



**Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Doctorado en Ciencias Sociales**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD/
ENFERMEDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y
USUARIOS INDÍGENAS ZAPOTECAS DE OAXACA**

TESIS DOCTORAL

DOCTORANTE:

KARLA IVONNE MIJANGOS FUENTES

COMITÉ TUTORIAL:

TUTOR ACADÉMICO:

DRA. NATALIA IX CHEL VÁZQUEZ GONZÁLEZ

TUTORES ADJUNTOS:

DRA. GUILLERMINA DÍAZ PÉREZ

DRA. NORMA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DRA. TERESA MARGARITA TORRES LÓPEZ

DR. GABINO SOLANO RAMÍREZ

Toluca Lerdo de Tejada, México, septiembre 2021

CONTENIDOS

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
Justificación	5
Estado del arte.....	12
Antecedentes sociodemográficos.....	25
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	36
HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	36
OBJETIVOS.....	37
General:.....	37
Específicos	37
MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	38
CORPUS DE INVESTIGACIÓN	42
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	44
II.- METODOLOGÍA.....	55
Técnicas de recolección de la información.....	62
Análisis de los datos	74
Consideraciones éticas.....	79
CAPÍTULO I.- RELACIÓN SALUD-ENFERMEDAD EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD.....	92
Modelo biomédico y construcción de la mirada médica occidental.....	92
Verticalidad, jerarquización y autoritarismo en la medicina moderna.....	110
Dimensiones emocionales de los profesionales de la salud en la relación terapéutica	130

CAPÍTULO II. RELACIÓN SALUD-ENFERMEDAD EN LOS USUARIOS INDÍGENAS	152
Un recorrido por la cosmogonia, cosmología y/o cosmovisión indígena.....	152
Cosmogonía, cosmovisión y cosmología indígena en quialana oaxaca	169
CAPITULO III.- COLONIALIDAD DEL PENSAMIENTO LATINOAMERICANO SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	206
Pensamiento latinoamericano y pensamiento eurocéntrico enraizado en la colonización .	206
Colonialidad del saber: saberes médico occidental y tradicional	222
Retórica de la modernidad y lógica de la colonialidad en los saberes médico y tradicional.	234
Elementos conceptuales en/para la construcción de políticas públicas en materia de salud indígena en México	241
CAPITULO IV.- REIMAGINAR LA SALUD: UNA VISIÓN INTERCULTURAL DE SALUD Y ENFERMEDAD.....	265
Filosofía de los programas nacionales en torno al desarrollo y salud de los pueblos indígenas: a propósito de la interculturalidad.....	265
Conflictos o diálogos interculturales en las representaciones sociales sobre salud enfermedad entre los saberes indígenas y occidentales.....	269
Interculturalidad y ecología de saberes en las representaciones sociales sobre salud/enfermedad.....	282
IV.- RESULTADOS.....	289
Datos sociodemográficos.....	289
Análisis estructural o procesual.....	291
Análisis de contenido: profesionales de la salud.....	306
Análisis de contenido: usuarios de quialana.....	468
V.- DISCUSIONES	525
Primera fase: análisis procesual.....	525
Segunda fase: análisis sociohermenéutico.....	541
VI.- CONCLUSIONES	552

VII.- ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERCULTURALES.....	560
VIII.- ANEXOS.....	567
Anexo 1. Listado de palabras salud.....	567
anexo 2. Listado de palabras enfermedad.....	568
anexo 3. La observación participante en 10 pasos según manuel amezcua (2016).....	569
anexo 4. Guía de observación participante.....	571
anexo 5.- Consentimiento informado	572
Anexo 6.- Índices de smith.....	573
Anexo 7.- Tablas de categorías y códigos	576
Anexo 8.- Calendario de trabajo.....	583



Fuente: Mijangos, F.K., 2020. Trabajo de campo realizado en Quialana Oaxaca.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

El concepto de cultura es tan complejo debido a que posee un carácter multifacético y polisémico. Desde esta perspectiva, la definición del propio término ha representado un gran reto para los estudiosos de la cultura, claro ejemplo de ello es que dentro de la historia se han registrado más de ciento sesenta definiciones; y en lo único en que coinciden los autores es que la “cultura es algo que se comparte y que está relacionada con la vida colectiva”

Por consiguiente y, atendiendo a los postulados de Estermann (2010) quien señala que, para explicar el concepto de cultura éste se puede representar en un *iceberg*, es decir, la parte visible está conformada por las relaciones económicas e históricas, el arte, el comportamiento humano, la arquitectura, la alimentación, las instituciones, los rituales, entre otros. En tanto, la parte oculta contempla, el *habitus* in-corporado por creencias, valores, normas, cosmovisiones, filosofías, representaciones sociales, sentido común, etc.

Con base en ello, uno de los conceptos que engloba toda esta construcción de significados y que más se ha utilizado dentro de los estudios socio-antropológicos, es el creado por García Canclini quien define a la cultura como:

“el conjunto de procesos donde se elabora la significación de las estructuras sociales, se la reproduce y transforma mediante operaciones simbólicas” (1989, p.25).

Al respecto, Estermann (2010) señala que *“el cambio cultural es signo de vida y una cultura estática solamente existe en el museo” (p.23)*. Por ende, las culturas actuales se ven transformadas por procesos históricos, sociales, económicos, políticos y de interferencias (voluntarias o forzadas) con otras culturas, lo que hoy se denomina como *“inter-transculturación”*, *“contaminación cultural”*, *“sincretismo”* o *“hibridación”* (Estermann, 2010).

Pero al mismo tiempo que se van transformando o desarrollando nuevas culturas, también se van produciendo nuevos significados, *habitus* y representaciones del mundo de vida, que mucho influyen en la propia identidad y decisiones de las personas. Se hace hincapié, como afirma Berger y Luckman (2006) estas transformaciones sólo pueden ocurrir en interrelación intersubjetiva y en tanto el sujeto forme parte de una sociedad o colectividad.

En este entendido, y siguiendo el ejemplo del *iceberg* propuesto por Estermann (2010), él explica que, en esta interrelación o encuentro suscitado entre dos personas, lo primero que confluye es la parte visible del *iceberg*, sin embargo, lo que más influye en la comunicación, empatía y entendimiento entre ambos agentes es la parte más profunda de esta montaña y, justo ahí, es donde se producen los mayores conflictos culturales y de saberes.

Pero, qué representa un conflicto cultural y cómo se da el origen de éste. Como primera respuesta, se puede añadir que el conflicto puede observarse desde un contexto histórico que se traduce en la lectura de algunos mitos y leyendas como la Torre de Babel, donde el plurilingüismo impidió que la torre se terminase, y todo ello, devenido por la soberbia y egoísmo del ser humano (Estermann, 2010). Esto llevó a concluir que la diversidad de ideas, de personalidad y de conductas entre unos y otros se puede traducir en un conflicto que trasciende a pesar del tiempo y del espacio, como sí la historia se hubiera quedado pausada y reviviera en el presente.

En el caso de América Latina el choque civilizatorio se produjo a partir de la conquista, como señala Estermann (2010), es verdad que previo a este acontecimiento ya existían transformaciones de las culturas prehispánicas debido a sus constantes asentamientos y exploraciones de lugares diferentes al de origen. Sin embargo, el año 1492 marcó la transición de una cultura “la occidental europea”, la cual se impuso a los pueblos conquistados rompiendo universos simbólicos distintos, es decir, que lejos de aceptar la

diversidad y la alteridad humana, por consiguiente, se estableció el castellano como único idioma, así como la transición hacia un único sistema político y religioso.

