoy recolectándolo para pagar, y encima de todo hubiera pagado el hospital hubiera sido para mí, más dolor para mí. Así que por todo lo que te cuento, no es chisme, todavía estoy más agradecida, porque todavía con todo ese esté y saber que todavía tengo que pagar, gracias a dios en ese sentido me liberé, porque no se tuvo que dar casi nada, y es que si una persona ve dirá es una mujer que puede pagar, pero realmente no, y no voy a andar diciendo: -yo me dedico a esto-, lo voy hacer con más fuerza nada más, algún día, me convertiré en A.C., no lo he hecho porque he pasado cosas con gobierno, he enseñado fotos de la perrera municipal, y llego a municipio y me dicen: -pues dicen mis altos mandos que estas fotos mejor las pierdas porque te puede pasar algo-, cero tratos con gobierno, es un asco, con personas protectoras, un chingo de cosas y nunca me he podido formar como A.C. y pensaba: -¡pinches personas!-, yo estuve mucho tiempo en la montaña: -los seres humanos a la chingada, aquí están los perros-, pero ahora quiero cambiar porque quiero hacer cosas mejores. Gracias a dios no tuve, no tuvimos que dar dinero con mi accidente, y ni siquiera me preguntaron quién eres o de dónde vienes, fue todo energético, energético, pero gracias dios me ayudaron, por lo que tú quieras, y sin preguntarme nada, pero esta es mi experiencia.

Ahí estaban ángeles o ve tú a saber quién más, que me estaban cuidando y cuidando a mi familia, porque ahorita es época no de despilfarro, es época de ser generosos, pero no de despilfarro, aunque la gente criticó; ya hasta al final con un particular porque había riesgo.

(abril 2021)

Para Graciela, este fue el accidente más fuerte que experimentó, pero la interacción con el Espacio hospitalario en Las Culturas fue diferente, tanto en la atención como en la disposición de los medicamentos. No se sintió criticada, más bien, que la comprendían, le administraban medicamento cuando refería mucho dolor, incluso, llegaron a administrarle solo el medicamento que ella misma pedía y no el medicamento que era parte del protocolo clínico. Considera que toda la atención que recibió fue asombrosa, y constantemente en su relato remarca agradecimiento.

Lo que se observan desde el principio, es la presencia de *sickness*, porque el hecho llegar con aliento alcohólico, los paramédicos no querían trasladarla porque estaba en estado de ebriedad, pero sus conocidos insistieron, y, ella misma, Graciela, supone que en el hospital tampoco la tendrían que haber aceptado, pero lo hicieron y estaba muy agradecida por ello; y en la misma lógica estaban los mensajes que recibió de su familia. Todo lo anterior, se considera parte de *sickness*, porque en el nivel de prevención a la salud desde la mirada médica institucional, las personas son las responsables de preservar su salud y evitar el riesgo (Lupton, 2012)

Sin embargo, los protocolos clínicos ante el estado en que llegó Graciela, eran obligatorios para el Hospital, Arrúe y Kalinsky (1996) explican, que desde los cánones institucionales es más fácil justificar la hospitalización cuando los pacientes llegan con un traumatismo, ya que se encuadra dentro de lo rutinario de la clínica.

Por otro lado, las expectativas de su recuperación, a partir de la dimensión de *disease*, tanto de los paramédicos como de los médicos cuando llega a urgencias, era de gravedad, incluso de la posibilidad de no sobrevivir, y, sin embargo, se recuperó, lo que muestra la fortaleza y la agencia de Graciela desde ese momento y durante la internación. Además, también poseía un capital social, capaz de imponerse y no permitir que la trasladasen al

hospital privado<sup>63</sup>, esto más algunas acciones de actores del Espacio hospitalario, contribuyeron en conjunto a que, durante este accidente, se sumaran elementos positivos a su espacio vivido.

Lo que si le deja un efecto iatrogénico es la mala intervención del especialista maxilofacial del Hospital Gómez Maza en Tuxtla Gutiérrez. Y pese a la oposición de Graciela de no aceptar apoyo económico de sus papás, se vio obligada a acceder a la atención de un maxilofacial particular, ya que era necesaria la cirugía por la fractura.

Por último, es importante recalcar que el padecimiento de Graciela no se centra en cada uno de sus accidentes, sino en el “constante accidentarse” y tener que llegar a necesitar la atención hospitalaria. Como ya se ha mencionado fue desde el cuarto accidente, que significa que no necesita accidentarse para “liberarse y aprender de otras formas suaves y amorosas”, pero en el último, lo integra a su yo con mayor contundencia; no solo por el dolor físico, sino por el dolor emocional experimentado, y vuelca su fortaleza en que es un padecer que necesita tratar para que no se siga repitiendo, lo cual puntualiza desde la primera entrevista:

Esta no es la primera vez que me accidento, pero ha sido la más fuerte [...] después de varios accidentes mi gran amiga, la Susy, me dijo que estaba haciendo mucha resistencia, ya había hecho constelaciones familiares por lo de los accidentes, pero lo trabajé de forma diferente que ahora, además de muchas otras cosas más como Kung-Fu, lo cual me ha servido muchísimo [...] ya sé que es algo muy arraigado, aunque no es como tener diabetes u otra enfermedad así, pero llevó mucho tiempo tratando de sanar para ya no tener que aprender desde el sufrimiento.

(enero 2021).

Graciela, es un ejemplo claro de que los pacientes en un Espacio hospitalario poseen agencia y no son pasivos ante su padecer, en su narrativa es evidente que modula o impone su *illness*, no solo externaliza sus sentimientos y el dominio de ciertas estrategias que ha desarrollado en su vida, sino que logra que el personal de enfermería se percate de ello y acepte adecuarse a las necesidades particulares de la persona y modifiquen sus protocolos clínicos generales.

---

<sup>63</sup> Aparentemente, los paramédicos tenían algún acuerdo con el hospital particular y por ello insistían en llevarla al HOSCEM; una vez más se aprecia la correlación entre salud y mercado.



Por tanto, no solamente el Espacio hospitalario dinamiza procesos organizacionales, también los pacientes llegan con procesos subjetivos e intersubjetivos a partir de los que actúan, y la interacción paciente-Espacio hospitalario contiene ambos procesos, aunque obviamente dominan los institucionales.

La búsqueda de Graciela, Armando y Lorenzo, para recuperarse y/o estabilizarse, no solamente se da en el Hospital, antes y después de su estancia allí, emprendieron una búsqueda con otros recursos y prácticas de atención, que se presentan en los siguientes apartados.

#### **5.4.2.3 Las terapias alternativas...articulación del propio paciente-agente**

Las terapias alternativas y/o complementarias son actualmente, en la zona Altos Tsotsil-Tseltal una opción cada vez más elegida, aunque deviene de lo foráneo, se han extendido en los últimos años. Incluso, algunas opciones como medicina holística y acupuntura china ya existen como carreras profesionales que lo ofrecen instituciones escolares<sup>64</sup> en Chiapas.

Alberto y Graciela comparten su experiencia con terapéuticas de acupuntura, flores de Bach, musicoterapia, quiropráctica, homeopatía, superación personal, constelaciones familiares, energía radiónica cuántica, Calendario Maya, arte marcial china “Kung-Fu” y meditaciones; las cuales forman parte del sistema sanitario de la zona Altos, descritas en el capítulo tres.

#### **Alberto**

Alberto: salí del hospital y me dijeron “hay una doctora que pone agujas”, dónde, aquí nomás, que me venga a poner. Me pusieron agujas la primera vez, me cobró \$500 pesos, y no está bien, está muy caro. Entonces me dijeron que allí en la clínica, ahí en la Casa materna, ponían agujas, y allí me empezaron a poner, y empecé a caminar un poquito más mejor, y aquí iba yo a un lado, a otro, y más mejor, más mejor, me dieron unas gotitas de florecitas y más a todo dar; todo fue poco a poco, poco a poco, poco a poco, y así hasta ahorita que estoy mejor. Allá en Cuxtitalí un profesor, me ponía música, tenía su cama, me subía y me ponía no sé qué, pero me

---

<sup>64</sup> En la Universidad Vasconcelos en la ciudad de San Cristóbal, se oferta la Licenciatura en Acupuntura [<http://www.univasconcelos.com.mx/acupuntura.html>], y en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez otras universidades también ofertan licenciaturas en Terapias Alternativas u Holísticas.

Existen lineamientos de salud en relación al uso de algunas terapias alternativas como la Acupuntura: El Sistema de Salud oficial le otorga reconocimiento como “disciplina de la medicina que se constituye como un recurso terapéutico de utilidad en la práctica médica en general” (PROY-NOM-017-SSA3-2018, 2018).

pedía levantar mi brazo y me pasaba una vez o dos veces, cada semana iba yo, empecé a ir y quería que yo agarrara mi pie malo con la mano buena y yo lo jalaba arriba y después jalaba el pie bueno con la mano mala y así cruzado, para que yo fuera aprendiendo cómo caminar; pero este mi brazo lo sentía yo como zafado, porque estaba colgado, no lo podía yo dejar ni para arriba ni para abajo y me decía: -ese todavía no-; las piernas sí pero yo sabía yo que no todavía, porque cuando estaba haciendo el ejercicio todavía no. Y sentí cuando ponía mi mano recta no podía ponerla, ahora si ya la puedo poner, tengo más ligera y más a todo dar mi mano.

Hijo de Alberto: Seguía viniendo la doctora Eréndira, ya de allí se nos hacía muy caro; y nos dijeron que en la casa materna daban acupuntura, y fuimos, con el doctor Said<sup>65</sup>, él estaba haciendo su servicio social, ahí en las Culturas, allí muy buena atención, muy amables, muy atentos, a la hora que decían estaba él, allí nunca hubo ningún problemita, y no nos cobraba absolutamente nada, ahí fue todo el apoyo total [...] Y el doctor Said que lo estuvo viendo como seis meses y se recuperó bien, y también las flores de Bach que le dio una prima, y le hicieron bien, porque su autoestima de mi papá era diferente.

(febrero 2021)

El costo del servicio de acupuntura de la anestesióloga del Hospital de Las Culturas, también fue elevado. Como ya se mencionó, algunos servicios privados tienen costos extenuantes; pero, como la familia de Alberto se percató que la acupuntura era una terapéutica que le estaba haciendo bien, decidieron que siguiera con el tratamiento en la Casa materna de San Cristóbal, que se encuentra en el edificio del hospital de Las Culturas, además de tomar Flores de Bach, y por ser el terapeuta un médico holista de servicio social, no pagaron nada. Ambos refieren, tanto Alberto como su hijo, que la acupuntura y las flores de Bach, fueron positivas para Alberto.

Otra terapia alternativa que recibió fue quiropráctica, aunada a una praxis espiritual:

Hijo de Alberto: De hecho, vino un quiropráctico de Chiapa de Corzo, a los 20 días que se había enfermado mi papá, y con un don espiritual impresionante, de verdad impresionante, porque, la primera vez que él vino yo no creí, mi fé era poca, no era nada; la segunda vez lo fui a traer a la terminal de corto recorrido, y veníamos platicando y yo ya traía problemas de lumbalgia, me quedaba doblado, no me podía ni levantar, una vez me fui caminando como jorobado con mi tío el huesero, creo que me llevó como 20 min. a cinco cuadras y la gente me quedaba viendo, y no feísimo; entonces, este señor me dijo: -¿oye que tanto crees en Dios, en la Virgen santísima?-, y le empecé a explicar y de repente me dijo: -tú tienes un problema en la espalda y es una lumbalgia-, y yo le dije que sí [expresión de impresión], y me dijo: -a ver, recemos el padre nuestro-, yo recuerdo que

---

<sup>65</sup> Médico holista, estaba realizando su servicio social, como pasante de la Universidad San Marcos de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

estaba rezando el padre nuestro y me pasó su mano por la espalda, y me dijo: -estás sanado-; y fíjate que yo tenía una ligera molestia yo sin comentarle nada, y me sané, pasaron los tres años para que me diera otra lumbalgia ahora del lado izquierdo, porque me había dado del lado derecho; ya fue que entramos y yo ya venía más convencido de él, y nos dijo tú quedas y dos tíos más y mi papá, es que mi tía lo había traído, ella le pagó; y fíjate que cuando empezó a hablar con él [llora], de espaldas, de perfil, yo vi a Jesús, con su túnica color celestino, y su pelo ondulado, yo lo vi; y le dijo don Ángel a mi papá: -levanta la rodilla que te vas a empezar a mover, levanta tu pierna- y en ese momento mi papá empezó a moverse [llora] y me ungué; vi su presencia, lo noté, lo palpé, fueron cosas increíbles, también eso, y es que lo platico y lo vivo, y no con todos los platico porque son experiencias que no todos te van a entender, lo vivido es de uno, y fue que mi papá también empezó a mover la rodilla, a pararse, aunque no lo dejábamos sólo y también le daba unos masajes con un lapicito en algunos puntos especiales.

(febrero 2021)

El testimonio del hijo de Alberto muestra la significación que tiene de Jesús como símbolo sagrado de sanación espiritual, que está asociado a la religión católica, tal experiencia, está catalogada como una hierofanía, es decir, algo sagrado, completamente diferente al mundo natural o profano, se nos muestra, (Eliade, 1964), estas experiencias, de acuerdo a Parra y Corbetta (2013) incrementan el interés en cuestiones espirituales y generan una sensación subjetiva de bienestar, lo cual si se observó en el hijo de Alberto y el propio Alberto.

Para completar las terapias alternativas a las que Alberto había recurrido, se presenta un fragmento donde les explican a los internistas que años atrás fue la homeopatía la que controló, quizás, las primeras manifestaciones de su padecimiento:

Hijo de Alberto: nos preguntaron qué ¿si sabíamos que era hipertenso?, dijimos que no, que ¿si sabíamos que era diabético?, y dijimos que no; lo único que sabíamos era que cuando fallece un tío, el tío Javier [primo hermano de Alberto] se había puesto mal, mi papá cae como diabético, y ya había sufrido de la presión antes, pero había ido con el homeópata y le había dado 10 cápsulas para cuando se sintiera mal, y en ese tiempo cuando falleció el tío, tenía las 10 capsulas, y se las acabó.

(febrero 2021)

## Graciela

Graciela ha practicado y recurrido a las terapias alternativas desde hace 12 años, es tallerista del uso del Calendario Maya, y se ha relacionado con muchos terapeutas y centros de filosofías tradicionales budistas, mayas, chinas, constelaciones familiares, entre otros:

Entrevistadora: ¿qué otras opciones has buscado para sanar?

Gaby: Don Lauro, bueno yo creo que principalmente estoy en esta vida a dar un pasito en mi evolución para sanar, completamente decidida, llevo mi calendario Maya Trece Lunas, de hecho, doy talleres, porque yo estoy completamente fascinada con este calendario, me ha traído tantas bendiciones en mi vida, me ha cambiado tanto mi cabeza, mi corazón. Empecé este camino porque estaba en Puebla viviendo una vida demasiado superficial, era de fiestas, eso sí muy bonita, porque siempre he estado rodeada de gente muy linda, me la pasaba de aquí para allá, y una amiga que vino aquí en Chiapas a un taller del Calendario trece lunas, y en una fiesta nos hablaba de numerología, de la psique y la importancia de lo maya y la escuché, pasaron cosas super fuertes que me hicieron abandonar Puebla, con mi ex pareja, y nos fuimos a vivir a León, ahí fue cuando decidí no tener hijos, porque estaba yo: -la máxima causa de la contaminación ambiental es la explosión demográfica, si yo puedo contribuir a no tener hijos para que dejen de contaminar, lo voy hacer- decía yo, y así fue como decidí no tener hijos, pero decidí tener perros, alternativamente en ese tiempo como solo estábamos mi pareja y yo, un primo y su hija, a mí me encanta leer y nos metíamos a la librería de Sanborns, y de ahí fue cuando conocí unos libros que decían Calendario Maya y me acordé que ya había ido a unos talleres de eso, yo estaba leyendo en mi cuarto y de repente mi cuerpo empezó a vibrar y desde ahí estoy completamente convencida que no es necesario que te autoengañes, que tu cuerpo responde a lo que tú quieres o a lo que te resuena como verdadero, es tu mente, tus células que reconocen algo, cuando mi cuerpo reconoció eso dije: -de aquí, soy- me acuerdo que hasta lloré, y a partir de ahí comencé a llevarlo día con día, es un calendario diferente, que me cambió, me sensibilizó muchísimo y me hizo llevarme con otras amistades, con otro círculo, tener a mi Refugio, porque una cosa trae a la otra, vivir en la montaña, y, llegando a esta montaña pues Don Lauro, que es un Sacerdote maya y Monje tibetano, entre muchos otros títulos que tiene alrededor de todo el mundo; yo vivo al lado de un gran sanador que a mí no solo me ha sanado física, espiritual, emocionalmente, sino que yo realmente soy testigo de toda la sanación que me ha dado, y en ese mismo espacio yo he conocido a más terapeutas, conocí a la Susy en Kung-Fu, se llama Kun-Fu maya tibetano, y yo estoy super convencidísima que a partir de que voy a Kung-fu me ha cambiado hasta la manera de hablar, y todo para bien.

Y me encanta la meditación, me fascina; fui al Centro Drolma, me salí un poquito cuando me dijeron que si quería yo dar clases budistas, y no tampoco, me encanta pero a mí no me gusta que a nadie me atrape, me gusta ser libre, tomar todo lo bueno de todos, pero hasta ahí y me encanta meditar, he ido también al Vipasana, que son los 10 días de meditación en silencio, me ha fascinado; me encantan las Constelaciones Familiares, yo las empecé a tomar mucho antes que empezara Marco, el maestro de Susy y Tere, porque la daba otro Marco en la montaña. La verdad respeto, pero no me gustan mucho los psicólogos, porque siento: -¿cómo les voy a contar, porque ni siquiera sé qué?-, y, entonces cuando vi que la Constelación saca cosas que ni te imaginas, dije de aquí soy; empecé a tener un poco de conflicto con las Constelaciones cuando me dijeron que lo peor que puedes hacer para tu vida es un aborto, y las empecé a rechazar, pero pues mira, tenía mucho tiempo que no había ido a constelar, porque Susy siempre me había invitado a los diplomados y yo nunca, nunca, porque siempre estaba de arriba para abajo, y de repente me siento super mal anímica, emocional y físicamente, después del accidente,

y me dice Susy: -¿por qué no te vienes al diplomado?, te va a caer muy bien Gaby-, y yo dije: pues sí, ya no voy a hacer necia solo porque no me gusta algo,- y de hecho hasta una meditación hice y le dije al Hellinger [creador de las constelaciones familiares]: -discúlpame porque hay cosas que no me laten, mejor ayúdame, tal vez a ti se te escaparon algunos cabos, no todo está dicho, que se yo- y entré al diplomado, estoy impresionada.

(abril 2021)

Graciela relata sus experiencias con las diversas opciones alternativas con mucho entusiasmo, y vislumbra lo impresionante que han sido los efectos en su cuerpo, como cuando, después del accidente en moto, estuvo un mes con una fractura en la rodilla y después de llevar a cabo muchas prácticas prescritas por una terapeuta energética, ya no necesitaba una cirugía:

Y después del mes, yo, gracias a dios, tengo muchísimas amigas con terapias alternativas, incluyendo a Don Lauro, que es un gran sanador; y gracias a Susy, conocí a la Dra. Elda, que tiene terapia por medio de una máquina radiónica de física cuántica y entonces me conectó, me vino a ver, y me dijo: -necesitas vitaminas, esto y el otro, piedras, cristales, decretos, de todo-, y yo le hice caso y lo empecé a hacer y hacer [...] y mis maestros de energía me han dicho que una vez que te abran tu cuerpo ya no queda siendo el mismo porque te meten mano, y yo tenía eso muy en la mente; y ya el doctor me dijo: -sí, efectivamente tienes una fractura, pero algo estás haciendo y lo estás haciendo muy bien porque ya consolidó, y no solo eso, ya sacaste más hueso alrededor, eso te hizo super chido-, y yo: -¡yes!, ¿entonces ya no requiero operación?- -no, ya no-.

Gaby: un día tuve un..., acerca de lo quién fui en vidas pasadas, pero parezco loca diciendo esto, de hecho, sería yo completamente loca de no ser porque cuando llegó esa revelación estaba conmigo la dra. Elda, la de máquina radiónica y las dos nos quedamos viendo impresionadas; sí, muchas veces como vivimos millones de vidas y mundos o de creencias o las creencias, por ejemplo, de la cruz de que mediante el sufrimiento se llega a la felicidad, como que estoy comprendiendo eso y quitarme ya no solo las creencias de esta vida, sino las creencias ancestrales, ya good bye, para liberarte, pero bueno eso es una parte que quiero aprender por caminos suaves y amorosos.

(abril 2021)

Se puede apreciar en este último fragmento la eficacia que tienen los símbolos, signos y creencias, que se suscita en un diálogo entre la terapeuta y Graciela a través de ciertas operaciones y ritos (Lévi-Strauss, 1995). Así mismo, se aprecia lo que ya se había mencionado, su significación desde la enfermedad/infortunio.

Graciela vive algo similar a la experiencia del padecer de Alberto y su grupo cuidado, ante las múltiples prácticas alternativas, experimenta una sensación de bienestar y fortalece su agencia para afrontar su padecimiento. Tal cual muestran Parra y Corbetta (2013) en un estudio realizado con personas que frecuentaban prácticas *new age*<sup>66</sup> y esotéricas, tales experiencias mostraron una disminución en temores, ansiedad, depresión, aislamiento y soledad, y confianza hacia el futuro.

#### **5.4.2.4 Prácticas tradicionales y creencias religiosas...arraigo sociocultural**

Corresponde a las prácticas tradicionales las concepciones y prácticas indígenas en torno a la salud y la enfermedad, como se muestra en el capítulo tres, que aluden a dinámicas sociales, a creencias religiosas, a valores culturales y a concepciones en torno a la persona desde las tradiciones. Con respecto a estas prácticas es Antonieta quien comenta algo, y Graciela no profundiza en las prácticas de Don Lauro, pero sí menciona que es sanador maya de origen indígena, y que le ha ayudado en su proceso personal.

Con respecto a las prácticas en las organizaciones religiosas, ninguno alude a asistir a ellas, pero todos contienen en sus relatos –y con mucho énfasis– su creencia y fe en la representación de “dios”.

#### **Antonieta**

En los relatos, la práctica tradicional es para Antonieta un referente de atención, que, si utiliza, como autocuidado, pero no frecuenta a médicos tradicionales, debido a que emigró desde hace 20 años a la ciudad de San Cristóbal, aunque, algunas personas en este contexto urbano, le indicaron que su malestar podría estar relacionado con brujería, es decir, con una enfermedad/infortunio (Eroza, 2016), pero ella no lo cree así, alude a su fe en dios:

---

<sup>66</sup> Es la llamada “*Nuevas formas de Espiritualidad*”, que florecieron con más intensidad en Estado Unidos, desde finales de la década de los cincuenta y con más claridad en los setenta del siglo XX, aunque la asignación de *New age* aparece en los ochenta. Después, se fueron extendiendo a diferentes partes del mundo. Se basa en la búsqueda de concepciones metafísicas, teológicas o trascendentales con una actitud pragmática, intentando todo lo que parece ser efectivo, que se cree conciencia de la libertad de elegir, respeto a la diversidad y aceptación de diferentes formas de vivir y entender el mundo, donde la subjetividad individual se impuso como el más válido criterio de elección; es una combinación ecléctica de prácticas y creencias, contrariamente a los fundamentalismos religiosos (Ruíz, 2002).

Entrevistadora: ¿Hay otras formas de atención en el Ejido?

Antonieta: Sí, bueno allá, de espanto lo llaman nada más, los soplan con trago, lo prenden su cigarro y prenden sus velas, pero ojo, lo pasan el huevo con albahaca; aquí yo lo hago con la Rosy, como le echan mucho ojo todavía, yo solo lo paso huevo, yo misma lo paso [...] ahorita cualquiera sabe curar de eso de las brujerías, así me dijo mi mamá que sabe curar brujería tal señora.

Entrevistadora: ¿Usted cree en la brujería?

Antonieta: No, no lo creo, solamente lo creo él que está aquí arriba [haciendo referencia a dios], bueno no estoy a cada ratito en la iglesia, pero si lo creo en él.

Entrevistadora: ¿Dónde a usted ido a que la curen?

Antonieta: Solo al Hospital y con doctor, porque yo no creo en las brujerías; bueno, mucha gente me dice: -es que te echaron brujería- no lo creo le digo, yo no estoy haciendo nada, de mi cuarto a mi trabajo, de mi trabajo a mi cuarto, pero si no tengo mi tomate, mi cebolla voy en el mercado y no veo quien pasa al lado de mí, no le estoy haciendo nada malo a la gente, así me dicen que me hicieron brujería, pero yo no lo creo; solamente tengo miedo el que está aquí arriba, solamente él, se murió pues por nosotros.

(enero 2021)

Si bien, Antonieta no cree en la brujería, si se muestra la presencia de este arraigo sociocultural en el contexto de San Cristóbal, con sus vecinos y conocidos.

Lorenzo

En la narración del padecimiento de Lorenzo, no alude a la categoría de enfermedad/infortunio, pero es su mamá quien hace mención de la esperanza en dios, y él lo afirma corporalmente:

Mamá de Lorenzo: y gracias a dios yo siento que si me hace efecto [...] esperar lo que dios diga, porque ese el único [Lorenzo afirma con la cabeza]

(diciembre 2020)

## Alberto

Alberto y su hijo, recalcan en varios momentos confianza y agradecimiento a dios, de hecho, al entrar a su domicilio se encuentra un espacio especial para un altar con figuras religiosas católicas. La experiencia que ya se presentó en el apartado de terapias alternativas, con el quiropráctico, evidencia estas significaciones. Pero no solamente aluden a su propia creencia, sino a la del médico que les apoyó al inicio del padecimiento:

Alberto: La mitad de mi cuerpo derecha se me paralizó, no podía yo hablar ni nada, mi ojo quedaba abierto, o cerrado de una vez, me dolía todo, no le decía yo a mi mujer, sólo yo, decía yo: -dios mío ayúdame-.

Alberto: alguien dijo que no iba yo a salir adelante, un montón de cosas que decían, pero gracias a dios estoy mejor, ya camino sin bastón de aquí hasta el taller, con mi nieto le digo, vámonos a caminar hasta allá atrás y nos vamos juntos ya se me hace más fácil todo.

Hijo de Alberto: como amigo el doctor Carlos me dijo que no iba a poder salir mi papá, ahora que viene a componer su carro, me dijo que le sorprende la fe en dios. Él me decía que no me separara de mi papá porque él vivió una historia similar con su papá, pero su papá le dio un infarto y falleció y él no pudo estar con su papá, por esa razón, me lo explicó y me lo dijo llorando, él me dice que está sorprendido de ver a mi papá vivo y como está, o sea él me lo dice, él se llena de esa energía y me dice: -¡guau, don Alberto está caminando, dios es maravilloso-, se agarra fuerte y dice: - dios que cosas haces-, porque él decía que se iba a morir, porque él paso lo de su papá y dice:- cuanto me hubiese gustado haber cuidado a mi papa-, y él reconoce: -no, la verdad yo creí que tu papá se iba a morir-.

(febrero 2021)

## Graciela

Al igual, Graciela emite en varias ocasiones, expresiones que aluden a dios:

porque todos me decían: -pero te van a pagar todo-, y yo les decía: -me vale madre, aunque me paguen todo, es mi cuerpo-, y mira gracias a dios tuve razón

Ay dios porque tengo que llegar a tantas extremidades para tener tantas bendiciones, lo agradezco, pero ojalá que cambie yo de estrategia- porque te digo que fui super bendecida, no solo económico sino a nivel afectivo

yo no entiendo todavía, no entiendo muchas cosas, pero todo fue bien esotérico y místico ese accidente [...] Así que por todo lo que te cuento, no es chisme, todavía estoy más agradecida, porque todavía con todo ese esté



y saber que todavía tengo que pagar, gracias a dios en ese sentido me liberé [...] Gracias dios no tuve, no tuvimos que dar dinero con mi accidente, y ni siquiera me preguntaron quién eres o de dónde vienes, fue todo energético, energético, pero gracias dios me ayudaron [...] Ahí estaban ángeles o ve tú a saber quién más, que me estaban cuidando y cuidando a mi familia

(abril 2021)

Si bien, anteriormente se mostró la fe de Graciela en creencias de Nuevas espiritualidades, también sostiene su arraigo a dios, como símbolo sagrado.

#### **5.4.2.5 Prácticas de autocuidado...hoy, ayer y siempre**

Las prácticas de autocuidado, también son una forma de atender su padecimiento, las cuales, igual que las prácticas anteriores, pertenecen a la estructura sanitaria de la zona Altos Tsotsil-Tseltal. Están presentes con mayor énfasis en las experiencias de Antonieta, Lorenzo y Armando, con el consumo de recetas caseras de alimentos naturales, elaborados por su grupo de cuidado:

##### **Antonieta**

Salió que tenía yo anemia; y tres meses comí pura res y verdura [...] eso tres meses comí cuando estaba yo en la Casa de la Quinta: nabito, la acelga, la espinaca, puro hígado de res, pero ya no lo puedo ver [...] Desde agosto me sentí mal, tomé plantas y plantas y plantas [...] mi hermanita me hacía cuando estaba yo en mi casa jugo de naranja con betabel.