Esta experiencia, se traduce en la ahora llamada curiosidad natural por el “*otro*”, la hospitalidad innata, desconfianza hacia lo foráneo, un encerramiento social y cultural, una dialéctica autodestructiva entre complejos de inferioridad, así como un profundo conflicto entre diferentes cosmovisiones, modos de vivir y representaciones sociales del mundo de vida o sentido común y por la ecología de saberes (Estermann, 2010).

En términos de cosmovisiones y representaciones sociales diversas entre los indígenas, como apunta Salaverry (2010) ...

“La identificación de los pueblos indígenas adquiere así una complejidad insospechada, tiene implicancias políticas, sociales y de derechos, pero también urgencias como en el caso específico de la salud, en cuyo sector, de no identificarse la línea desde la cual se parte, poco será lo que se pueda modificar del estado de salud de esta población” (p.23).

Desde esta perspectiva, y como punto de partida, identificar e interpretar las representaciones sociales de salud, enfermedad y atención de los pueblos indígenas cobran mayor importancia, no sólo para la atención situada y contextualizada, sino para la activación de estos saberes ancestrales en la conformación de políticas públicas de salud, que confluyan en el diálogo intercultural derivado de la medicina occidental y la tradicional.

En este tenor, se debe reconocer que la salud/enfermedad desde la concepción de los sistemas de salud indígenas, se describen como “*un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos _sean explicables o no_ relativos a las enfermedades físicas, mentales, o desequilibrios sociales en un pueblo determinado*” (Adair, 1973, en Flores, 2004, p.113).

En este sentido, el sistema de salud de los indígenas atiende las dolencias de una forma holística, es decir, para su interpretación como alteración de la salud, se contemplan los medios naturales, sociales, culturales, los cuales pueden darle otra explicación de cómo deben atenderse dichas manifestaciones (Flores, 2004).

Con base en estas premisas, se apunta que la medicina del hombre prehispánico no se basaba exclusivamente en el diagnóstico del experto, sino que tomaba en cuenta las sensaciones y emociones expresadas por el paciente, por ende, como señala Villaseñor (2015) *“los medicamentos eran seres completos, con un significado espiritual jerarquizado según sus efectos”* (p.56).

En tanto, es válido reconocer que las representaciones sociales sobre salud/enfermedad y atención entre los profesionales de la salud, se encuentran muy distanciados de los saberes sociales y culturales de la práctica sanitaria, en función de la formación académica tradicional y limitada a aspectos biomédicos, individualizados, jerarquizados y particularizados en torno al cuerpo (Salaverry, 2010).

Asimismo, la medicina está pasando por una crisis que se originó en el siglo XVIII y perduró en el siglo XX, entre las crisis más emblemáticas se presenta dos: 1) la producida por la cientificidad, donde el saber y práctica médica resulta más peligrosa que el hecho de no saber o ignorancia médica; y 2) la segunda crisis corresponde al fenómeno de la medicalización indefinida, en la cual, la demanda del paciente no es tan importante, es decir, la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad y poder (Foucault, 1996).

Así, Foucault expresa *“hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo”* (1996, p. 49).

En este argumento, el modelo biomédico y basado en evidencia constituye una de las instituciones y marcos ideológicos de la atención de la enfermedad, por ende, ha llegado a ser el modelo dominante, el cual se identifica como la forma más correcta, apropiada y eficaz de atender el proceso de salud/enfermedad en lo que se denomina modernidad (González y Carbajal, 2007). Cabe mencionar, que tanto este modelo biomédico hegemónico, como otras formas doctas y/o populares, transmiten determinadas maneras de pensar e intervenir (ideologías y relaciones de poder) sobre las enfermedades y los enfermos (Gómez y Palacios, 2009).

Sumado a todas estas características, también este modelo cumple una serie de funciones: 1) curativas, preventivas y de mantenimiento; 2) control, normatización, medicalización y legitimación; y 3) económico/ocupacionales (Menéndez, 1998). Todas estas funciones forman parte del orden y mantenimiento del sistema dominante capitalista en el mundo contemporáneo. Tal y como afirma Menéndez (1998) los significados de estas prácticas cobran importancia, porque se realizan a través de aspectos técnicos y profesionales que intrínsecamente reproducen el sistema dominante en actividades de la vida cotidiana.

Todos estos altercados en torno a conflictos culturales, representaciones de salud/enfermedad e inconmensurabilidad dentro del campo de las Ciencias de la Salud, no es conceptual sino estructural, por ello la implicación práctica de una atención integral entre los profesionales de la salud se hace compleja; esto hace necesario que estos profesionales adopten un nuevo paradigma de interpretación, comprensión y representación de los fenómenos que reduzca la brecha entre la visión intercultural y ecológica de saberes y la

visión etnocéntrica occidental de la salud, que corresponde a los tan nombrados síndromes culturales¹ (Salaverry, 2010).

Con base en ello, Dietz (2012; 2017) considera que esta diversidad cultural e inconmensurabilidad, también produce desinterés y asimetría en relación con el poder político y socioeconómico; y todo esto se ve reflejado en la invisibilidad de la diversidad, la estigmatización de la *otredad* y la discriminación a ciertos grupos en particular, como son los indígenas.

Es por ello, que en una época contemporánea como la que ahora se vive, el conflicto cultural sólo ha sufrido una metamorfosis de postulados y características correspondientes a la modernidad, la globalización² y al agotamiento del sistema capitalista o neoliberalista que se traduce en el crecimiento y desarrollo desigual, la explotación desmedida de la naturaleza y del propio ser humano.

En este entendido, Estermann (2010) describe que todas estas consecuencias devenidas por la globalización y el neoliberalismo, no sólo se tratan de una transición económica, epidemiológica, demográfica o de una cosmovisión por otra, sino de una revolución paradigmática o *“modelo holístico totalmente distinto que se puede expresar en términos de interculturalidad”* (p. 9).

¹ Los síndromes culturales, se vinculan con el término inglés *Culture-bound syndrome* que es al mismo tiempo una clasificación creada y aceptada por la psiquiatría, la cual reconoce que son enfermedades que escapan a su modelo interpretativo. No obstante, dentro de la medicina occidental, aún se considera, que estos síndromes son “patrones de comportamiento aberrante”, al menos pasan como entidades realmente existentes y no como expresiones de delirios colectivos o prácticas mágicas (Salaverry, 2010).

² Asimismo, Canclini (1999) apunta que dicha globalización se caracteriza como *“un objeto cultural no identificado”* (p.13), se dice que es no identificado porque no posee ni características claramente delimitadas, ni consta de un paradigma como modelo único de desarrollo. En términos de cultura, Canclini (1999, p.35) responde que ahora *“corresponde crear construcciones lógicamente consistentes, que pueden contrastarse con las maneras en que lo global se estaciona en cada cultura y los modos en que lo local se reestructura para sobrevivir, y quizás obtener algunas ventajas, en los intercambios que se globalizan”*.

Al respecto, Dietz (2017) considera que la interculturalidad es una herramienta descriptiva y analítica, así como:

“el conjunto de interrelaciones que estructuran una sociedad dada, en términos de cultura, etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad; se trata de un ensamble que se percibe mediante la articulación de los diferentes grupos de “nosotros” versus “ellos”, los cuales interactúan en constelaciones mayoría-minoría que, a menudo, se encuentran en constante cambio” (p.124).

Por ende, presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas para que pueda darse el reconocimiento, en el caso de los indígenas, implica la identificación y aceptación de un grupo humano diferenciado (Salaverry, 2010).

Y justo en el concepto del reconocimiento de las diversas culturas, se hace necesario transitar por un proceso de descolonización de la salud, de la persona y de los afectos, a partir de aquellas categorías que fueron y son elemento constitutivos de la colonialidad, tales como la raza/etnia, la clase social y el género, mismos elementos que dan vida y forma al autoritarismo médico, el cual se traduce en frontera para el diálogo intercultural, en estructura de poder y dominación y en justificación para la discriminación de otros saberes y culturas no occidentales.