(enero 2021)

##### **Lorenzo**

Entrevistadora: ¿han buscado otro tipo de tratamiento?

Lorenzo: a menos yo no, de repente, no siempre, mi mamá me los da, pero ella si ha buscado cosas naturales y le ha funcionado.

Mamá de Lorenzo: así como el no muy le gusta, me gusta tomar que si el nopal, que la sábila, que si esto, que lo otro, ayudando a mí medicamento, me ayudo con eso, y gracias a dios yo siento que si me hace efecto, porque no ha avanzado, porque ya tengo muchos años con eso; ultimadamente como me quiso subir, se subió mucho, porque ahora con la pandemia, aparte en febrero me caí se fracturo mi mano, mi rodilla, y ya no podía ir yo a caminar, y aparte la doctora con la que voy me suspendió el medicamento de los triglicéridos porque ya había

yo tomado mucho tiempo, que me iba a afectar, íbamos a probar un mes, pero con la pandemia, como dejaron de dar consulta ya deje de ir, y dejé el medicamento y el ejercicio, y no podía yo trabajar por lo de la mano, todo se juntó, y cuando vine a ver se me subió, nunca se me había subido a ese nivel, máximo que se me subía era de 800 o 900 los triglicéridos, pero cuando la última vez se subió a 1800 y la glucosa también, todo se me junto.

Mamá: es bueno aconsejar que deben utilizar cosas naturales, yo nunca me he complicado

(diciembre 2020)

### Armando

Hijo de Armando: También lo vinieron a buscar a mi papa un señor de Chiapa de Corzo, yo no nunca lo había visto, y vino: -¿y don Alberto dónde está, cómo está?, yo lo conozco desde hace años-, y me solté a llorar, y le dije: -está mal, esto y esto le pasó-, -¡Aha!, tienes el remedio en las manos, ¿conoces el cebollín?-, -sí-, -mira un vecino haya en Chiapa de Corzo también era mecánico y le dio una embolia, se le olvidaban las cosas, y le dieron el cebollín por quince días, la cabecita blanca y el ancho del dedo de la colita, es hervido y licuado, diario, le das y que se lo tome en ayunas el té-, le dije a mi mamá y dijo: -pues le demos-; y por arte de magia o falta de fe, después de dárselo un mes, me dice mi papá de repente: -¿ya fuiste por la llanta de la camioneta?-, -no-, -¿dónde está?, -allá en la talachería, dónde siempre vamos-, y salgo corriendo y llego a traerla: -jefe ya vine por la llanta-, -qué bueno, porque ya la iba yo a vender; ¿y tu papá?-, -es que esto y esto le pasó-, -¿cómo?, mi amigo- y la le platicué y ya me la traje; pero después de haberle dado el cebollín dijimos: -¡Guau!, que cosas-; esa vez nos dijo el señor: -eso sirve para la isquemia cerebral, pero dale-, y mi mamá dijo que le diéramos por un mes, y le sirvió mucho.

(febrero 2021)

### Graciela

Graciela aprendió diversas prácticas que realiza cuando ha estado en casa, y comenta que las lleva a cabo constante, como la meditación y la automedicación natural, en la segunda entrevista mostro que tomaba pastillas para relajarse, “la hierba de San Juan”:

Mira [toma el frasco de su mesa y me las enseña] cuando me siento estresada y no puedo dormir, y con estas, listo me siento mejor

(abril 2021)

En la experiencia del padecer, antes o después de recibir atención de especialistas de las diferentes terapéuticas, el cuidado es llevado a cabo básicamente por el mismo sujeto y/o su grupo de cuidado, a través de procesos activos autónomos, que muchas veces devienen de

tradiciones populares de generación en generación, o los reproducen de las prácticas de atención, ya sean biomédicas, tradicionales, alternativas, religiosas, etc. Con el autocuidado se puede observar que, en las cuatro experiencias del padecimiento, articulan diversos recursos, que para las prácticas de atención podrían llegar a ser incluso incompatibles.

### **5.4.3 Los recursos intrapersonales...como elemento del espacio vivido**

En este apartado, se consideran los recursos del sujeto a nivel de sostenimiento del propio yo, del cuerpo como espacio vivido; en relación no solo con los significados personales del padecimiento, sino también con sus saberes socioculturales, los que fueron adquiriendo a lo largo de su historia de vida en interacción con su contexto; otorgándole un valor motivacional a su propia familia. Al respecto, relatan:

Antonieta

Expresan Antonieta y su hermano la preocupación que tienen por su familia al estar atravesando por esta experiencia, y al mismo tiempo muestran que su familia es un referente para enfrentarlo.

Su hermano relata lo siguiente, a partir de las vivencias y aprendizaje con su papá:

Hermano de Antonieta: Cuando uno ya es mayor es como criatura [llora] lo vi cuándo mi papá, él estuvo dos años enfermo, sentado [llora] él ve, él oye, él platica muchas historias, bonitas historias, por eso me recuerdo [...] pero me contó muchas cosas, y lo estoy viendo ahorita: la vida de la Madre tierra, el abuelo Sol, el viento, el agua, todo lo que está pasando ahorita, él me platicó todo; yo digo a mis hijos: -no es fuerza ver en el celular, en la tele- de lo que me dijo mi papá, -mi papá es científico- les digo; siempre les cuento todo de lo que dijo mi papá [...] lo estoy viendo en los hechos ahorita, él lo dijo van a sufrir hijos, van a ver muchas cosas malas, por eso lo sé lo que está pasando ahorita

(diciembre 2020)

Por otro lado, deja ver la preocupación por otros miembros de su familia y la importancia que tiene el apoyo del contexto inmediato, lo que, en el caso de Antonieta es más complicado porque es la única que vive lejos del Ejido, tanto para ella, por la falta de capital social, como para su hermano, porque además de la preocupación por la salud de su hermana se suman las referentes a su trabajo y a su familia.

Pese a estas dificultades, en esta experiencia del padecer, se observa una característica distintiva de su cultura familiar, que es el sostenimiento interpersonal por lazos afectivos, que fortalecen sus recursos intrapersonales:

Me mandaron aviso que estaba preguntando mi mamá y no les platican que está muy mal mi hermanita porque si le van a platicar va a subir la presión, le dije a mi hermano que se fue hoy que mejor no le platique [...] mi esposa tiene colitis, ahora días sufrió mucho también, ahora el 20 de julio murió una mi hermanita, le cortaron un pie, y ahí estuve yo también cuidando con su hija, con su esposo, como que es bonito pues cuando estamos dos o tres en el hospital, claro, estamos viendo que está sufriendo en el hospital, a la vez se pone uno triste y por ratos no; pero como estamos solos ahorita aquí, siempre hay preocupación de mi trabajo, de mis hijos, de mi esposa, de mi mamá, ¡pero aquí estamos!

(diciembre 2020)

Antonietta: mi niña ya me da dinero, ahorita ya lo estoy pensando ir a trabajar, pero ahorita no puedo [...] es que ya no quiero estar aquí sentada todo el día aquí nomas [...] mi hija viene como a las 12:00 o 1:00 y el otro ya viene tarde, hasta las 5:00 o las 6:00, está trabajando con su padrino rumbo a Chamula, su padrino es albañil, que están poniendo teja y le digo: -no vayas a caer, te vas a subir en tres o cuatro piso, mira tu camino, no te vayas a caer- en cambio Rosa está trabajando aquí nomás con una maestra frente a la iglesia [...] me preocupan mis hijos; me dijo la señora de aquí abajo que mi hijo me estaba esperando que yo regresara del Hospital, afuera sentadito en la puerta [llora] me da tristeza; pero por ellos le hecho ganas.

(enero 2021)

## Lorenzo

Lorenzo ha vivido tantos años con su padecimiento que logra reconocer lo que necesita para estar con menos malestares, y su mamá al padecer lo mismo, refuerza este saber y expresa constantemente mensajes de ánimo para encontrar restablecimiento.

Lorenzo: es que cuando una cosa se sube, todo se altera, yo tengo ese detalle, que, si no controlo los dos, tienen que ser los dos juntos, ya sea glucosa o triglicéridos, para que vayan más o menos a un nivel, si uno está mal la otra también, eso nos hemos dado cuenta en el transcurso de este tiempo, y también afecta mucho no tener activación física, hacer ejercicio o el trabajo y así siempre sube un poquito más lo niveles cuando no se hace nada.

Mamá: o a veces es que se tiene algún problema, a veces en la familia, o un problema más, eso afecta bastante en la enfermedad, psicológicamente afecta la enfermedad más porque como que entra depresión, y eso hace enfermarse más, y volver a empezar otra vez, eso es lo que le digo a mi hijo, uno debe echarle ganas también a

las situaciones que vienen pasando, eso es lo que nos viene a matar al final de cuentas, ya más depresión que la enfermedad, porque se deja uno vencer, hay que echarle ganas, que tenga paciencia

Lorenzo: no es tanto que yo no quiera, simplemente mi mente cuando sabe que estoy enfermo, reacciona fuerte, y empieza a subir todo, a decaerme, a sentirme mal, y cuando no estoy pensando tanto en eso, el cuerpo funciona mejor, sin saber que este uno enfermo, pero no siempre es así

Mamá: pero es necesario saber que está uno enfermo, claro, cuando uno no sabe, pues esta uno así sin medicamento, sin nada, un patatús nos va a dar, en cambio, si sabe uno, claro que deprime saber, y luego a veces los doctores no tienen ese tacto para decir las cosas y lo dicen muy golpeado: -cúdate porque te va a morir, y otras cosas-, pero, cuando sabe ya le echa uno ganas para salir adelante, para hacer lo necesario; porque como dice él, cuando sabe que esta alto todo, ya le da sueño, es como punto de depresión que le entra, pero no se puede evitar a veces. Es como cuando uno se enoja, nos dicen no hagan caso para que te enojas, pero cuando viene uno a ver, cuando se sintió ese efecto ya, aunque uno no quiera.

(diciembre 2020)

Al mismo tiempo, asienten ambos lo que su familia significa motivacionalmente y la seguridad que les brinda que su hermana menor estudiara la carrera de medicina:

Lorenzo: lo que me motiva a salir adelante principalmente es la familia, mis hijos, tengo tres hijos, se llevan gradualmente como cinco años cada uno; el mayor tiene 15 años, es hombre, tengo una niña de 9 y un niño de 5 años. El mayor ya puede cuidar a sus hermanos, pero hasta él pide a su papá.

Mamá: yo igual la familia, primero los hijos, que son los más cercanos, uno como mamá, él como papá, su esposa; y eso mismo es lo que digo, que hay que echarle ganas, porque también ellos sufren la enfermedad del papá, como ahorita pues siempre están preguntando: -¿y mi papi?-, viene mi nuera a cuidar, nos turnamos, cuando se viene mi nuera quedan tristes aquellos porque se quedan con la otra mi hija y por más no es lo mismo estar con la tía que estar con la mamá, así, ni la mamá ni el papá, es más duro. Es un vínculo muy fuerte pues entre papás e hijos. Yo tengo tres hijos, la mayor es más grande que él, tiene tres hijos también, ella tiene 39 años, él tiene 34 y la pequeña tiene 29, nada más que la más chica no está casada.

Lorenzo: la ventaja es que mi hermana ya es doctora, ella nos aconseja, nos asesora, aunque no está aquí, pero nos apoya por teléfono

Mamá: nos asesora que es lo que vamos a hacer, está pendiente de los estudios

Lorenzo: Es bastante el apoyo, claro no es igual porque ella no está aquí, es por teléfono, ultimadamente lo del doctorado siempre se van fuera, estudian, es mucho tiempo lejos de la familia, pero sea como sea por teléfono cualquier cosa que se le diga nos apoya en todo, tiene mucho conocimiento de eso y es bastante lo que nos puede ayudar. De hecho, ella sabe más que yo, de lo que yo tengo obviamente, nosotros como no entendemos mucho de lo que es esto de doctores, en cambio ella sí, bien puede entablar una conversación con un doctor que me esté viendo, aunque sea de lejos, porque sabe bien qué es lo que tengo, que he llevado, que procesos me han hecho, como somos unidos, allí estamos todos juntos eso es lo que nos motiva, porque si no fuera así, quién sabe cómo fuera. Es bastante eso de estar juntos, de estar unidos.

(diciembre 2020)

Lorenzo cuenta con el apoyo de su familia más cercana, su mamá, hermana y su esposa e hijos; esto refuerza su sostenimiento emocional, que es tan importante para que no sufra complicaciones. Muestran que también, tienen integrado el apoyo familiar en su idiosincrasia.

Alberto

La autonomía que fue logrando Alberto a lo largo de tres años fue, para él, a base de mucho esfuerzo y constancia de su parte y la de su grupo de cuidado, incluso su nieto de 7 años que vive con ellos, forma parte su ese grupo, amigos y familiares también.

El hijo de Alberto narra algunos acontecimientos familiares que permeaban alrededor del padecimiento, pero que lograron superar con asistencia de todos, aunque él ha sido quien más ha sostenido dichas situaciones, por tanto, buscó maneras para equilibrarse emocional y físicamente:

Alberto: Ya mis hijos ya no les digo que cosas voy a hacer, yo estoy sabedor que sirve todo eso. No me paraba solo, no hablaba, después me logré parar, después en silla de ruedas, luego con andadera, ahora bastón y ya doy unos pasitos solo, mira [se para y camina solo].

Alguien dijo que no iba yo a salir adelante, un montón de cosas que decían, pero gracias a dios estoy mejor, ya camino sin bastón de aquí hasta el taller, con mi nieto le digo: -vámonos a caminar hasta allá atrás- y nos vamos juntos ya se me hace más fácil todo.

Hijo de Alberto: No nos dimos cuenta que mi mamá se nos estaba enfermado, más depresiva, más sensible, pues veía que entre hermanos nos peleábamos por el dinero, pues porque ya no había. Incluso mi hermano quería dejar de estudiar en séptimo para entrar en octavo semestre para entrar a trabajar, y yo le contesté la verdad con palabras groseras: -me vale madres, tú no dejas el estudio, vemos cómo le hacemos porque estás por terminar-, -pero no ves que no me alcanza-, -no sé cómo le vayamos a hacer, pero tú tienes que estudiar-. Y pues nos turnábamos una noche cada uno para cuidarlo, a mi mamá nunca le dejábamos, éramos nosotros, y César tenía que estudiar, y cuando le tocaba venía su amigo a estudiar con él y se quedaban en el cuarto, y ya mi papá descansaba, nos apoyaron los amigos, este señor de don Jorge se quedó dos o tres noches, me decía: -para que descanses-.