Es así que, previo a pensar en diálogos interculturales, tenemos que desmitificar las matrices coloniales como el racismo médico y, por ende, la discriminación, las cuales se instituyeron bajo esta idea de no simultaneidad, donde la historia de la salud y de los cuerpos no se cuenta a partir de datos del pasado, sino por el contrario, a través de la evidencia de elementos racionales comprobables desde un estadio superior denominado conocimiento científico médico, hacia uno inferior representado en el saber popular o vulgar (Castro, 2005).

En este entendido, el poder hegemónico de la salud y los cuerpos construido desde el colonialismo se concentra en la comunidad médica y científica, por tanto, a partir de ellos es que se emanan todas las normas, leyes y prácticas que han de guiar, ordenar y controlar la salud de toda una nación (Oliva, 2008). Y bajo esta mirada colonizada, el racismo médico es normalizado y justificado a través de un autoritarismo médico totalizador, porque son ellos los que tienen la razón y el conocimiento altamente evolucionado y moderno.

Finalmente, se añade que desdoblarse, descubrir e interpretar las divergencias y convergencias de sentido común sobre salud y enfermedad, entre dos actores ampliamente diferentes pero al mismo tiempo iguales, como son los profesionales de la salud y los usuarios de dichos servicios, en un contexto específico, permitirá crear conciencia y aceptación de la alteridad y diversidad del “otro”, y a partir de esta diversidad se pueda crear el diálogo intercultural y hermenéutico que favorece el mantenimiento de la salud y del estado de bienestar de las poblaciones indígenas, así como la participación y representación política de ambos actores en la construcción de políticas públicas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Estado del arte

El presente apartado conforma un análisis sobre los distintos argumentos y postulados que subyacen en torno a las representaciones sociales y conceptuales de salud/enfermedad y atención de los profesionales de la salud y de los habitantes de las comunidades indígenas.

Para contextualizar dicho análisis, se inicia afirmando que las representaciones sociales conforman un modelo derivado de la psicología social, a partir de su máximo pensador y exponente Serge Moscovici, quién se vio influenciado por Wundt y sus estudios sobre etnopsicología; por el interaccionismo simbólico de Mead y; por el concepto de representaciones colectivas de Durkheim (Mora, 2002).

Basado en estos preceptos, Serge Moscovici retoma estos tres conceptos y los interrelaciona creando un modelo de comprensión e interpretación del sentido común, el cual supera la interpretación individualista y psicologista. Por ende, las representaciones sociales, de acuerdo con Mora (2002), se basa en *“una modalidad particular del conocimiento cuya imaginación es la elaboración de comportamientos y la comunicación entre los individuos”*.

Como apunta Araya (2002) ...

“las representaciones sociales se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo” (En Ramírez, 2018, p.11).

Esta aproximación de significado de representaciones sociales, permite establecer un puente de comunicación entre los diversos estudios que se han desarrollado a nivel mundial, y específicamente en Centro y Suramérica sobre la interpretación y comprensión de las representaciones de salud y enfermedad que se construyen y viven entre las comunidades indígenas y los profesionales de la salud.

Por ejemplo, en 2005, en las comunidades andinas de Chile se realizó un estudio fenomenológico que exploró la subjetividad del actor social indígena, a través de las representaciones simbólicas que estas comunidades ostentaban en relación a las estructuras y función del cuerpo, y de cómo éstas forman parte de la identidad social de los mismos. Al respecto, la autora concluye que existe unas representaciones sociales que justifica las prácticas de mujeres y hombres y permiten asignarles un valor diferenciado relacionado con los dominios religiosos y biológicos. Asimismo, Gavilán permite denotar que el cuerpo es un

medio de expresión altamente restringido, puesto que está mediatizado por la cultura, por ende, también expresa la presión social que tienen que soportar (Gavilán, 2005).

Por otro lado, Liliana Rodríguez en 2008 se da a la tarea de analizar las percepciones, conocimientos, prácticas, expectativas de las mujeres indígenas de Otavalo en Ecuador, con respecto al proceso reproductivo: embarazo, parto, postparto, planificación familiar, violencia de género, y la forma en cómo resuelven las necesidades asociadas al mismo, dentro del propio sistema de salud o fuera de él. El estudio concluye, sobre la pertinencia puntual y emergente de un análisis que parta del reconocimiento de dos aproximaciones culturales a la salud, que operan con lógicas distintas: a) una visión occidental que privilegia los aspectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural y; b) una visión andina indígena que parte del principio “estar bien” “buen vivir” “*Allicai*” en equilibrio con la naturaleza, los otros humanos y los otros seres vivos.

En un contexto más próximo, Ramírez (2018) en Chiapas México hace un acercamiento a la visión indígena en torno a la sexualidad, el cuerpo, el amor, el placer y a la comprensión de la salud y la enfermedad en relación específica con las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA. Entre sus principales hallazgos, se resumen los siguientes: 1) existen barreras culturales que tiene que ver con los usos y costumbres, a partir de la cual se forma un sistema de valores y creencias, que norman los imaginarios religiosos y que se relacionan con la vivencia de la enfermedad; 2) las mujeres prefieren evitar la sanción social de embarazarse fuera del matrimonio que prevenir el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual o el VIH-sida, al evitar el uso del condón; 3) los jóvenes escolarizados y migrantes afirman que las cosas en la ciudad ya no son igual a la comunidad, por tanto existe un cambio de percepciones relacionadas con la sexualidad y el matrimonio; 4) respecto al VIH-sida consideran que es “una enfermedad que les da a los homosexuales, a

las prostitutas y a los hombres que tienen diferentes mujeres fuera de la comunidad”; 5) parte del imaginario de la mayoría de los y las entrevistadas es que “la comunidad protege”, porque se considera que el VIH es exclusivo de los mestizos o de los *extranjeros*; 6) en el caso de las mujeres entrevistadas consideraron que las mejores maneras de prevenir el VIH son: tener relaciones sexuales con hombres de la comunidad, con hombres conocidos o estar en abstinencia.

Las conclusiones de estos estudios, permiten hacer una reflexión y análisis sobre la diversidad e inconmensurabilidad de sentido común entre las representaciones de salud/enfermedad de las comunidades indígenas, y la tan alejada visión de la medicina occidental, la cual no encuentra un punto de convergencia e interrelación de saberes y prácticas, de interaccionismo intersubjetivo e interculturalidad.

Desde esta perspectiva sobre interculturalidad, las múltiples connotaciones y explicaciones otorgadas a ésta, han dado pie a las diversas interpretaciones y usos de la misma en la sociedad. En contraparte, Dietz (2017) hace uso de tres paradigmas que considera dan la mayor explicación de la construcción de la interculturalidad. Por ejemplo, el paradigma de la desigualdad ha dado más énfasis a las repuestas institucionales compensatorias y asimilacionistas con el objetivo de crear igualdad, por consiguiente, se ha producido mayor desigualdad entre las mayorías y minorías; y esto a su vez, se traduce en los resultados devenidos de la relación Estado-Nación occidental y hegemónica (*ibid*).

En tanto, el paradigma de la diferencia ha sido formulado por los diversos movimientos sociales y sus particulares políticas de identidad, como refiere Dietz (2017) este paradigma “*promueve un “análisis horizontal”, a la inversa, de las orientaciones étnicas, culturales, religiosas, de género, de edad, generacional y de orientación sexual, así como de las diferencias relacionadas con diversas capacidades*”. Dicho esto, se prevé que este

enfoque favorece la particularidad y el multiculturalismo, el cual desencadena la invisibilidad y la exclusión de las desigualdades económicas y estructurales.