Yo desde marzo ya no trabajé, había recibido una tanda había vendido una camioneta y me encontré sin dinero, y el taller estaba lleno y no avanzaba, pues yo no quería dejar sólo a mi papá, y gracias a dios la mayoría de mis clientes me entendieron lo que pasó, ya fue que después iniciando abril, dijimos: -hay que contratar a un enfermero, mis hermanas se iban a trabajar, César estudiando, mi mamá teniendo que ver la cocina, que su comida de mi papá especial, su dieta, llevarlo al baño, era más difícil porque ella se partía en mil pedazos, había que sentarlo, estaba en silla de ruedas, lo bueno es cuando estábamos en el hospital se me prendió el foco y pensé que mi papa iba a estar en silla de ruedas, y fue que un amigo de mi papá que es albañil nos apoyó, hizo unas rampitas en el baño y en la cocina, él puso el cemento y él las hizo; ya de allí pues vinieron tres enfermeros, dentro de ella una enfermera, pero ya ves cómo es la cultura, que si es mujer necesita que lo cuide una mujer, si es hombre que lo cuide un hombre, pero nos costó encontrar el enfermero adecuado, de repente ese muchacho: -pues si yo quiero trabajar-, le pagábamos \$150 diarios, de lunes a viernes, fueron como 8 meses, pues sí, porque yo tenía que trabajar, mi mamá pues nunca trabajó, mis hermanas con sus gastos, con sus hijos [son madres solteras], César también trabajando, trabajó de ayudante de mesero, de garrotero en un bar. Fue difícil, no tiene mucho que platicamos con César, que tres años han pasado, yo no quiero que me lo reconozcan, es que tú has salido al frente para ayudar a mamá y a papá, sino lo que quiero es que ellos valoren la vida.

A mí me afectó demasiado porque yo empecé a ver a mi hijo después de un año y nueve meses que no lo podía ver, y tenía problemas en el juzgado, problemas acá, mis hermanos [...] y fue en noviembre que yo tomé unos talleres de superación personal y me ayudó mucho, mucho. Pasó todo el año, todo el año del 2019 yo entré a una tanda e iba haciendo mis ahorros, y en agosto recibo mi tanda y lo único que dije fue: quiero salir, y tuve la posibilidad de pagarme unas vacaciones en Cancún, me olvidé de todo, le dejé dinero a mi mamá; mis hermanos me dijeron: - ¿por qué te vas?, si aquí se necesita el dinero-, pero ya había entendido que yo también necesitaba, porque después de toda esa responsabilidad yo también necesitaba, ellos molestos, pero después de los cursos de superación personal, porque me desahugué mucho, dije pues yo tengo que disfrutar la vida [...] La verdad el dinero si nos ha hecho falta, porque mi papá debería tener su cuarto mejor para que pueda descansar bien, sus zapatos muy cómodos, su ropa también, porque lo necesita, él ya es una persona que debe estar cómodo al 100% todos los días, mi mamá una persona que le ayude, porque mi mamá está tronada de las rodillas, ya no puede, le decimos que se cuide, pero se enoja, mi papá tiene 62 años, mi mamá 57. Así ha sido que nos pegó

fuerte, pero yo ya me la llevé más tranquilo cuando decidí hacer lo mío, le he luchado, le he batallado, me he endeudado, porque estábamos al día.

Ahora le preguntan: -¿cómo está? -bien muy bien, gracias a dios-. Una de mis tías es enfermera, y nos dijo: -no hijo, la boca sana-, si les preguntan cómo está tu papá digan: -va muy bien-, aprendí de ella también porque cuando eres positivo las cosas también son positivas, muy bonito también.

(febrero 2021)

El capital social de Alberto es más amplio, no solamente su familia ha apoyado de diferentes formas de acuerdo a sus posibilidades, esposa e hijos, sino también su familia extensa, amigos y conocidos, incluso clientes del taller mecánico. Estos acontecimientos reflejan, como en los casos anteriores, la idiosincrasia familiar, y cómo coadyuva al sostenimiento del yo, como recurso para afrontar el padecimiento.

Graciela

Graciela adquirió un saber ad hoc sobre su cuerpo, a lo largo de años de autoestudio y aprendizajes con diversas prácticas alternativas. Desde que comienza a relatar con detalle todos los accidentes, se detiene y acomoda el mensaje que quiere dar, al igual que el hijo de Alberto, asienta que “la palabra” tiene efecto, pero también las expresiones y los gestos corporales; convencida de todo ello les pide a los demás que respeten sus apreciaciones.

Con Graciela se aprecia, que contradice y no se somete a la dimensión de *sickness*, que tanto su contexto social inmediato, así como médicos particulares y personal de la Culturas, esperan:

Graciela: Mi primer accidente [hace una pausa], y ya me dijeron que no tengo que decir “mí”, “el accidente”, porque así los hago propios, es lo que he estado diciendo siempre, los hago propios y ya no, tengo que cambiar la forma en la que expreso para cambiar así muchas cosas.

Algo me dice mi cuerpo, no lo he entendido, si ya avancé mucho [...] por eso a pesar de todos los accidentes confió en encontrar mi crecimiento interno

(febrero 2021)



El cuarto accidente, con ese no necesite ir a ningún doctor ni nada, me recupere yo solita porque tengo un cuerpo extremadamente bueno, se recupera a la velocidad de la luz, con estímulos emocionales y creativos muchísimo más; justo en ese accidente, porque es muy cabrón el servicio médico en Canadá y aparte estábamos en una granja lejísimos de la ciudad, y estaba yo en mi espacio sola, dije:- pues voy a meditar-, y empecé a meditar con Deepak Chopra, que me encanta, y yo creo que eso me cambió cañonsísimo, sí creo mucho en las alternativas para estar bien, para que tú le echas muchas ganas y ya luego todo empieza a transformarse, estoy totalmente convencida, la fe, y todo eso, que es importantísima, cuando tú estás bien acá, y de repente llega otra persona como esa enfermera que te digo, que tomaba fotos, ¡uy!, porque tú intentas echarle todas las ganas. E incluso en este accidente como comprendí la importancia de mandar vibraciones positivas, con pensamientos, pero también con tu fisonomía, yo estaba en la cocina esperando que mis compañeros se fueran a trabajar, con el pie arriba y llegaban mis compañeras y de repente: [mostró las muecas que le hacían], y yo me ponía así y les decía: - a mi pie no le encantan tus caras, mejor mándale otra cosa, de por si me duele, y todavía con tu cara, no le gusta-, se sacaban mucho de onda al principio y yo pensé que me iban a dejar de hablar y no, se convirtieron en muy buenas amigas y vieron cómo soy, porque lo siento mucho, no tengo que quedar bien con las personas, solo tengo que quedar bien conmigo misma.

Hermana: a mí así me lo hizo, me la aplicó, cuando llegué al Hospital de Las Culturas esta última vez, yo hice inconscientemente de poner mi cara así, y me dijo: - no pongas tu cara así-, y le dije: -¿mi qué?-, ¿te acuerdas?, -pero eso es lo que siento- le dije.

Graciela: pero funciona, de verdad, la cosa es que funciona, y eso yo lo aprendí a parte de experimentar tantas cosas, por un artículo que leí de la Madre Teresa de Calcuta, sus misiones, principalmente la que leí fue con niños que morían de hambre y de infecciones, con lo niños de África, y con Ofelia Medina que llegó como embajadora, ¿te lo cuento ahorita? -Sí-, a bueno porque para mí fue impresionante, mira yo me dedicó a los perros que también sufren muchísimo y de repente cuando me empecé a dedicar a los perros yo empecé a caer en depresión hace trece años, porque yo empecé a ver cuánta crueldad de los humanos a los perros puede haber, yo miraba unas cosas que eso sí no te lo voy a contar, porque son cosas espantosas, en la perrera, en las calles, en todas partes, y empecé a caer en depresión y dije:- no, yo necesito ayuda-, por eso empecé a meditar en Drolma en el centro Budista, porque yo dije: -yo quiero dedicarme a esto, pero no lo quiero hacer desde el sufrimiento, lo quiero hacer desde otra perspectiva- porque sabía que otras compañeras protectoras habían caído en la depresión. Bueno, en ese artículo que te digo Ofelia Medina cuenta que ella reunió mucho dinero con sus conocidos artistas y en África cuando llegó como embajadora estaba la Madre Teresa de Calcuta con niños enfermos, desnutridos, altamente desnutridos, en condiciones muy malas, y le dio el dinero a la Madre Teresa y le dijo que lo usara poco a poco para lo que se necesitara, y ella le contestó que no guardaba dinero y que era momento de usarlo todo porque se necesitaba, y la llevó con los niños, y entonces Ofelia Medina se soltó a llorar de ver tanto sufrimiento, y la Madre Teresa la sacó del brazo y le dijo que no llorara, que eso no le ayudaba a los niños, que ya suficiente tenían como para soportar ver el dolor de ella, que ayudaba más si en vez de ponerse triste o tener lástima, simplemente respetaba su condición. Yo aprendí mucho de eso.

Entrevistadora: ¿desde antes del primer accidente ya te dedicabas a los perros?

Graciela: sí, desde mucho, mucho antes, esos accidentes solo me vinieron a ratificar que son mi pasión y que no por una mordida me voy a rajar, para nada, al contrario, es para entender muchísimas más cosas, porque en las mordidas que he tenido yo me he visto a mí misma enojada, frustrada, con impotencia o miedosa, y es cuando los perros detectan eso y atacan.

(abril 2021)

Como se ha podido apreciar, Graciela es la que muestra más recursos propios para enfrentar su padecimiento. A diferencia de Antonieta, Lorenzo y Alberto, su familia no la ha acompañado constantemente, ya que la propia Graciela lo impide, porque ellos no comparten la ideología de vida que ella decidió transformar desde hace 13 años. Sin embargo, en los accidentes más graves han contribuido a su restablecimiento: acompañándola en el Hospital, económicamente y, su mamá, en los cuidados posteriores para su completa recuperación.

### **A manera de cierre**

En las narrativas del padecimiento, se encuentran las tres dimensiones antropológicas de la enfermedad, *illness/disease/sickness*, contenidas desde el momento en que comenzaron con sus primeros malestares, y la interacción con todas las prácticas de atención y recursos a los que se han dirigido. Estas, son las experiencias de su espacio vivido, construido a lo largo de su trayectoria, en relación con ellos mismos como sujetos con agencia y con los demás.

Están plasmados sus saberes y significaciones acerca de su padecimiento, generados desde la relación entre ellos como sujetos, su grupo de cuidado y su contexto sociocultural más amplio; como menciona Kleiman (1988), se expresa la tensión mediante signos corporales que pertenecen a la cultura que compartimos, por nuestra propia condición humana.

Las prácticas de atención a las que recurren en los cuatro casos narrados, son algunas que forman la estructura sanitaria, pero, como menciona Eroza (2016) “no existe una total correspondencia entre las narrativas de la gente y lo que las estructuras representan” (, p. 71), efectivamente, no existe una total correspondencia entre lo que las personas plasman en su espacio vivido al interactuar con las prácticas de atención y lo que estas representan estructuralmente en la estructura sanitaria de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, se encuentran

desencuentros tanto con el Espacio hospitalario como con algunos servicios médicos privados y terapias alternativas.

Con referencia a la relación entre paciente y Espacio hospitalario, se da una interacción desigual, ya que el personal del Hospital se desenvuelve cotidianamente en su propia cultura organizacional regida por una mirada médica institucional, donde se marcan las dimensiones de *disease* y *sickness*, y los pacientes y su grupo de cuidado interactúan con diferentes procesos del Espacio y con lo que la institución espera de ellos; sin embargo, como se hizo evidente, siempre hay agencia en cada uno de los sujetos y/o en su grupo.

Analizar el Espacio hospitalario desde sus propios procesos no es suficiente para comprender la complejidad que envuelve un contexto médico institucional, es necesaria la mirada de los pacientes como sujetos-agentes. A través de las experiencias del padecer se logra determinar que, en el Espacio hospitalario de Las Culturas, se encuentran una diversidad de padecimientos (*illness* y *sickness*), con procesos subjetivos e intersubjetivos diferentes, determinados no solo por el contexto social de cada uno de los pacientes, sino también por la serie de dinámicas y actores que pertenecen a dicho Espacio.

Fue evidente que la estructura hospitalaria marcó diferencias en cada una de las experiencias, pero también la agencia personal e interpersonal de Antonieta, Lorenzo, Armando y Graciela. Con Lorenzo se visibilizaron sus saberes biomédicos acerca de su padecimiento, adquiridos a través de su hermana y en el diálogo con médicos a lo largo de los años, y el apoyo de su familia; con Armando se movilizaron redes de apoyo constantemente, tanto dentro del Hospital, como fuera, ya que su familia tenía amigos, familiares y conocidos que intervenían en acciones positivas para su atención; con Graciela se plasma una gran fortaleza y agencia personal, donde ella misma modula su padecer desarrollando una serie de estrategias; y, con Antonieta se refleja un des empoderamiento económico y de capital social, ante las opciones de tratamiento que le prescriben en el Hospital y que ni el propio Espacio hospitalario se lo brindó, pero, se logra visibilizar una motivación intrínseca para salir adelante, que son sus hijos pequeños.

Las experiencias son significativas porque dejan ver el sentido que tiene para los pacientes, como sujetos-agentes, su propio proceso y la interrelación como actores con otros tantos actores del Espacio hospitalario. Pese a que la internación hospitalaria des-cotidianiza la vida como mencionan Arrúe y Kalisky (1996), existe una interrelación donde se plasman

saberes y significados, el Hospital, por tanto, no se equipara a los no-lugares, definidos por Auge (1993) como lugares de transitoriedad que se caracterizan por no generar relaciones significativas<sup>67</sup>.

Las narrativas del padecimiento, como herramienta de análisis fueron importantes también, porque dejaron ver las diferencias estructurales que se encuentran en la zona Altos Tsotsil-Tseltal y que permean el encuentro con el Espacio hospitalario del Hospital de Las Culturas; y con otras prácticas de atención del sistema sanitario. Y así, se podrían seguir encontrando diversos matices interrelacionales en el Sistema hospitalario.

Por otra parte, una inquietud que si prevalece en todas las narrativas, cuando se encuentran en el Espacio hospitalario, es un esfuerzo por simbolizar la fuente de su padecimiento, es decir, obtener un diagnóstico, y ello se debe a que nombrar el sufrimiento lo alivia en partes, lo mitiga y reconstituye el yo (Good, 2003). Pero, como son padecimientos prolongados, experimentan una y otra vez esta reconstitución, desde que atraviesan por primera vez la frontera de la salud al padecimiento, y cada vez que algún especialista de cualquier práctica de atención les da su propio diagnóstico.

Son los propios sujetos que van realizando su propia articulación, y el Espacio hospitalario es ignorante de que los sujetos articulan las diversas prácticas a las que han recurrido, como de los saberes y significados que se van construyendo durante la experiencia de su padecimiento.

En los cuatro casos narrados, hay un después de la interacción con el Espacio hospitalario, que tiene que ver con la experiencia total del padecer, por tanto, un padecimiento no se limita a la fase hospitalaria, esta es más bien, uno de los muchos momentos relacionados con su espacio vivido, donde el sujeto atraviesa un entorno con procesos y estructuras, le dan los posibles diagnósticos y tratamientos (*disease*), pasa por múltiples estudios médicos y/o terapéuticos, se asume como sujeto de un padecimiento prolongado, y toma conciencia del propio cuerpo enfermo para que ponga en acción estrategias de manera subjetiva e intersubjetiva (Antonucci, 2018), que le ayuden a curarse o resolver su padecer.

---

<sup>67</sup>Los no-lugares son escenarios como los supermercados, los transportes públicos, los cines, las calles, etc., o que no entran en la lógica institucionalmente normatizada, generados a causa del ejercicio espacial del poder, como los barrios a los que solo pueden asistir cierto tipo de personas, los templos de determinadas religiones, las tiendas con exclusividad de productos, etc. (Auge, 1993).

## Conclusiones

Más que las discrepancias entre los saberes expertos acerca de la enfermedad, son centrales los saberes de los sujetos que viven la experiencia del padecimiento/enfermedad. Queda claro a lo largo de las narrativas de los sujetos, que su padecimiento/enfermedad no solo se produce en el cuerpo físico, inclusive, no solo se produce en el cuerpo mental y emocional; sino, en el tiempo, en el aquí y en el allá, en sus relaciones dentro de los espacios sociales y culturales y en el relato mismo de la experiencia. Todo en conjunto forma su espacio vivido y es aquí donde se encuentran sus saberes y significados como pacientes-agentes dentro de la región Sistema hospitalario.

En la región se ve reflejada la relación entre sujetos, procesos y estructuras, donde ni los sujetos ni los procesos muestran inmovilidad, al contrario, son dinámicos en el espacio y el tiempo. Tan dinámicos, que los encuentros que se intentan implementar a nivel de políticas y programas, lineamientos y protocolos, confluyen en desencuentros en la realidad. Aunque este planteamiento epistémico no es nuevo, sigue siendo una constante en la esfera de atención a la salud, históricamente, en la zona Altos Tsotsil-Tseltal. Mas no se trata, claro está, de pretender un encuentro ficticio sin conflictos, más bien, de visibilizar las diferentes contradicciones que las interacciones poseen, para abrir posibilidades.

Recordemos que las contradicciones y los conflictos, pertenecen a la dinámica regional ya que los criterios básicos de lo regional culturalmente entendido, deben ser las relaciones sociales dentro de una región y las diferencias básicas que se suscitan dentro Giménez (1994).

Se menciona que los sujetos y los procesos nos son estáticos, porque el sistema sanitario y el espacio hospitalario, son espacios sociales dinamizados por sujetos-agentes, aunque las estructuras políticas, económicas y culturales influyen sobre sus acciones.

Y más importante aún, para este estudio, son los pacientes-agentes que dan cuenta del espacio vivido del padecimiento/enfermedad, con sus estrategias para desenvolverse en las dimensiones de la enfermedad, la dolencia y el malestar, al mismo tiempo. Ya que estas dimensiones implicaron nombrar a lo que les estaba aconteciendo, ser identificados con una nosología, someterse a estudios y a tratamientos, vivir una experiencia personal e interpersonal de sufrimiento donde estaban inmersas sus emociones, sus pensamientos y las

de su grupo de cuidado, sus acciones para enfrentar dificultades económicas, familiares y laborales, y, las expectativas y requerimientos sociales por estar en una condición de enfermedad o de desequilibrio energético, como con Graciela.

Todo ello contiene su padecimiento/enfermedad, que a lo largo del tiempo se fueron integrando para generar sus saberes y significados, pero, no desde una dimensión meramente individual y familiar, sino también en relación con los especialistas de las diferentes prácticas de atención a la salud que están a su disposición en el sistema sanitario, y al margen de las disputas que entre ellas existen. Sin embargo, como se pudo apreciar fueron Antonieta, Lorenzo, Alberto y Graciela los que articulan, al fin de cuentas, estas prácticas disímiles.

Pese a que las alternativas terapéuticas no son espacios asilados utilizados exclusivamente por un grupo, sino un continuo al que se accede en virtud de decisiones donde se priorizan unas sobre otras (González, 2004); y pese a las disputas que se generan en el campo de lo médico en la zona Altos Tsotsil-Tseltal Magaña (2002), fueron, los sujetos, los que producen la interculturalidad entre las diversas prácticas de atención del sistema sanitario. Y fueron ellos mismos, como pacientes-agentes los que vivieron los procesos del Espacio hospitalario en el Hospital de Las Culturas.

Por tanto, los saberes y significados del padecimiento/enfermedad, no deben ser desvisibilizados por los actores del Hospital, como tampoco, los procesos que los mismos actores generan dentro del Espacio hospitalario –numerosos, por cierto– inmersos en procesos relacionales, personales, políticos, económicos y culturales, con los que se enfrentan los pacientes-agentes. Que comienzan desde que llegan al Hospital hasta que se van y vuelven a regresar en algunos casos.

Por supuesto, que la interacción entre los procesos del Espacio hospitalario y cada uno de los pacientes-agentes, tuvo algunos matices distintos y otros similares, incluso vividos por la misma persona, como con Graciela la tercera ocasión que llegó al Hospital por su quinto accidente y el trato que recibió fue positivo en comparación con las dos ocasiones anteriores; o en el caso de Alberto que le tocó ser atendido por una anestesióloga acupunturista, algo que solo sucedió en cierto tiempo en el Hospital. Lo que cambiaba no eran la estructura de los procesos, pero si las dinámicas de estos por los sujetos que se encontraban inmersos en esos momentos; y por las agencias con las que contaban tanto el paciente como su grupo de cuidado.

Cada uno llego al Hospital con su grupo de cuidado, con Alberto y Graciela llegaron varios familiares y amigos, con Antonieta y Lorenzo llegó un solo integrante de su familia, pero en todos los casos representaban a su contexto, y las diferencias se logran apreciar en las narrativas; eran ellos quienes acompañaban, quienes cuidaban, quienes tomaban las decisiones, quienes buscaban los recursos para solucionar la compra de medicamentos, la realización de estudios privados o la reposición de unidades de sangre por transfusión sanguínea, entre otras contingencias.

Algunas otras experiencias que no dejaron de presentarse en la interacción con los procesos del Espacio hospitalario, fueron los efectos iatrogénicos, que fueron físicos como cuando a Lorenzo los medicamentos le provocaron una úlcera gástrica que le produjo una hemorragia interna o cuando a Graciela le hacían las suturas sin anestesia; y algunos fueron emocionales: con Alberto cuando el neurólogo lo tomó fuertemente de los cabellos dentro del hospital y le dijo que si no se movía se podía pasmar, eso provocó un enojo muy fuerte en sus hijos y a Alberto también se le llenan sus ojos de lágrimas cuando lo cuenta aún, y, con Graciela cuando la enfermera le toma la foto de su rostro herido, sin pedirle su consentimiento, menciona que le gustaría encontrarla y reclamarle el trato denigrante que recibió para que ningún paciente lo vuelva a pasar.

Uno proceso más, fueron los protocolos informales que marcaron la diferencia del ingreso o la estancia en el Hospital, como llegar con estudios médicos privados que hace que se agilice el ingreso a urgencias, que fue lo que vivió Antonieta y Alberto, y cuando a Alberto le dieron un pase más rápido al servicio de medicina interna porque contaban con personal del hospital conocidos previamente.

Y no se puede dejar de lado, la diferencia plasmada entre la racionalidad biomédica que deviene de la cultura médica científica y los saberes y significados de la cultura de cada paciente con respecto a su padecimiento, para empezar la mayoría del personal del hospital entrevistado no reconoce la diferencia entre enfermedad y padecimiento, y tampoco que demandan un rol o comportamiento social del enfermo. Lo cual es aún un reto epistémico para las diferentes prácticas de atención a la salud, especialmente para la biomédica porque posee una rigidez científica y tecnológica que limita una visión holística de la persona enferma y de su grupo de cuidado. Es indispensable que los encargados de brindar atención reconozcan que ambos son sujetos que se encuentran en una experiencia intersubjetiva

(Uribe, 1999) por tanto los intereses personales y profesionales del clínico también influyen en la interpretación que los pacientes construyen (Kleiman, 1988).

La experiencia del padecer y su significado social no se reducen a una enfermedad desde la perspectiva fisiológica, ni a la medicalización y/o a tratamientos para reducir el dolor y el malestar físico en general, implica una vivencia que integra todos los ámbitos de vida de la persona que lo padece y su grupo de cuidado, como también los procesos de atención de las prácticas médicas: su cumplimiento e incumplimiento, la satisfacción o insatisfacción, la relación entre médico-paciente, el acceso a los procedimientos necesarios para reestablecer el equilibrio, entre otros. El padecimiento, la enfermedad y el significado social de la enfermedad son interdependientes, y el Espacio hospitalario de los Hospitales necesita integrarlos en su práctica, puesto que las implicaciones clínicas y humanas pueden ser negativas.

Muchos dicen saber acerca de los significantes culturales de la población que llega y que logran romper con la barrera cultural del idioma, pero, cuando la enfermera que le dio de alta a Antonieta, se dirigió a ella con un lenguaje técnico, le explicó con qué diagnóstico llegó y con qué diagnóstico se iba, así como las instrucciones de su seguimiento, pero sin percatarse si Antonieta o su familiar entendieron bien lo que decía (fue cuando me confundió a mí con el familiar de Antonieta). No solo se trata de traspasar las barreras del idioma al traducir de español a tsotsil o tseltal con apoyo de otro personal; sino de generar un diálogo donde los campos semiológicos y simbólicos se superen.

Dentro de las diferencias culturales entre los significantes de los profesionales biomédicos y los pacientes, estuvo la visión del cuerpo, para los primeros la base del cuerpo es biológica –aunque algunos profesionales aludieron a aspectos energéticos y emocionales– y para algunos pacientes el cuerpo no solo es biológico o fisiológico, también es energético y responde a las intenciones del contexto social, material o metafísico. Estos significantes se aprecian con Graciela y Alberto, con Graciela incluso dentro del mismo hospital cuando les dice a los enfermeros que solo le apliquen ketorolaco porque el otro medicamento no le hace efecto y alude a que su cuerpo bloqueó el pase del medicamento; y con Alberto cuando su hijo relata que el quiropráctico les trasmutó algunos malestares del cuerpo a él y a su papá, a través de energía divina.



Los esquemas interculturales en salud no solo están inmersos en la atención a la población indígena, como conciben en el Hospital de Las Culturas, es en la interacción con todos los pacientes, entendiéndolos como agentes de su propio proceso.

La región Sistema hospitalario, dota entonces, de tres componentes que el Hospital de Las Culturas como espacio social, tiene que conocer y manejar: el contexto histórico, sociocultural, político, económico y sanitario de la zona Altos Tsotsil-Tseltal, a la que pertenece; un metaconocimiento de sus procesos y conocimientos; y, habilidades para integrar el padecimiento, la enfermedad y el significado social de la enfermedad, como espacio vivido por los pacientes.

Para finalizar, voy a destacar algunas impresiones y sensaciones que he vivido en este proceso. El primer camino trazado resultó sorprendente, es decir, la caracterización del sistema sanitario, puesto que, para llegar a éste, se realizó una búsqueda documental de la historia de la conformación y los procesos sociales de la zona Altos Tsotsil-Tseltal; a pesar de ser pobladora de esta zona, y conocer algunos datos, otros más aclararon las dinámicas en las que se ha vivido en este contexto, y sus transformaciones a lo largo del tiempo. Pero no bastaba con la información documental, siempre fueron imprescindibles las entrevistas con actores sociales que participaron y participan en estas dinámicas. La voz de los sujetos dialoga con la historia escrita.

Y el camino se amplió, porque un actor social llevó con otro actor social, por ejemplo: en la entrevista con el que fungió como subdelegado del INI en 2002, se permitió el contacto con un médico asesor de OMIECH; al hacer el contacto con la fundación León XIII se logró entrevistar también a la coordinadora de la Fundación Sanando heridas. Y así también al estar dentro del Hospital de Las Culturas en trabajo de campo, logré hacer una entrevista con una médica que fungió muchos años como responsable de unos de los programas asistenciales en salud de la jurisdicción sanitaria II. Dentro del Hospital una persona me llevaba a otra, y en algunas ocasiones con mucha amabilidad y disposición.

Todo comenzó en septiembre de 2020, se fueron dando las entrevistas, y antes de asistir al Hospital de las Culturas, de repente, el camino se detuvo –una vez más, porque ya se había detenido por la pandemia COVID 19, de marzo a septiembre– porque cuando regresé al Hospital, para pedir realizar entrevistas y observaciones, tuve que pasar por un período de espera de tres meses para estar un mes y medio conociendo el Espacio hospitalario.

Pero dentro del Hospital, otra chispa se prendió, cuando logré comenzar con las entrevistas a profundidad con las personas que estaban hospitalizadas en el servicio de medicina interna, ahí viví emociones encontradas, no solo eran mis informantes, eran personas con un padecer y una historia propia que contar, y me abrieron su espacio vivido: sentido, pensado, adolorido, inquietado, esperanzado.

Y ya fuera del Hospital, me encuentro con dos personas más, y me percaté que estaba encuadrando un padecimiento de tiempo prolongado en las nosologías de enfermedades crónicas, me di cuenta que el ejercer la interculturalidad requiere conocimiento, reflexión y actitud desarrollada en la práctica misma. Quizá como sugiere Husserl (1962) hay que preguntarnos ¿en qué me baso para decir qué conozco?, tenemos que “ponerlo entre paréntesis”.

## REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2010) La biopiratería de los recursos de la medicina indígena tradicional en el estado Chiapas, México -El caso ICBG-MAYA. *Revista Pueblos y Fronteras Digital* 6 (10) p. 151-180. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.
- Albet, A. (1993) La nueva geografía regional o la construcción social de la región. *Revista Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 13, 11-29
- Alonso, Y. (2005) Las constelaciones familiares de Bert Hellinger: un procedimiento psicoterapéutico en busca de identidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (1) pp. 83-94. Universidad de Almería. Almería, España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56050107.pdf>
- Álvarez, R. (2009) Política, Estado y Políticas Públicas. En *Conceptos politológicos básicos de la materia "Política, Legislación y Administración del Sistema Educativo Argentino*. Tramo de Formación Pedagógica para Profesionales y Técnicos. 2º Año. Instituto Superior de Formación Docente y Técnica N° 114 – José Gabriel Tupac Amaru II de General San Martín.
- Amezcu M. (2000) Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*. 7 (8) 60-67.
- Antonucci, M. (2018) Cuerpos liminales. La incertidumbre del médico y del paciente en los casos pre-diagnósticos de esclerosis múltiple [Trabajo final del Máster en Antropología y Etnografía, Universitat de Barcelona] Barcelona, España. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/128930/1/TFM\\_Manuela\\_Antonucci.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/128930/1/TFM_Manuela_Antonucci.pdf)
- Armstrong, D. (1984) The patient's view, *Social Science and Medicine*, 18 (9) 737-744, Elsevier Science Ltd., Oxford Inglaterra
- Arrúe, W. y Kalinsky, B. (1996) Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Ed. Miño y Dávila. Buenos Aires, Argentina. p.p.13-18, 185-218, 221-225, 229-233.