Finalmente, el paradigma de la diversidad se formula a través de la crítica del monoculturalismo asimilacionista y del multiculturalismo esencializador (Dietz, 2017). Como señala Dietz (2017), este enfoque se construye desde el carácter plural, multi-situado, contextual e híbrido de cualquier identidad cultural, religiosa, étnica, de género o de clase social.

Cabe mencionar, dentro del concepto de diversidad cultural que

“Toda persona ha sido socializada en una comunidad de vida que puede ser distinta a la de otra persona, aunque coexistan en la misma sociedad. Es decir, es posible que no tengan los mismos referentes culturales. Recordemos que la creación de sentido es una actividad propiamente cultural y que la cultura es una matriz creadora de sentido de las relaciones del ser humano” (Alsina, 1991, p.12).

A partir de esta definición, se presume que las comunidades indígenas están dotadas de un amplio sentido cultural, el cual está determinado por sus tradiciones, costumbres, lenguas y demás herencias milenarias. Además de todo esto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) describe a los indígenas como:

“aquellos que conservan totalmente o parcialmente sus idiomas, instituciones y estilos de vida tradicionales que los distingue de las sociedades dominantes, y que habían ocupado un lugar particular antes de la llegada de otros grupos poblacionales” (Gamboa y Gutiérrez, 2008).

Como afirma Villaseñor (2015), cada cultura y pueblo tiene sus propias representaciones que contribuyen a forjar la identidad cultural. A su vez, esta identidad cultural está compuesta por significados, tradiciones, costumbres, creencias y sentidos. En el caso de los nahuas, y en lo que a salud se refiere, la medicina, los médicos y los medicamentos

estaban dedicados al hombre en su totalidad y siempre contemplaban el contexto cultural, por ende, los nahuas no concebían al hombre segmentado por sus partes.

Dentro de las representaciones de sentido cultural indígena, también es importante reconocer, que las dolencias de un pueblo a otro varían en cantidad y manifestación, por ello, la atención e intervenciones que se destinen para mantener, conservar y recobrar la salud, dependerá de esas construcciones socioculturales; y quizás como señala Flores (2004, p.17).

“no es extraño que ciertas enfermedades hayan sido controladas o prácticamente erradicadas en ciertas sociedades, en tanto que, en otras, se desconocen algunas enfermedades y su aparición puede incluso colocar en peligro la viabilidad de una cultura”.

En general, el sistema de salud de los indígenas atiende las dolencias de una forma holística, es decir, para su interpretación como alteración de la salud, se contemplan los medios naturales, sociales, culturales, los cuales pueden brindar otra explicación de cómo deben atenderse dichas manifestaciones (Flores, 2004).

Desde esta perspectiva, el tratamiento para dichas dolencias comprenderá de procedimientos mágicos y empíricos. Por ejemplo, Villaseñor (2015) señala que ...

“la unidad dialéctica fundamental entre los nahuas consistía en la polaridad frío-calor y en el registro de sus cambios. Todo se clasificaba según su calor o su frío. El hombre participaba de esas dos propiedades. Algunos órganos eran más calientes que otros. Esta división dual respecto a la integridad corporal del hombre, de la enfermedad, de los alimentos y de los medicamentos aún se proyecta hasta nuestros días. De tal forma que los medicamentos poseían sus propiedades térmicas y eran utilizados en función de las características de las enfermedades siguiendo esta polaridad fundamental” (p.14).

En general, todas estas representaciones indígenas sobre salud van mucho más allá que la ausencia de la enfermedad, como afirma Santiago (2006) ...

“la salud se refiere a la capacidad del individuo de ser normativo con respecto al mundo, es decir, de instituir normas vitales propias y transformar de manera armónica el entorno de acuerdo a las necesidades; es una forma particular de ser y estar en el mundo, una experiencia que se aprehende y se ejerce a través de la cultura” (En Callejas, et.al., 2010).

En este sentido, la expresión del sufrimiento y dolencia está estrechamente asociados con el bienestar de la madre tierra, es decir, si la madre tierra enferma por consiguiente el hombre también enfermará.

Conviene agregar sobre la influencia de la cultura y medicina occidental, en la construcción contemporánea indígena de salud-enfermedad, que ésta se ha visto permeada por ideas dominantes del sistema capitalista. Tal es el caso de la cultura *muisca* que, en su concepción primitiva y ancestral, el individuo se estudiaba en su interrelación con el grupo social al que pertenecía (colectividad), no obstante, en la actualidad y debido a la hibridación de los conocimientos occidentales y tradicionales, los indígenas *muisca* atienden al individuo enfermo desde un individualismo metodológico (la salud como bien individual) (Callejas, 2010).

En efecto, y como se puede constatar, todos los pueblos indígenas han experimentado históricamente una enorme presión social y política, de la sociedad o del Estado, hacia la pluralidad de intereses sociales capitalistas. Por eso cuando estudiamos el contexto socio-histórico, no es extraño para nadie, que la violación de la libertad absoluta e individual del indígena deviene por el colonialismo impregnado de dominio y poder capitalista.

Esta libre competencia de los intereses capitalistas y colonialistas, como el orden natural de las cosas, provocó la violación del ser humano; y que al mismo tiempo afirma Rousseau (En Simmel, 2002) causó todo debilitamiento y todo mal en dichas sociedades

indígenas. En este sentido, las sociedades colonizadoras absolutizaron la libertad individual de las comunidades indígenas, al extremo de prohibir a los mismos defender sus derechos, propiedades e intereses.

Corresponde agregar, que el sistema capitalista en el trayecto de toda la historia ha tratado de someter y aculturar a las comunidades indígenas hacia un progreso y homogenización de las sociedades; y como efecto de este dominio, dichas instituciones han desincentivado el uso de las lenguas nativas, de la medicina tradicional y de todas las prácticas y herencias culturales indígenas.

Con base en esta premisa, dicha pluralidad objetiva ha provocado que las familias indígenas privilegien el dominio y poder de las sociedades modernas como mecanismo de adaptación al contexto social dominante; y como resultado,

“las nuevas generaciones se encuentran en un proceso de olvido de su lengua materna, de sus prácticas y herencias culturales, así como de toda su identidad” (León- Portilla, 2018, en Mateos, 2018).

Asimismo, Simmel afirma que una de las mayores consecuencias de esta modernidad, es la preponderancia del espíritu objetivo sobre el subjetivo o de una sociedad moderna sobre una indígena; esto es:

“tanto en el lenguaje como en el derecho, tanto en las técnicas de la producción como en el arte, tanto en la ciencia como en los objetos del entorno cotidiano, está materializada una suma de espíritu cuyo acrecentamiento diario sigue el desarrollo espiritual del sujeto sólo muy incompletamente y a una distancia cada vez mayor” (Simmel, 1986, p. 259).

Todo este mundo objetivo de las sociedades modernas, se traduce, en la transgresión de la libertad individual de las comunidades indígenas para seguir reproduciendo su mundo de vida. Un claro ejemplo de esta dependencia objetiva puede ser visto en la sobrevaloración y dominio de la medicina occidental sobre la medicina tradicional indígena.

Para entender dicha brecha, se hace patente el reconocimiento del modelo biomédico hegemónico surgido a partir de la década de los 60, como el modelo que reguló el paso de una atención holística hacia la persona, a la atención individualizada y particular del cuerpo.