- Atkinson, P. y Delamont, S. (2015) Perspectivas analíticas. En Denzin, N. y Lincoln, Y. (Comps.) *Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de investigación cualitativa Vol. IV.* (pp. 369-376). Argentina: Gedisa.
- Augé, M. (1986) L'Anthropologie de la maladie. In: L'Homme tome 26 (97-98). L'anthropologie : état des lieux. pp. 81-90. Doi : 10.3406/hom.1986.368675
- Aureliano, W. and Gibbon, S. (2020) Judicialisation and the politics of rare disease in Brazil: Rethinking activism and inequalities. En Gamlin, J. Gibbon, S. Sesia, P. y Berrio, L. (Editors) *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America.* Pp. 248-269 London: UCL Press. DOI: <https://doi.org/10.14324/111.9781787355828>
- Ayora Díaz, Steffan Igor (1995) “Región y globalización: reflexiones de un concepto desde la antropología”, en Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo, (1): 9-40. Tuxtla Gutiérrez, México. EN CD.
- Bataillon, Claude (1993) Las regiones geográficas de México. México: Siglo Veintiuno Editores, pp. 130-150.
- Briceño-León, R. (2000) Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M. y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp.15-24). Río de Janeiro: Fiocruz Recuperado de <https://books.scielo.org/id/rmmbk/pdf/briceno-9788575415122-02.pdf>
- Bourdieu, P. (1985) Lenguaje y poder simbólico. En *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos.* Madrid: Akal Universitaria. p.p. 63-95
- Bourdieu, P. (1997) Espacio social y espacio simbólico. En *Razones prácticas sobre la teoría de la acción.* (pp.11-21) Barcelona: Anagrama, S. A.
- Bourdieu, P. (1995), Respuestas. Por una antropología reflexiva, México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1999) Poder simbólico y Capital simbólico. *En Meditaciones Pascalianas.* (227-236 y 316-324) Barcelona: Anagrama, S. A.
- Bruner, J. (1990). Acts of meaning. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Campos Navarro, R. (2017) Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en la región Andina. Una aproximación a los casos de Chile, Bolivia y Venezuela. En Boletín Americanista 1(74), 69-89. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5975859>

- Campos, R. Maya, A. Vargas, L., Casillas, L., Arganis, E., Mendoza, Z., Villalobos, H., Zavala, R. y Peláez, M. (2006) La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. En Izquierdo, T. y Aguirre, E. (Edit.) *“La Medicina tradicional mexicana en el contexto de la Antropología Médica: Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud”* (p. 18-35). UAM-Xochimilco. División de ciencias biológicas y de la salud. Departamento de atención a la Salud. Área de investigación: Farmacocinética y Farmacodinamia. México, D.F.
- Capel, Horacio (2016) Las ciencias sociales y es estudio del territorio. En Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales. Universidad de Barcelona. 21 (1.149) 1-38. Barcelona. Recuperado en <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1149.pdf>
- Capella i Miterique, H. (2002) Los Vínculos culturales, una riqueza para la región. En boletín de la A. G. E. (34) 159-170. España.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, ciência e saúde - Manguinhos*, 4 (2) 287-307. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006> DOI: 10.1590/S0104-59701997000200006
- Caramés García, M. (2004) Proceso Socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En Fernández Juárez, G. (Coordinador) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp.31-52). Quito-Ecuador: Abya Yala.
- Casares, A. (2012) Arquitectura sanitaria y hospitalaria. Unidades docentes de la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, España. Recuperado de [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500920/n12.1\\_Arquitectura\\_sanitaria\\_y\\_gesti\\_n\\_medio\\_ambiental.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500920/n12.1_Arquitectura_sanitaria_y_gesti_n_medio_ambiental.pdf)
- Castañeda, A. (2010) Derechos humanos e Interculturalidad. En Fernández Juárez, G. (2010) (Eds). *“Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Buen vivir.* (91-121) Quito Ecuador: Abya-Yala.
- Castillo, A. (2019) Región experiencial: geopolíticas de la desigualdad e itinerarios corporales de salud/enfermedad de mujeres con cáncer en Chiapas. Tesis para

- obtener el grado de Doctorado en Estudios Regionales. Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas. pp. 23-100
- Castoriadis, C. (1997) El imaginario social instituyente. Zona Erógena. Volco, N. (traductora) (35) 1-9 Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf>
- Ceieg, Comité Estatal de Información Estadística y Geografía de Chiapas (2021) Chiapas. Marginación 2020. Recuperado en [https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/productos/files/MARG2020/CHIAPAS\\_MARGINACION\\_2020.pdf](https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/productos/files/MARG2020/CHIAPAS_MARGINACION_2020.pdf)
- Chase, S. (2015) Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En Denzin, N. y Lincoln, Y. (Comps.) *Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de investigación cualitativa*, Vol. IV. (pp. 58-69). Argentina: Gedisa.
- Comelles, J. (2004) El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En Fernández Juárez, G. (Coordinador) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp.17-30). Quito-Ecuador: Abya Yala.
- Cruz Ocaña, L. (2018) Muerte y narración. Configuración de la muerte en la cultura regional de Tuxtla Gutiérrez: hermenéutica del poder y del sentido [Tesis de Doctorado en Estudios Regionales, Universidad Autónoma de Chiapas] Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Cueto, W. y Gudardamagna, M. (2013) Políticas de estado en democracia: la relación Estado/sociedad como ámbito de construcción de la política. *Si somos americanos*. 13 (2) 1-18. Santiago, Chile. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482013000200004>
- Cuevas, J.; Dahbi, R. y Barba, E. (2017) Pseudoterapias y sectarismo entre estudiantes universitarios. Trabajo presentado originalmente en el III Encuentro Nacional de Profesionales, Familiares y Ex Miembros de Sectas. Universidad de Málaga. Málaga. Recuperado de <https://revista.aaip.org/pseudoterapias-sectarismo-universitarios/>

- Davis, K. y Newstrom, J. (2003) Sistema sociales y cultura organizacional. En *Comportamiento humano en el trabajo*. Pp. 90-113. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Diario oficial de la Federación (2018) PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA3-2018, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana, métodos y técnicas relacionadas. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5544619&fecha=23/11/2018](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544619&fecha=23/11/2018)
- Diez Gutiérrez, E. (2004). Interculturalidad, convivencia y conflicto. *Pedagógica Tabanque*. (18) 49-76. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1138352>
- Eliade, M. (1964) Lo sagrado y lo profano. Madrid: Guadarrama. Recuperado en <http://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/Eliade,%20Mircea%20-%20Lo%20Profano%20Y%20Lo%20Sagrado.pdf>
- Emiliozzi, M. (2013) El territorio hecho cuerpo: del espacio material al espacio simbólico. En Revista ABRA, Universidad Nacional de la Pata, 33(47) 17-25. Argentina.
- Eroza, E. (2016) El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor. Las narrativas del padecimiento entre los tsotsiles de San Juan Chamula. CIESAS. Primera edición. Publicaciones de la Casa Chata. México, D. F.
- Eroza, E. y Acero, L. (2021) Experiencias y nociones en torno a la dieta en personas que padecen diabetes. Una contribución desde la diada *disease, illness y sickness*. En Álvarez, G., Arellano M., Anduro, I. y Ortega, M. (Coord.) *Alimentación y daños a la salud en México. Abordajes desde la interdisciplina*. pp.24-52. Colegio de la Frontera Sur. México.
- Eroza, E. y Carrasco, G. (2020) La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos. 18 (1) 112-128. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- Eroza, E. y Magaña, J. (2010) Santos patronos y comunidad: Salud y Región. El caso de los Altos de Chiapas. En Pincemin, S., Magaña, J. y Ochoa, Santiago; R. (eds.). *Estudios Regionales en el siglo XXI. Identidad, Cultura y Educación* (pp. 61-82). Cuerpo Académico Estudios Mesoamericanos y Cuerpo Académico Educación y Desarrollo Humano, UNACH. Chiapas.

- Escrig Sos, M. (2015). Convivencia intercultural en salud: marroquíes en Castellón (España) (Tesis doctoral, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, Castellón de la Plana) Recuperada de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=C8UNkOSOU%2Fw%3D>
- Flores Albornoz, D. (2017). (Des) Encuentros de la Ciencia Médica con las prácticas de curación en la Sierra de Aquismón, SLP (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social). Recuperado de <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/581/1/TE%20F.A.%202017%20Daniel%20Flores%20Albornoz.pdf>
- Foucault, M. (1988) El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*. 50(3) 3-20. Recuperado de <http://links.jstor.org/sici?sici=01882503%28198807%2F09%2950%3A3%3C3%3AESYEP%3E2.0.CO%3B2-A>
- Foucault, M. (1999 a) ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En Varela, J. y Álvarez, F. (traductores y editores). *Estrategias de poder*. (343-36) Obras esenciales, Volumen II. Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (1999 b) La arqueología del saber. Garzón del Camino, A. (traductor). México: Siglo XXI editores S.A.
- Foucault, M. (1999 c) La política de la salud en el siglo XVIII. En Varela, J. y Álvarez, F. (traductores y editores). *Estrategias de poder*. (327-342) Obras esenciales, Volumen II. Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (2007) Nacimiento de la Biopolítica. Curso en el College de France (1978-1979). Horacio Pons (Traductor) (p. 23-24, 217-227, 367). Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
- Foucault, M. (2009) La Gubernamentalidad. En Giorgi, G. y Rodríguez, F. (Compiladores) *Ensayos sobre Biopolítica. Excesos de vida*. (p. 187-215) Argentina: Paidós.
- Freyermuth, G. (1992) Medicina indígena y medicina alópata: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. CIESAS, Sureste en convenio con la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.C. México: Colección nuestros pueblos.



- Gamlin, J. Gibbon, S. Sesia, P. y Berrio, L. (2020) *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. Pp. 1-16 London: UCL Press. DOI: <https://doi.org/10.14324/111.9781787355828>
- García, J. (2006). *Geografía Regional* en: Alicia Lindón, Daniel Hiernaux (directores), *Tratado de Geografía Humana*. Universidad Autónoma Metropolitana, Ixtapala. División Ciencias Sociales y Humanidades. Anthropos Editorial. PP. 44-64
- Garriga, J. (2016) La herencia de nuestros ancestros. Entrevista con Joan Garriga, *Revista Kundalini*. Recuperado de <https://joangarriga.com/wp-content/uploads/2016/04/Constelaciones-Entrevista-Revista-Kundalini.pdf>
- Giddens, A. (1995). Tiempo, Espacio y regionalización. En *La constitución de la sociedad* (p. 143-193). Buenos Aires: Amorrortu.
- Giménez, G. (1994) Apuntes para una teoría de la región y de la identidad regional. *Revista Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. VI (18) p. 165-173. Universidad de Colima. Colima, México.
- Giménez, G. (1999) Territorio, cultura e identidades. La región sociocultural. Estudio sobre las culturas contemporáneas. En *Época* 5(9) p. 25-57. Colima, México.
- Giorgi, G. y Rodríguez, F. (2009) *Ensayos sobre Biopolítica. Excesos de vida*. (p. 9-34) Argentina: Paidós.
- Gómez, I. (2017) *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud*. Tesis para obtener el grado de maestra en Antropología. Chiapas. CIMSUR. P.p.36-75
- Gómez, J. (2001) *La experiencia cultural del espacio: el espacio vivido y el espacio abstracto. Una perspectiva ricoeuriana*. *Investigaciones geográficas*. 44. Coordinación de Geografía, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-46112001000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112001000100009)
- González, A. (2004) Los espacios de la práctica médica. En Martínez, J., Porras, M., Samblás, P. y Del Cura, M. (Coord.) *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. (pp. 221-262). Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Universidad de Castilla de la Mancha. España.

- Good, B. (2003) La representación narrativa de la enfermedad. En *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una perspectiva antropológica* (p.247-260) España: Bellaterra.
- Greimas, A. (1973) Semántica estructural. Investigación metodológica. De la fuente, A. (versión española) Madrid: Gredos. pp. 1-13.
- Guerra, E. (2012) La Sociología del conocimiento de Norbert Elias. *Revista Sociológica*. 27 (77) 35-70. México. Recuperado en <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v27n77/v27n77a2.pdf>
- Hamui, L. (2011) Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*. 18 (52) (pp. 51-70). México, D.F.
- Harvey, N. (2004) Rebelión en Chiapas: reformas rurales, radicalismo campesino y los límites del sindicalismo. En Viqueira, J. y Ruz, M. (Edit.) Chiapas. Los rumbos de otra historia (pp. 177-190). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social, UNAM. México.
- Hasen Narváez, F. (2012) Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. En *Ciencia y Enfermería*. 18 (3) 17-24 Recuperado en [//scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071795532012000300003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071795532012000300003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Helman, C. (1981) Disease versus illness in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 31 (pp. 548-552). University College, London.
- Hermitte, E. (2004) Poder sobrenatural y control social en un pueblo Maya contemporáneo. P.p. 21.40, 145-164. México: Antropofagia.
- Hersh, P. (2013) Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. En *Salud Pública de México*. 55 (5). 512-518
- Hofman, B. (2002) On the Triad Disease, Illness and Sickness. *S Journal of Medicine and Philosophy*. 27 (6) (pp. 651-673). Center of Medical Ethics, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway.
- Holland, W. (1963) Medicina maya en los altos de Chiapas: Un estudio del cambio socio-cultural. México. Instituto Nacional Indigenista. pp. 68-117.
- Hueso, C. (2006) El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*, 15(55), 49-53, Recuperado de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962006000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000300011&lng=es&tlng=es)

- Husserl, E. (1969) La tesis de la actitud general y la desconexión de la misma. En *Ideas relativas a una fenomenología pura y una fenomenología filosófica*. Segunda edición (pp. 64-118). México: Fondo de Cultura económica
- INEGI. Censo de Población y vivienda (2010) Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Kleiman, A. (1988) The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. Basic books. Capítulo 2. Pp. 31-56
- Lefebvre, H. (1974) La production de l'espace. *L Homme et la société*. 31 (32) (pp. 15-32. Recuperado en [https://www.persee.fr/doc/homso\\_0018-4306\\_1974\\_num\\_31\\_1\\_1855](https://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1974_num_31_1_1855)
- Lerma, E. (2013) Espacio vivido: Del espacio local al reticular. Notas en torno a la presentación social del espacio vivido en la globalización. En *Pueblos y fronteras*. 8 (15) p. 225-250. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Lévi-Strauss, C. (1995) La eficacia simbólica. En *Antropología Estructural* (pp. 211-227). Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Llanos Hernández, L. (2010) El concepto de territorio y la investigación en las ciencias sociales. En *Agricultura, sociedad y desarrollo*. Universidad Autónoma de Chapingo. 7 (3) 207-220. Chapingo, Edo. De México.
- Lois, M. (2011) Estructuración y Espacio: la perspectiva de Lugar. *Geopolítica (s)* 1 (2) (pp. 207-231). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.
- Lomnitz, C. (1995) Las salidas del laberinto. Cultura e ideología en el espacio nacional mexicano. Pp. 35-53. México: Grupo editorial Planeta.
- Lomnitz, C. (1995) Conceptos para el estudio de la cultura regional. En *Las salidas del laberinto. Cultura e ideología en el espacio nacional mexicano*. pp. 36-46 México: Planeta.
- Lozoya, X., Georgina, V. y Fores, A. (1988) La medicina tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987. México, D.F.: Instituto Mexicano del seguro social.