Al igual que otros modelos, el biomédico posee características, objetivos y funciones propias que subyacen en su filosofía, tales como: a) el biologismo; b) una concepción evolucionista, dualista (Mente/cuerpo), mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad; c) se centra en lo patológico; d) a-historicidad; e) a-sociabilidad; f) individualismo; g) exclusión de la subjetividad del individuo; h) hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo; i) eficacia pragmática; j) la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos/indirectos); k) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; l) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; m) relación médico/paciente asimétrica; n) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); ñ) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; o) el paciente como responsable de su enfermedad; p) inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente como “consumidor de acciones de salud”; q) producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico; r) dominio de actividades de prevención no estructural; s) no legitimación científica de otras prácticas; t) profesionalización formalizada; u) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas; v) tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana; w) tendencia a la escisión entre teoría y práctica médica; y x) dominio de una orientación a la acción/intervención (Menéndez, 1998).

Asimismo, el avance de la medicina corporativa ha generado otros rasgos estructurales, los cuales han adquirido un gran significado en la actualidad, entre éstos se mencionan: estructuración jerarquizada de las relaciones técnico-profesionales internas y externas a nivel de las instituciones, tendencia a la centralización y planificación, burocratización, disminución de la responsabilidad, dominio excluyente de los criterios de productividad, profundización de la división técnica del trabajo médico y paramédico, creciente subordinación de las actividades de éstos a controles técnicos y mecánicos, incremento de actitudes profesionales “no éticas” y creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación (Menéndez, 1998).

Es este proceso de institucionalización de la biomedicina, el método científico y epidemiológico se hace imprescindible para dar legitimidad a sus prácticas e ideologías, que mediante estudios de tipo cohortes, casos y controles, ensayos clínicos y estudios de caso, ha logrado aportar grandes hallazgos y desarrollos en la atención de las enfermedades. Sin embargo, en el último medio siglo, la revolución científica y paradigmática le ha planteado a la medicina occidental nuevas formas y estrategias de atención, incluyendo en esta dinámica, la práctica deshumanizada (Gómez y Palacios, 2009).

Al respecto, Menéndez (2003) afirma ...

“Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicos, sino en los signos producidos por diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no solo para la relación médico / paciente, sino para la identificación profesional del médico consigo (...) Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales de las referencias a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir la

prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos "

(En Gómez y Palacios, 2009, p.112).

Por tanto, la biomedicina se ha convertido en un sistema que reproduce una cultura centrada en la atención del signo que excluye cada vez más al síntoma y/o la forma de expresión del propio paciente sobre su sentir y experiencia de enfermedad (Gómez y Palacios, 2009). Por tanto, diversos autores como Byron J. Good (2003) muestran que el significado se crea y reproduce en la enfermedad y en la personificación "*embodiment*" y que ayudan a restituir el mundo vital del individuo que se encuentra afectado por la enfermedad.

Es por ello, que actualmente, los síndromes en la medicina occidental, son como afirma Salaverry (2010):

"precisamente la regularidad subyacente a la diversidad de manifestaciones de un proceso morboso individual, que se traducen en un conjunto de signos y síntomas que reflejan una subyacente enfermedad física o mental, pero en modo alguno fuera de ese ámbito. Mientras en el sanador tradicional la individualización de la enfermedad es lo natural y lo que debe buscarse aun cuando las características sean semejantes a las de otros casos; en la biomedicina la regularidad es lo deseable para claridad intelectual, independientemente de las características individuales que pudiéramos encontrar"
(p.123).

Es por ello que, en las escuelas de Ciencias de la Salud, suele enseñarse la relación salud/enfermedad y atención como un proceso, como *continuum* o continuo, es decir, como una línea, en la que uno de los extremos se localiza la salud perfecta, y en el otro extremo la enfermedad grave o la muerte (Moreno, 2018).

Por tanto, la educación en salud va enfocada a ofrecer tratamientos al paciente hacia el lado positivo de dicho *continuum*. Por ejemplo, Sor Callista Roy en su modelo de

adaptación refiere que, en el paso de un completo estado de bienestar a la enfermedad, el paciente dependerá de factores de adaptación, mismos que podrán ser solventados con el apoyo de los servidores de salud, como son los enfermeros o médicos (Moreno, 2018).

En este ejercicio, es importante reconocer que con el surgimiento del hospital jerarquizado (Siglo XX), las instituciones se convierten en hospitales diagnósticos centrados en el curar más que el cuidar. También los hospitales jerarquizados, se reconocen por su complejidad, y su intrincada conexión de redes internas y externas, que se traducen en normas rígidas y actividades muy reglamentadas, que hacen de la experiencia del paciente, una de las más difíciles de entender y explicar, debido a que estas personas se encuentran fuera de su contexto habitual y obligados a seguir unas pautas institucionales de las que difícilmente pueden sustraerse, por ende, se añade que el interno sufre un proceso de expropiación de derechos y relaciones (Goffman, 1988, en Moreno, 2018).

Como dice Mary Douglas (1998, en Moreno, 2018, p. 103) “el rol de enfermo” se define como ...

“aquel que puede escapar a la censura por hacer mal su trabajo, por llegar tarde, por estar de mal humor, etc., pero la comunidad, si bien es indulgente con el rol de enfermo, también le hace pagar un precio: se le excusa su conducta negligente con la condición de que acepte plenamente su rol, que coma su papilla o lo que se le prescriba como alimento para inválidos, que tome sus medicinas, que permanezca en su habitación de enfermo y que se aparte del camino de los demás”.

Toda esta reflexión sobre el dominio de las sociedades modernas, deja ver el resquicio existente en la comprensión y atención holística de los indígenas durante la atención de la salud. Sin olvidar, que éstos poseen una variedad lingüística que los aleja, aún más, de la interacción intersubjetiva con el profesional de la salud.

Sin embargo, estas diferencias no son las únicas características que crean esta brecha, se cree, que el acceso a los servicios de salud y a un ingreso *per capita* adecuado a las necesidades de cada familia, debieran ser derechos fundamentales e indispensables de amplia cobertura para tener calidad de vida e igualdad social (Navarrete, 2014). No obstante, las realidades que se observan en el contexto mexicano distan mucho de lo que conforma a un régimen incluyente y representativo a todas las “*minorías*”.

Como señala Navarrete “*la vulnerabilidad y exclusión no se agotan en su dimensión objetiva, la dimensión simbólica de la exclusión refiere al proceso de elaboración de los sentidos y significados por las propias condiciones de vida*” (2014, p. 10). Estas condiciones, por tanto, serán causa y efecto de las desigualdades que se viven entre las comunidades más pobres y marginadas del país.

Comprender las desigualdades en la atención de la salud de las comunidades indígenas, en tanto indicadores como simbólicas, requiere de un análisis más profundo y crítico que incluya conceptos más amplios como la pobreza³ y el género⁴.

Estas carencias y/o desigualdades pueden restringir altamente el acceso de la comunidad a los recursos suficientes y necesarios para tener una vida digna que incluya vivienda propia, alimentación básica, acceso a los servicios sanitarios, acceso a los servicios educativos y culturales, desarrollo de una vida familiar y social y el derecho al disfrute del ocio (Navarrete, 2014).

³ La pobreza se define a partir del “grado de bienestar alcanzado por una sociedad determinada frente a la cual un sector de la población enfrenta carencias; algunos elementos tienen mayor o menor propiedad dependiendo del enfoque” (García, 2014, p.18; cit. por Navarrete, 2014).

⁴ Dentro de los marcos analíticos para los estudios de la pobreza se hace indispensable el enfoque de género, tal y como señala Tepichin (2016, cit. por Orozco, 2017), esta perspectiva permite comprender ampliamente las características del desarrollo social y económico entre mujeres y hombres. Sobre todo, se hace hincapié en las dimensiones que generan desigualdades, y cómo estas se relacionan con la producción y reproducción de la pobreza.