- Lupton, D. (1997) FOUCAULT and the medicalisation critique. En: Petersen A., y Bunton R. *Foucault, health and medicine*. pp. 94-110. London: Routledge.
- Lupton, D. (2012) La perspectiva popular sobre las dolencias y la enfermedad. La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales (pp. 97-131). Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Magaña, J. (2002) Enfermedad y tratamiento entre la población indígena migrada en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social. *Revista Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, XXIII (92) (pp. 195-226). El Colegio de Michoacán, A. C. Zamora, México.
- Magaña, J. (2009) La Lógica de la enfermedad: entre la construcción social y la representación cultural. El caso pasiego. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla. Departamento de Antropología Social. Recuperado en <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/23839/Tesis%20Maga%c3%b1a%20Ochoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Magaña, J. (2015) Medicina con Enfoque Intercultural: Entre el conflicto de prácticas discriminatorias y la toma de posición de un Modelo Médico por estudiantes Indígenas de Chiapas, México. En Magaña, J., Rojas, B., Ávila, L. y Romero, A. (Coord.) *Estudios Latinoamericanos: Pueblos originarios hacia el siglo XXI. Enfoques actuales* (pp. 171-196). UNACH y CLACSO. México: Fray Bartolomé de las Casas, A. C.
- Martínez, J. y Fletes, H. (2015) La persistencia de la pobreza en los altos de Chiapas. Factores estructurales y regionales. Ponencia presentada en el 20° *Encuentro Nacional sobre Desarrollo Regional en México*, AMECIDER. Cuernavaca, Morelos. Recuperado de <http://ru.iiec.unam.mx/2955/1/Eje6-099-Martinez-Fletes.pdf>
- Medina Melgarejo, P. (2013) “Palabras que hacen política: “Interculturalidad”. Contornos epistémicos sobre identidad, diferencia y alteridad”. En Baronet, B. y Tapia Uribe, M. (Coord.) *En Educación e Interculturalidad. Política y Políticas* (151-176). México, D. F.: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

- Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. (pp. 451-464) Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Atención Primaria a la Salud en Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México* (p. 97-113). Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Ed. Lugar, 25-35.
- Menéndez, E. (2016) Salud Intercultural: acciones, propuestas y fracasos. *Ciência & Saúde Colectiva*, 21 (1), 109-118.
- Menéndez, E. (2020) Preface: Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities. En Gamlin, J. Gibbon, S. Sesia, P. y Berrio, L. (Editors) *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. London: UCL Press. DOI: <https://doi.org/10.14324/111.9781787355828>
- Meza, J. y Escalera, L. (2017) La carrera moral. Cuidar al otro. La carrera moral del adulto dependiente (pp. 53-64). Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad autónoma de Nuevo León. Monterrey, México: Editorial Universitaria UANL
- Mocellin-Raymundo, Viesca-Treviño y Gutiérrez-Martínez (2011) Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible. En *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 49 (3) 325-330. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im113q.pdf>
- Navarrete, F. (2004) Las relaciones interétnicas en México (pp. 7-19). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- OIT (2014) Convenio 169 Sobre los Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; aprobado por la Organización de Trabajo en junio de 1989. Edición conmemorativa. Disponible en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---rolima/documents/publication/wcms\\_345065.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---rolima/documents/publication/wcms_345065.pdf)
- OMS (2021) Enfermedades Crónicas. Recuperado de [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/#:~:text=Las%20enfermedades%2](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/#:~:text=Las%20enfermedades%2)

0cr%C3%B3nicas%20son%20enfermedades,del%2063%25%20de%20las%20muertes

- OPS (2019) Diversidad cultural y salud. Recuperado el 20 de mayo de 2021 en [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es)
- Ortiz, L. (1999) Acción, Significado y Estructura en la Teoría de Antony Giddens. *Convergencia*. 6 (20) (pp. 57-84). UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. Toluca, México.
- Ottersen, P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J., Fukuda-Parr, S., P Gawanas, B., Giacaman, R., Gyapong, J., Leaning, J., Marmot, M., McNeill, D., I Mongella, G., Moyo, N., Møgedal, S., Ntsaluba, A., Ooms, G., Bjertness, E., Louise Lie, A., Moon, S., Roalkvam, S., I Sandberg, K., B Scheel, I. (2004) Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectivas de cambio. *The Lancet*. Comisiones The Lancet-Universidad de Oslo sobre Gobernanza Global para la salud. Perú, Instituto Nacional de Salud. Recuperado de <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/the-lancet-ottersen.pdf>
- Page, T. (2002) Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas. 1857-1995 (pp. 13-66). Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, UNAM e Instituto de Estudios Indígenas, UNACH. México: UNACH.
- Page, T. (2016) Salud y medicina tradicional. UNAM. P.p. 291-330. Recuperado en [http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespich/images/diagnostico\\_y\\_perspectivas/Economia\\_sociedad\\_y\\_desarrollo/Salud\\_y\\_medicina\\_tradicional/ensayo\\_salud\\_y\\_medicina\\_tradicional.pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespich/images/diagnostico_y_perspectivas/Economia_sociedad_y_desarrollo/Salud_y_medicina_tradicional/ensayo_salud_y_medicina_tradicional.pdf)
- Parra, A. y Corbetta, J.M. (2013) Experiencias paranormales y su relación con el sentido de la vida. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272013000200011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272013000200011)
- Parsons, T. (1975) The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. Health and Society, 53 (3) 257-278.

- Pérez, A. (2004) Bajo el símbolo de la Ceiba: lucha de los indígenas cafeticultores de las tierras de Simojovel. En Viqueira, J. y Ruz, M. (Edit.) Chiapas. Los rumbos de otra historia (pp. 301-317). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social, UNAM. México.
- Pineda, L. (2004) Maestros bilingües, burocracia y poder político en los Altos de Chiapas. En Viqueira, J. y Ruz, M. (Edit.) *Chiapas. Los rumbos de otra historia* (pp. 279-300). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social, UNAM. México.
- Pitarch, P. (2004) Un lugar difícil: estereotipos étnicos y juegos de poder en los Altos de Chiapas. En Viqueira, J. y Ruz, M. (Edit.) Chiapas. Los rumbos de otra historia (pp. 237-250). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social, UNAM. México.
- Poblete, X. (2018) Identidades Liminares. El caso de los escritores tsotsiles y tseltales en Chiapas. *Revista Alteridades*. 28 (56) p. 85-96. UNICACH. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
- Pozas, R. (1977) Chamula, México, Instituto Nacional Indigenista. Colección Clásicos de la Antropología Mexicana, Número II. Pp. 199-244.
- Ricoeur, P. (2004) Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico. Coyoacán/ Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Ruiz, M. (2002) La espiritualidad New Age y el sufismo *Estudios de Asia y África*. XXXVII (1) (pp. 97-136). El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México. Recuperado en <https://www.redalyc.org/pdf/586/58637103.pdf>
- Ruíz. R. (2018) Interculturalidad en Salud: Parteras tradicionales y biomedicina. Casa materna y medicina tradicional en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Tesis para obtener el grado de Maestría en Desarrollo Local. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Salaverry, O. (2010) Interculturalidad en Salud. “Simposio Interculturalidad en Salud. *Peru med exp salud pública*. 27 (1) 80-93. Lima, Perú.
- Segall, A. (1976) The sick role concept: Understanding illness behavior. *Journal of health and social behavior*, 17 (2) p.p. 162-169.

- Serrano, A. (2015) La época ganada: más que una época ganada. En Serrano, A. *América Latina en Disputa* (pp. 109-119). Venezuela: Fundación editorial el perro y la rana.
- Spínola, O. (2016) Espacio, territorio y territorialidad: una aproximación teórica a la frontera. *Mexicana de ciencias políticas y sociales. Nueva Época*. 61(228) p. 27-56. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de hacienda (2015) Estadística de población. Recuperado en <http://www.haciendachiapas.gob.mx/marcojuridico/estatal/informacion/Lineamientos/Normativos/2015/XXII-Estadistica-Poblacion.pdf>
- Secretaría de hacienda (2021) Estadística de población. Recuperado en <http://www.haciendachiapas.gob.mx/marcojuridico/Estatal/informacion/Lineamientos/Normativos/2021/XXVI-Estadistica-Poblacion.pdf>
- SSA (2008) Servicios y unidades de salud culturalmente competentes. Recuperado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>
- SSA (2019) ¿Qué hacemos? Recuperado en <https://www.gob.mx/salud/que-hacemos>
- SSA (2021) Medicina tradicional y desarrollo intercultural. Recuperado en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural>
- Turner, B. (1987) Concepts of disease and sickness. In *Medical power and social knowledge* (pp. 39-58). Beverly Hills, California: SAGE publications
- Turner, V. (1988) Liminalidad y Cominitas. “*El proceso ritual. Estructura y antiestructura*”. Edit. Taurus. Madrid, España. P.p. 101-136. Recuperado en [https://www.academia.edu/34313513/Victor\\_Turner\\_El\\_Proceso\\_Ritual](https://www.academia.edu/34313513/Victor_Turner_El_Proceso_Ritual)
- Uribe, C. (1999) Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 18 (3) (pp.219-238). Bogota.
- Van Gennep, A. (1969) En los ritos de paso. Aranzadi, J. (traductor) Madrid, España: Alianza editorial. p.p.13-38
- Viqueira, J. (1997) Cronotología de una región rebelde. La construcción histórica de los espacios sociales en la alcaldía mayor de Chiapas (1520-1720). P.p. 8-22, 361-369. Recuperado en <https://juanpedroviqueira.colmex.mx/images/tesis/cronotologia-de-una-region-rebelde.pdf>



- Viqueira, J. (2002) Las identidades colectivas en Los Altos de Chiapas: Una visión histórica. Recuperado de <https://juanpedroviqueira.colmex.mx/images/historia-de-chiapas/geografia-historica/en-general/las-identidades-colectivas>
- Viqueira, J. (2004) Los Altos de Chiapas: una introducción general. En Viqueira, J. y Ruz, M. (Edit.) Chiapas. Los rumbos de otra historia (pp. 219-236). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social, UNAM. México.
- Viqueira, J. y Ruz, M. (2004) Chiapas. Los rumbos de otra historia (pp. 7-17). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social, UNAM. México.
- Wong, Y. y Noor, A. (2014) Anthropological inquiry of disease, illness and sickness. e-Bangi Journal of social Sciences and humanities. 9 (2) (pp. 116-124). Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Zeller, N. (2007) Políticas públicas: marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. *En Estado de bienestar; Política; Poder; Teoría; Estado; Políticas públicas; Crisis; Argentina*. Documento de trabajo informes. CLACSO. (1-28). Argentina. Recuperado en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es>

## ANEXOS

### Anexo 1 Guiones de entrevistas

#### Entrevista al subdelegado del INI del año 2002

1. ¿En qué año se creó el Instituto Nacional Indigenista en San Cristóbal?
2. ¿A qué región proporcionaba servicios?
3. ¿En qué año entró a trabajar en el INI?
4. ¿Qué puesto (s) tuvo?
5. ¿Qué actividades realizaba?
6. ¿Cuáles fueron los programas que realizaba el INI?
7. ¿A quién iban dirigidas?
8. ¿Cómo respondía la población?
9. ¿Cuáles fueron las experiencias más positivas?
10. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos?
11. ¿De qué instancias recibían apoyo?
12. ¿Con qué presupuesto contaban?
13. ¿Era suficiente?
14. ¿Qué relación con la presidencia municipal?
15. ¿Con el gobernador?
16. ¿A nivel federal?
17. ¿Cómo eran las relaciones organizacionales/laborales dentro del INI?
18. ¿Qué acciones tenían en salud?
19. ¿Qué personal trabajaba en programas de salud?
20. ¿Principales avances y limitaciones en programas de salud?
21. ¿En qué políticas de salud se basaban?
22. ¿Qué relación guardaban con el sector salud?
23. ¿Con las organizaciones indígenas?
24. ¿Con médicos (as) tradicionales?
25. ¿Con la medicina popular?

26. ¿Por qué cambio el nombre a Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI)?
27. ¿Qué implicó el cambio?
28. ¿Cómo considera que está el CDI actualmente?

#### **Entrevista al asesor de OMIECH**

2. ¿A partir de qué año laboró en el INI?
4. ¿Qué puesto (s) tuvo?
5. ¿Qué actividades realizaba?
6. ¿Cuáles fueron los programas que realizaba el INI?
7. ¿A quién iban dirigidas?
1. ¿En qué año se creó OMIECH?
8. ¿Cuál era su función como asesor?
9. ¿Cuáles fueron las experiencias más positivas?
10. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos?
11. ¿De qué instancias recibían apoyo?
12. ¿Con qué presupuesto contaban?
13. ¿Era suficiente?
14. ¿Con qué instancias externas al INI se relacionaba OMIECH?  
¿Qué relación guardaban con el sector salud?
18. ¿Llegaron a realizar acciones junto al sistema de salud?
20. ¿Principales alcances y limitaciones con los que se encontraron?

#### **Entrevista con la encargada del programa PROGRESA**

1. ¿Qué puestos ha tenido en la SSA?
2. ¿Cuánto tiempo laboró en SSA?
3. ¿En qué jurisdicción (nes) laboró?
4. ¿Qué regiones?
5. ¿Cuáles eran sus funciones?
6. ¿Qué departamentos había en la Jurisdicción sanitaria?
7. ¿Cómo funciona la Jurisdicción sanitaria?
8. ¿Programas que ha manejado en la Jurisdicción sanitaria II?

9. ¿Cuáles fueron los alcances que tuvieron esos programas?
10. ¿Cuáles considera que fueron las limitaciones?
11. ¿Qué municipios abarcaban?
12. ¿Cómo era la relación con la población beneficiada?
13. ¿Cómo era la relación con las instancias de gobierno municipales?
14. ¿Con las instancias a nivel estatal?
15. ¿Con las instancias a nivel federal?
16. ¿Qué presupuesto tenían?
17. ¿Qué instancia otorgaba el presupuesto?
18. ¿Quiénes tomaban decisiones a nivel político y económico?
19. ¿En los cambios de gobierno ante que modificaciones se enfrentaban?
20. ¿Qué características considera que tiene la región Altos en relación a los servicios de salud?
21. ¿Qué prácticas de salud encontró en la región Altos?
22. ¿Desde la jurisdicción sanitaria había comunicación con otras prácticas de salud que no pertenecieran a sector salud?
23. ¿Cuáles considera que fueron las mayores dificultades con la población de la región Altos?
24. ¿Y con la misma jurisdicción?
25. ¿Cuáles fueron sus principales satisfacciones laborales?
26. ¿Cuáles fueron sus principales obstáculos?

### **Entrevista a las Organizaciones de la Sociedad Civil**

1. ¿Cuándo se creó la organización?
2. ¿Quiénes la crearon?
3. ¿Cuáles fueron los motivos de su creación?
4. ¿Qué líneas de trabajo tiene?
5. ¿Tiene algún enfoque específico?
6. ¿Han tenido modificaciones en sus líneas de trabajo?
7. ¿Cuántas personas colaboran con la organización?
8. ¿Con qué horarios cuenta?
9. ¿Con qué instalaciones cuentan?
10. ¿A qué población se dirigen las acciones de la fundación?
11. ¿Con que otras organizaciones se relacionan?

12. ¿Se relacionan con alguna instancia gubernamental?
10. ¿Cuáles han sido sus limitaciones?
11. ¿Cuáles han sido sus alcances?

### **Entrevistas al personal del hospital de Las Culturas**

I.A personal del área de gobierno:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Religión:

Escolaridad:

Instituciones escolares de formación:

Años de formación:

Experiencia laboral:

1. ¿Qué puesto tiene en el hospital?
2. ¿Cuáles son sus funciones?
3. ¿Tiempo que lleva laborando en el hospital?
4. ¿En qué áreas de divide el hospital?
5. ¿A qué población se les otorga servicio?
6. ¿De qué municipios son los pacientes?
7. ¿Qué cobertura en servicios tiene el hospital?
8. ¿Cómo es el proceso de atención del segundo nivel?
9. ¿Qué cambios se han dado con el INSABI? (trámites, presupuesto, recursos, medicamentos, et.)
10. ¿A nivel municipal con que organismos se relaciona directamente el Hospital de las Culturas?
11. ¿A nivel estatal?
12. ¿A nivel nacional?
13. ¿Con qué empresas privadas?
14. ¿Conoce el programa de interculturalidad en la salud?
15. ¿Quién se encarga?
16. ¿Cómo se lleva a cabo?
17. ¿A partir de cuándo se implementó?
18. ¿Cómo ha funcionado?
19. ¿Qué resultados han tenido?

20. ¿Qué dificultades se han encontrado?
21. ¿Quién evalúa el programa?
22. ¿Los pacientes conocen los lineamientos?
23. ¿Qué diferencia hay existe entre la implementación de interculturalidad en salud y cuando no existía?
24. ¿Cómo define la enfermedad?
25. ¿Cómo se manifiesta una enfermedad?
26. ¿Existe diferencia entre enfermedad y padecimiento?
27. ¿Qué recomienda para tratar o curar una enfermedad?
28. ¿Qué otras formas a parte de la atención médica, conoce para tratar a las enfermedades?
29. ¿Cómo se cura cuando se enferma?
30. ¿Qué formas de atención utilizan los pacientes que llegan al hospital de las culturas?

II. A personal de salud:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Religión:

Escolaridad:

Instituciones escolares de formación:

Años de formación:

Experiencia laboral:

1. ¿Cómo decide dedicarse a la atención a la salud?
2. ¿A qué área del hospital pertenece?
3. ¿Qué puesto tiene en el hospital?
4. ¿Cuáles son sus funciones?
5. ¿Tiempo que lleva laborando en el hospital?
6. ¿Con qué otro personal se tiene que relacionar?
7. ¿Con que pacientes tiene relación directa?
8. ¿Se relaciona con la familia del paciente?
9. ¿Cómo ha sido su experiencia al relacionarse con la población usuaria?
10. ¿Habla alguna lengua indígena?
11. ¿Conoce el programa de interculturalidad en la salud?

12. ¿Quién se encarga?
13. ¿Cómo se lleva a cabo?
14. ¿A partir de cuándo se implementó?
15. ¿Cómo ha funcionado?
16. ¿Qué resultados han tenido?
17. ¿Qué dificultades se han encontrado?
18. ¿Quién evalúa el programa?
19. ¿Los pacientes conocen los lineamientos?
20. ¿Qué diferencia existe entre la implementación de interculturalidad en salud y cuando no existía?
21. ¿Cómo define la enfermedad?
22. ¿Cómo se manifiesta una enfermedad?
23. ¿Existe diferencia entre enfermedad y padecimiento?
24. ¿Qué recomienda para tratar o curar una enfermedad?
25. ¿Qué otras formas a parte de la atención médica, conoce para tratar a las enfermedades?
26. ¿Cómo se cura cuando se enferma?
27. ¿Qué formas de atención utilizan los pacientes que llegan al hospital de las culturas?

### III. Al personal operativo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Religión:

Escolaridad:

Años de formación:

Experiencia laboral:

1. ¿Es empleado del hospital o de otra institución externa?
2. ¿Cómo decide trabajar en el hospital?
3. ¿A qué área del hospital pertenece?
4. ¿Qué puesto tiene en el hospital?
5. ¿Cuáles son sus funciones?
6. ¿Tiempo que lleva laborando en el hospital?
7. ¿Con qué otro personal se tiene que relacionar?

8. ¿Con que pacientes tiene relación directa?
9. ¿Se relaciona con la familia del paciente?
10. ¿Cómo ha sido su experiencia al relacionarse con la población usuaria?
11. ¿Habla alguna lengua indígena?
12. ¿Conoce el programa de interculturalidad en la salud?
13. ¿Quién se encarga?
14. ¿Usted realiza actividades de este programa? ¿Cuáles?
15. ¿Cuándo usted se enferma como se cura?

#### IV. A internos y residentes

Edad:

Lugar de nacimiento:

Religión:

Escolaridad:

Años de formación:

Instituciones escolares de formación:

1. ¿Cómo decide dedicarse al área de salud?
2. ¿Qué funciones y actividades realiza en el hospital?
3. ¿Por qué elige realizar su internado o residencia en el hospital de las Culturas?
4. ¿Con que pacientes se relaciona?
5. ¿Se relaciona con la familia de los pacientes?
6. ¿Cómo ha sido su experiencia?
7. ¿Existe diferencia entre su formación teórica y práctica?
8. ¿Cómo define la enfermedad?
9. ¿Cómo se manifiesta una enfermedad?
10. ¿Existe diferencia entre enfermedad y padecimiento?
11. ¿Qué recomienda para tratar o curar una enfermedad?
12. ¿Qué otras formas a parte de la atención médica, conoce para tratar a las enfermedades?
13. ¿Cómo se cura cuando se enferma?
14. ¿Qué formas de atención utilizan los pacientes que llegan al hospital de las culturas?
15. ¿Qué conoce del programa de interculturalidad en salud?
16. ¿Realiza actividades relacionadas con el programa de interculturalidad en salud del hospital?



17. ¿Habla alguna lengua indígena?

**Guía para entrevistas a profundidad a pacientes y sus familias**

Diversas entrevistas fuera del hospital para conocer sus experiencias en su proceso mórbido, antes, durante y después de la relación con el espacio hospitalario, abarcando las siguientes áreas:

Cuándo y cómo comenzó su padecimiento

A qué opciones terapéuticas ha recurrido

Cuándo comenzó a asistir al hospital, quién lo canalizó

Relato del tratamiento y experiencia en el hospital

Sensaciones, emociones, sentimientos que ha generado en su proceso

Cómo se encuentra en la actualidad

## Anexo 2 Fotografías



Fotografía 1. Instalaciones exteriores



Fotografía 2. Instalaciones interiores

**1.- Misión de la unidad de salud.** Incluyan en el cartel de la Misión, la satisfacción de las y los usuarios, tomando en cuenta el respeto a los pacientes, como norma fundamental. (Director de la unidad y personal).

**2.- Reciba al paciente con un saludo respetuoso,** mirándolo a la cara, llámándolo por su nombre, estableciendo procesos de empatía, intercambio y enriquecimiento mutuo.

**3.- Distinga las características e identidades culturales** de cada paciente, su lengua, sus costumbres relacionadas con la salud-enfermedad, para mejorar la calidad de la atención; identifique al cómo quieren los usuarios ser recibidos y atendidos en los Servicios de Salud, respetando su cultura.

**4.- Establezca con él o la paciente, familiares y acompañantes,** actitudes respetuosas, de comprensión y amabilidad, independientemente del padecimiento que presente, origen étnico, el género, edad, las discapacidades, la condición social, la religión, idioma, preferencia sexual, considerando el respeto y el trato digno como norma fundamental.

**5.- Evite la emisión de juicios,** prejuicios y culpas respecto a la causa de la enfermedad. (Preferencia sexual, religión, adicción, enfermedades sujetas a prejuicio). El personal de salud tiene la obligación de manejar con estricta confidencialidad la información que le confían sus pacientes y no divulgarla más que con la autorización expresa de éstos, la única excepción es cuando la autoridad solicite dicha información en los casos previstos por la ley.

**6.- Evite burlarse, regañar o prohibir** la utilización amuletos, el que "seneren" sus medicamentos, el utilizar imágenes religiosas o realizar actividades relacionadas con sus creencias, acerca del proceso salud-enfermedad-atención. En caso de contravenir una norma oficial, y que usted esté seguro de que se trata de una práctica nociva, explíquela clara y respetuosamente orientando al paciente.

**7.- En la atención del trabajo de parto,** permita la deambulación alternada con reposo. Durante el parto, facilite la posición más cómoda que la embarazada desee utilizar, no solamente la posición de litotomía (puede ser en cuclillas, sentada, parada), respetando siempre la dignidad y los derechos como mujeres y pacientes. Si las usuarias lo demandan, promueva la participación y presencia de la partera y familiares.

**8.- Fomente la participación social y la comunicación asertiva** con las autoridades locales, practicantes de la medicina tradicional y otras medicinas complementarias reconocidas, independientemente de que haya comunión con sus creencias o no, coordinando acciones específicas, favoreciendo la referencia mutua en beneficio a la salud de la población.



**9.- Explique claramente la enfermedad, tratamiento y cuidados,** asegurándose de que los y las usuarias y sus familiares le entiendan, considerando su edad, sexo, grupo étnico, lengua, preferencia sexual, religión, discapacidad y enfermedad. (esto incluye a los niños, niñas, español, busque apoyo de intérpretes-traductores).

**10. Revise al paciente previo su consentimiento** debidamente informado, si los fines son de diagnóstico o tratamiento y los procedimientos indicados implican un riesgo el personal de salud responsable tendrá que obtener su consentimiento por escrito. No realice actividades para lo que no está entrenado ni calificado, respete los reglamentos en materia de atención médica, cuidando de ofrecer la mejor calidad en el servicio.

\* Resolución emitida el 14 de agosto de 2012 por la Comisión Política del Poder Judicial, Secretaría de Salud de México (2012-08-14-001).

Fotografía 3. Lineamientos de interculturalidad



Fotografía 4. Información en tsotsil y tseltal



Fotografía 5. Información del Covif-19 en tsotsil



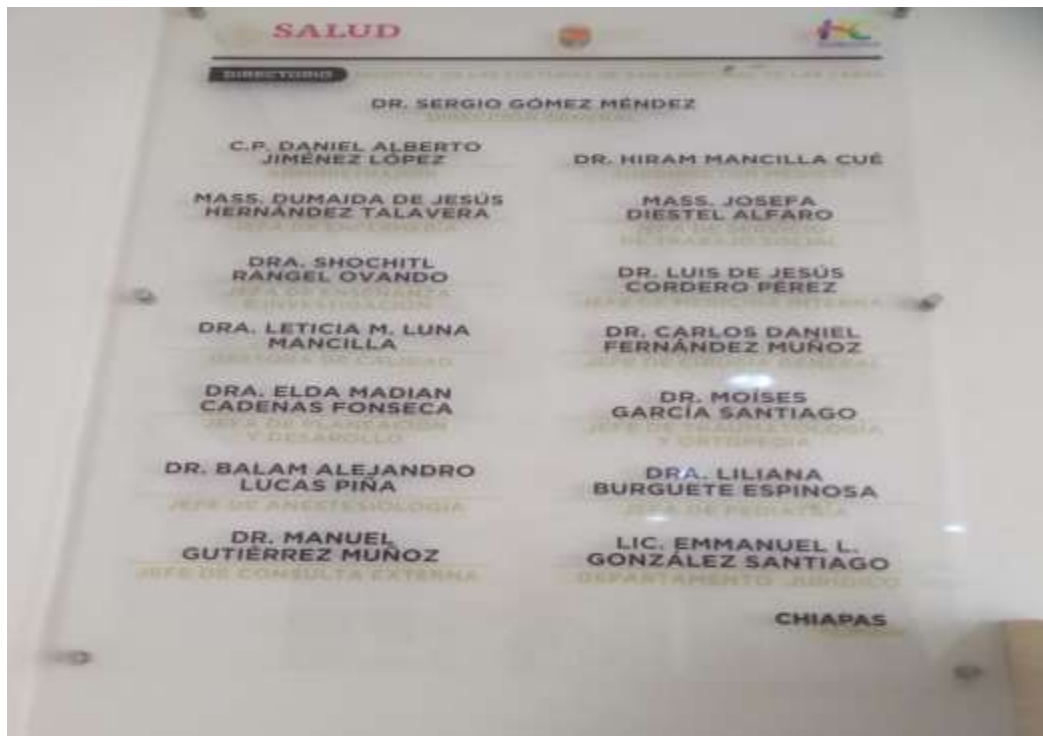
Fotografía 6. Información del Covid-19 en tselal



Fotografía 7. Información de las instalaciones interiores en tsotsil y tselal



Fotografía 8. Información de las instalaciones interiores en tsotsil y tseltal



Fotografía 9. Directorio con los puestos superiores





**Fotografía 10. Campamentos de familiares antes de la pandemia**



**Fotografía 11. Campamentos de familiares antes de la pandemia**



**Fotografía 12. Campamentos de familiares antes de la pandemia**



**Fotografía 13. Campamentos de familiares durante la pandemia**





**Fotografía 14. Capilla con la imagen de la virgen de Guadalupe, símbolo católico.**