Dentro del concepto de pobreza no se puede obviar la definición de vulnerabilidad social, la cual esboza dos premisas importantes: la primera hace referencia a los individuos o grupos, en relación a características de fragilidad, indefensión e incertidumbre; en tanto que la segunda premisa se enfoca en las situaciones de riesgo de las poblaciones (según Moreno, 2008, en Navarrete, 2014). Al hacer referencia al concepto de vulnerabilidad y desigualdad social como grupo, se puede reconocer que las características que presentan los indígenas, socialmente, se pueden manifestar en términos de fragilidad, indefensión y riesgo; este último término, es más puntual al señalar a la vulnerabilidad como una causa detonante de daños directa e indirectamente hacia el grupo que adolece de dicha condición.

En general, el estudio de la pobreza a través del género, permite conocer los efectos de la división sexual interna de trabajo, las formas de organización y dinámicas que se reproducen en el interior de los hogares, así como las transformaciones en el cuidado de la salud entre todos los miembros de las familias y comunidades pobres y marginadas.

Al respecto, se concluye que la atención a la población culturalmente diversa, como lo son las comunidades indígenas, requieren de la participación activa de todas las partes implicadas, la adecuación de las intervenciones, la formación continuada de los profesionales en competencia intercultural, social, económica, política y demográfica para la incorporación de todas las instancias terapéuticas y el conocimiento y respeto hacia el sentido común, valores, creencias y autonomía del "otro" (Rodríguez, 2015)

Antecedentes sociodemográficos

San Bartolomé Quialana pertenece al Distrito de Tlacolula de Matamoros, y se localiza en los valles centrales a 39 kilómetros de la Ciudad de Oaxaca (Zavala, 2019). Según datos de la encuesta inter censal (INEGI, 2015), Quialana contempla una población que asciende a 2476 habitantes (0.06% de la población total del Estado). De la población total, 54.3% vive

en pobreza alimentaria; 80.1% vive en pobreza patrimonial y 91% no tiene derecho a servicios de salud, por ende, San Bartolomé se encuentra entre los municipios con alto grado de marginación (CONEVAL, en Zavala, 2019).

En Quialana, la temperatura ambiental oscila entre un rango de 14 a 20°C, con un nivel de precipitación entre 600 y 800mm. En general, el clima se registra como semiseco semicálido (59.97%), templado subhúmedo con lluvias en primavera (24.15%) y semicálido subhúmedo con lluvias en verano (15.88%) (INEGI, 2015).

Por su localización geográfica muy cercana a la Ciudad de Oaxaca y al municipio de Tlacolula, la principal vía de acceso a la comunidad, es de tipo terrestre (carretera de asfalto 90% y terracería 10%). Este acceso se hace a través de taxis colectivos y camionetas de servicios, los cuales salen todos los días desde Tlacolula a Quialana y viceversa. El costo de la unidad de transporte es de seis pesos con cincuenta centavos. El tiempo aproximado de viaje es de 10 a 15 minutos.

Cabe mencionar que, en una primera aproximación e interpretación de los datos estadísticos y teóricos, los cuales emanaron de la literatura, se tomó la decisión de realizar una visita a la comunidad; se reconoce que, en este primer acercamiento al fenómeno de estudio, se logró ampliar la mirada teórica y de apreciación hacia otras categorías de análisis

En términos más específicos, Quialana significa en zapoteco "piedra negra" *quia* "piedra" y *lana* "negra". El significado compuesto de "*piedra ahumada o tiznada*", denota el símbolo representado por el cerro del picacho o también llamado "*Yuubldan*", en zapoteco, el cual se ubica dentro de la comunidad (Pérez, 2019).

Con relación a aspectos más culturales, las mujeres quialanenses portan un traje típico que consiste en una blusa de tres cuartos, a base de encaje, con vibrantes colores, adornos blancos y abertura trasera que se unirá por medio de dos lazos; uno en la parte superior y otro

en la parte inferior de la misma. La falda larga que usan las mujeres, llega hasta los tobillos, es cuadriculada, de corte recto, sin alforjas; y sobre la misma se colocará un delantal o mandil. Finalmente, el calzado aceptado por la población, consta de unos zapatos bajos tipo “huaraches”.

El cabello, también es parte de la vestimenta e identidad de la mujer quialanense, en este sentido, éste suele ir cubierto por una pañoleta floreada y multicolorida; se hace hincapié, que esta pañoleta dista mucho de un atuendo típico y tradicional de las comunidades indígenas. De hecho, la primera impresión que se tiene, es que esta indumentaria posee alguna influencia de tipo internacional. Al indagar sobre esta paradoja entre lo moderno y lo tradicional, nuestra informante Reyna Martínez precisaba que dicha pañoleta se comenzó a usar a partir de los años 70's, al mismo tiempo, ella admitió no conocer el origen y procedencia de ese producto, sin embargo, recordó que previo a este acontecimiento, las mujeres usaban un rebozo negro de puntos.

Complementando la información anterior, se preguntó a la informante, sobre el significado del uso de esta pañoleta que cubre el cabello, a lo que Reyna Martínez respondió que, desde pequeña ella se hacía la misma pregunta, pero la única respuesta que hallaba, era que este atuendo se colocaba como signo de respeto hacia misma y para con los demás; sobre todo y específicamente, en las mujeres casadas o con hijos, quienes indiscutiblemente debían portar dicho pañuelo. No obstante, como señalaba Reyna Martínez, los tiempos han cambiado y la pañoleta ya no es obligatoria y de exclusividad para este sector de mujeres, por lo que ahora ya puede ser usada por niñas, adolescentes y mujeres que así lo deseen. Empero ella afirmaba que la pañoleta es parte de su cotidianidad, *“de hecho ya es una costumbre portarla”* _ decía_. Incluso Reyna enfatizó, en que la ausencia de esta pañoleta la hace

sentirse incompleta e incómoda, porque precisamente ya es parte de su identidad como quialanense.

Por el contrario, se observó que el hombre no viste de alguna forma particular. Sin embargo, Reyna relataba, que anteriormente ellos usaban un sombrero como atuendo típico, el cual ya no se usa, a excepción de los hombres que trabajan en el campo.

Con relación a la infraestructura, el diagnóstico realizado por Pérez (2019) señala que actualmente existe un total de 800 viviendas, y de éstas, 789 están construidas de material, además que el 83.7% (670) de las viviendas se encuentran conectadas al sistema público de drenaje, en tanto que el 100% tiene abasto de agua intradomiciliaria.

Basados en estadísticas y observación participante, se prevé que los servicios básicos se encuentran disponibles y de fácil acceso para todos los pobladores; incluyendo la pavimentación de las calles y la conexión inalámbrica a la red de internet, misma que fue instalada desde el año 2015, según reportes de la Regidora de Salud Alma Argelia Sánchez Hernández (2019), quien añade a su descripción, que este último servicio ha facilitado muchos de los trámites, así como el acceso a la información virtual y el desarrollo general de la comunidad.

En una interacción e interpretación más amplia con estas premisas estadísticas, se recorre la comunidad, y se puede corroborar que la mayoría de las casas están construidas de material y no se observan habitaciones que denoten un alto grado de pobreza y marginación, tal y como apunta la literatura. Por el contrario, también existe la presencia de construcciones con gran diseño arquitectónico y de gran magnitud; esto naturalmente crea en el visitante un grado de inverosimilitud con los datos demográficos proporcionados por el Consejo Nacional de Población.

No obstante, al explorar más esta contrariedad, la Regidora de Salud relata que este efecto es devenido por la alta prevalencia del fenómeno migratorio, el cual representa más estadísticamente a la comunidad masculina. Como resultado de esto, ella afirma que el 80% de la población son mujeres y el 20% corresponde a la población masculina, quienes al terminar el nivel básico de secundaria prefieren emigrar a otras ciudades o países como Estados Unidos principalmente; y son ellos, los que mandan los recursos económicos para la construcción de las casas bajo un modelo arquitectónico norteamericano.

En su relato, Alma Hernández comentaba que también este fenómeno migratorio transformó la cotidianidad de las mujeres de Quialana, quienes se vieron en la necesidad de insertarse al mundo laboral a través de la elaboración y comercio de su ropa típica en los distintos mercados y eventos organizados en comunidades aledañas a la Ciudad de Oaxaca. Dentro de esta actividad artesanal, otro sector de las mujeres produce bolsas, petates y sopladores de palma, así como unas muñecas denominadas “*quialanitas*”, que en su proceso de elaboración le lleva a las artesanas dos semanas aproximadamente; y tanto ha sido el valor de estas muñequitas que actualmente ya se han exportado a otros países.

Aunado a este gremio artesanal, también existe otro sector de mujeres que se dedican a la cosecha y comercio de los productos del campo. Así mismo, se halla una proporción de mujeres que se dedican a la elaboración y venta de la bebida artesanal oaxaqueña denominada “*téjate*”, así como a la venta de comida preparada en el interior del mercado local, el cual fue construido en el año 2014 (según informantes de la comunidad); en menor cantidad, y atendiendo a la actividad productiva, algunas profesionistas quialanenses trabajan fuera de la comunidad, y otras más, se encuentran en la arena política ejerciendo como funcionarias públicas en el interior del municipio. En general, todas las mujeres que son madres también son amas de casa.

A la inversa, los hombres, quienes corresponden al 20% de la población se dedican principalmente a la agricultura, otros más, están inmersos en la construcción de casas, así como en la conducción de transportes colectivos que van desde Tlacolula a Quialana; o de mototaxis que funcionan dentro de la comunidad. Finalmente, en menor cantidad, un último sector se encuentra fungiendo como autoridades municipales o estudiando.

Con base en los resultados del diagnóstico de salud, la población cuenta con dos escuelas de nivel preescolar, dos de nivel primaria y una a nivel secundaria. No obstante, de la población de doce años y más (n=1992, 81.8%); 9.22% (n=225) son analfabetas; 17.65% (n=430) cuentan con primaria incompleta; 1.6% (n=40) secundaria incompleta y sólo el 0.49% (n=12) cuenta con estudios de licenciatura (Pérez, 2019).

Con base en esta información, se observa que la comunidad sólo cuenta con el sistema básico de educación, en consecuencia, los jóvenes quienes deseen continuar con sus estudios deberán trasladarse al municipio de Tlacolula. Al respecto, Reyna asociaba este elemento como causa suficiente para la deserción escolar de los jóvenes quialanenses, sin embargo, ella considera otros factores como: la escases de recursos económicos y la violencia intrafamiliar. Este último factor se traduce en una constante discusión entre los padres de familia, teniendo como eje central de la misma, aspectos relacionados a la manutención académica de los hijos. En este sentido, Reyna añadía que la discusión comúnmente se hace frente a los hijos, y esto a su vez determina la decisión de ellos para no continuar estudiando e insertarse inmediatamente al medio laboral, ya sea en su propio entorno o mediante procesos migratorios, y de esta forma ellos contribuyen en la economía familiar.

Sobra decir que en San Bartolomé Quialana, toda la población se considera y clasifica como indígena y se comunican entre ellos por medio del idioma zapoteco; conjuntamente los pobladores quialanenses también hablan el español como segunda lengua. Desde la

dimensión lingüística, los habitantes de Quialana consideran que el idioma zapoteco les da sentido a su vida, porque les permite expresar realmente lo que sienten, además que les da un alto sentido de pertenencia a su comunidad.

Dentro de este estudio socioeconómico y demográfico, cobra relevancia la información relacionada al estado de salud. Desde esta perspectiva, en cuanto a morbilidad se refiere, entre las principales diez causas de enfermedad, cinco corresponden a enfermedades transmisibles. Estos datos no divergen de las estadísticas otorgadas por ENSANUT 2012, quienes confirman la alta prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles, como el caso de las enfermedades respiratorias. En tanto, cinco enfermedades son producidas por enfermedades no transmisibles, tal es el caso de la diabetes mellitus tipo II y la desnutrición (Pérez, 2012).

En este contexto, la comunidad cuenta con una Unidad Médica Rural del Programa IMSS Prospera correspondiente al primer nivel de atención o de tipo preventivo que atiende servicios como: consulta general, vacunación, odontología preventiva, detección y control de enfermedades crónico-degenerativas, curaciones, intervenciones educativas enfocadas a la atención ginecológica, salud reproductiva, salud del menor de cinco años y centro de atención rural al adolescente (CARA) (Pérez, 2019).

Con la visita desarrollada a dicha unidad médica, se confirmó la escasa demanda de los pobladores hacia dichos servicios, profundizando un poco más en este hecho observado, se preguntó a la regidora de salud sobre esta disyuntiva, quien amablemente explicó que las personas de la comunidad sólo acuden a dichos servicios cuando realmente se sienten muy enfermos; y basada en sus experiencias, percepciones y conocimientos, la regidora añadió que los quialanenses le restan importancia a temas enfocados al cuidado de su salud, ellos *_comentaba Alma Hernández_ “prefieren ir a vender sus productos, atender a sus hijos e ir*

a trabajar antes que ir al médico; ellos no son conscientes de la importancia de la salud y sólo a través de prospera es que los obligamos a ir a los servicios” (2019). Además, la regidora también añade durante la entrevista, que sólo existen dos curanderas en el pueblo, las cuales tienen un alto grado de confiabilidad entre los habitantes.

Alma Hernández (2019) continúa diciendo, que la principal demanda de los servicios de salud se relaciona con el control prenatal y la atención del parto; y debido a que la comunidad ya no cuenta con ninguna partera, las mujeres y/o familias se dejan guiar por la información brindada en la unidad médica. No obstante, uno de los datos rescatados durante la entrevista, se relaciona con la subversión de la sexualidad entre las mujeres embarazadas; esto suele ser una expresión que contempla muchos significados, ya que la regidora Alma señalaba que las mujeres cuando resultan embarazadas, tienden a ocultarlo física y verbalmente, e incluso, acuden al centro de salud tratando de no ser vistas por el resto de la comunidad. Al preguntar sobre dicho simbolismo, la regidora comentaba que desconoce los motivos que tienen las mujeres para ocultar dicha situación.

Continuando con el texto, los datos de no uso de los servicios de salud concuerdan con los proporcionados por algunas mujeres quialanenses, quienes manifestaron su preferencia a tratar las dolencias mediante el uso de hierbas, antes que acudir con el médico; entre las principales hierbas consumidas destaca el sobador, la manzanilla, la hierba buena, el epazote, el mentol, el romero, entre otras. Al indagar sobre este rechazo hacia la medicina alópata, ellas aseguraban que el médico lejos de tratarle su dolencia, sólo les retiraba los alimentos que conformaban su *habitat*, los cuales han consumido desde siempre, y que nunca escucharon decir entre sus antepasados, sobre algunos malestares derivados del consumo de dichos productos.

Asimismo, los datos proporcionados en el diagnóstico de salud 2019, muestran que las mujeres quialanenses inician su vida sexual activa a los 15 años de edad. Estos datos son coherentes con la información ofrecida por Reyna Martínez, quien aseguraba que el promedio de hijos por cada mujer quialanense corresponde a cuatro niños, por ende, la unidad médica promociona a gran escala, la obstrucción tubárica bilateral (OTB) entre toda su población, independientemente que el conglomerado femenino se concentre entre edades de 20 a 45 años; todo esto devenido por las preconcepciones y construcciones de conocimiento entre los profesionales de la salud, con respecto al control y disminución en las tasas de natalidad.

Complementando la información anterior, la Regidora de Salud asociando esta idea a las experiencias previas en materia de educación sexual entre mujeres y hombres, señalaba que el tema de sexualidad aún conforma un tabú para la sociedad quialanense, específicamente entre la población femenina. Alma reconocía que cuando se acude a dar pláticas a los puntos de reunión y/o escuelas, los pobladores se intimidan con dichos temas. En su narración, también ella explicaba que los padres nunca hablan con los hijos sobre estos tópicos, y esta es la principal razón, por la que ellos, como autoridades de salud han implementado campañas masivas entre los habitantes, teniendo como núcleo del discurso la infusión del miedo, es decir, se hace más énfasis sobre imágenes que muestren efectos colaterales de las enfermedades. Estas acciones han producido un fenómeno de revalorización de la mujer hacia la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, porque la regidora comentaba que, durante el retorno migratorio del esposo, las mujeres actúan llevándolo inmediatamente al médico, para que este profesional realice todos los estudios pertinentes a descartar cualquier enfermedad que el esposo pudiese haber adquirido en el país vecino.

Continuando con temas de sexualidad, Alma Hernández quién también es enfermera, advertía que los profesionales de salud de San Bartolomé, incluida ella, desconocen los motivos de rechazo de las mujeres para aceptar los métodos anticonceptivos de barrera, como el condón. Ella reconoce que en los habitantes de Quialana existe incomodidad respecto a temas de sexualidad, sin embargo, ella opinaba que la promoción y educación para la salud infundida en la comunidad hasta la fecha actual, ya debería haber subvertido estas ideas.

Cabe mencionar que, con respecto a las enfermedades transmisibles, tanto Reyna Martínez como Alma Hernández asocian la presencia de enfermedades diarreicas, respiratorias y vaginales con una deficiente higiene. Ambas indicaban, que es verdad que la población no realiza el baño diario, sin embargo, la escases del líquido vital no puede ser el pretexto, porque el agua deviene de un manantial que desciende de la montaña, por tanto, siempre se cuenta con este servicio.

Desde esta perspectiva, Alma Hernández considera que la higiene para los quialanenses no es importante, porque ellas (puntualizando el género) prefieren dedicar más tiempo a sus actividades de producción que a este tipo de tareas, las cuales disminuyen sus tiempos programados, por ende, también señalaba, que las enfermedades diarreicas se producen porque las mujeres no hierben el agua, y prefieren tomarla directamente del manantial, por el motivo previamente señalado.

Con respecto a la población adolescente, conviene señalar, que éstos a edades muy tempranas se insertan en el mundo laboral impulsados esencialmente por factores económicos. Este cambio de roles entre los adolescentes de la comunidad, tiene una fuerte interacción con el inicio prematuro de la vida sexual activa, por consiguiente, de la fecundidad. Uno de los elementos que se rescatan de la entrevista realizada a Reyna Martínez, va relacionado con el tema de adicción, en este entendido, ella resumía que hasta hace cinco

años la comunidad no conocía la presencia de las drogas, no obstante, la migración interna con fines educativos, cultivó la adquisición de ciertas prácticas adictivas entre este sector. En su narración explicativa, Reyna recordaba que en las primeras experiencias los pobladores no sabían cómo actuar frente al joven, y sólo se escuchaban comentarios como: “*que el muchacho estaba muy agresivo*”, “*que no dormía durante las noches*”, “*que se ponía loco*”, “*que no se estaba quieto*”, “*que se reían solos*”.

En relación a la población infantil, se tiene el registro de 234 (9.6%) niños menores de cinco años. Así mismo, se observa que el diagnóstico de salud consensa 620 consultas; 1115 valoraciones del estado nutricional y 10 niños identificados con algún grado de desnutrición (Pérez, 2019). Con la observación participante, se pudo constatar que una parte de la población infantil participa de las actividades productivas de las madres, es decir, muchos de ellos asisten con las madres de familia a vender sus productos. Finalmente, añadir en este apartado que, durante el tiempo de observación en la comunidad, no se identificaron niños con características para el diagnóstico de desnutrición, en contraposición el “*ojo clínico*” mostraba niños con perfiles físicos de salud acorde a su edad y condición.

En relación a la población adulta y su asociación con la prevalencia de diabetes mellitus, las estadísticas establecen que 72 adultos la presentan [44 mujeres (61%) y 28 hombres (39%)], sin embargo, sólo 20 personas de ellos mantienen un control glicémico adecuado. En tanto, 53 adultos (n=40 75% mujeres y n=13 25% hombres) se registraron con hipertensión arterial (Pérez, 2019).

Conviene agregar que, entre la población adulta masculina, existe una elevada incidencia y prevalencia de alcoholismo, tal y como señalaba Reyna Martínez, los hombres prefieren reunirse con algunos amigos para compartir algunos tragos y problemas relacionados con la escases de recursos económicos.

Con relación a programas de índole social, la Instancia Municipal de la Mujer Quialanense se instauró en la última administración (2017-2019) debido a la alta presencia de mujeres que cohabitan en la comunidad; así como derivada de algunas demandas sobre actos violentos. En general, la representante de esta instancia expresaba que, entre los casos notificados de violencia, la falta de oportunidades y recursos para mantener el hogar se despuntaban como las principales causas. Todo esto sumado a los nuevos roles de los hombres, los cuales abarcan un ingreso inferior al de las mujeres, debido a que el precio artesanal por una blusa típica corresponde a quinientos pesos, que equivaldría al sueldo que adquiere el hombre en dos jornadas laborales en el campo.

Al respecto, la C. Reyna Martínez añadía que solo tienen notificados casos de violencia psicológica y física. En síntesis, Reyna consideraba que se ha dado la confianza y legitimidad necesaria para que las mujeres puedan hacer sus denuncias; y a partir de éstas, el seguimiento de los casos se inicia citando a los actores implicados, haciéndoles una llamada de atención por parte de la autoridad, por consiguiente, los hombres deciden no incidir en actos violentos, porque para la comunidad, la voz de la autoridad tiene una gran legitimidad.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales, en relación con los conceptos de salud/enfermedad, que construyen tanto los profesionales de salud como los usuarios del servicio médico público de la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana Oaxaca? y a partir de ello, ¿Cómo dichas representaciones presentan divergencias y convergencias culturales que distancian y/o acercan el diálogo intercultural en la atención de la salud?

Hipótesis de investigación

El diálogo intercultural que tienen los usuarios del servicio y los profesionales de la salud en la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana, Oaxaca, se ve determinado por las

propias dimensiones de la representación social (información, campo de representación y la actitud), así como por sus dinámicas (objetivación y anclaje).

Objetivos

General: Analizar las representaciones sociales sobre salud/enfermedad de los prestadores de servicios de salud y de los usuarios de la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana Oaxaca para identificar las divergencias y convergencias que propicien el dialogo intercultural entre dichos actores, a través de los discursos y vivencia de los propios sujetos y de la observación de sus prácticas en salud.

específicos:

- Identificar los componentes socio-históricos, discursivos y afectivos de las representaciones sociales de salud/enfermedad producidos por los prestadores del servicio de salud y usuarios indígenas del servicio.
- Analizar e interpretar los sentidos comunes que median el proceso de interrelación e intersubjetividad entre profesionales de la salud y pobladores quialanenses en favor del estado de salud de la población.
- Identificar los modelos biomédicos y las políticas públicas de salud que construyen y transforman las representaciones sociales sobre salud/enfermedad entre los profesionales de la salud.
- Describir la cosmovisión y cosmogonía sobre salud-enfermedad en la comunidad indígena de Quialana.
- Realizar un recorrido y acercamiento teórico y metodológico de la epistemología de las representaciones sociales.

- Realizar un planteamiento y acercamiento epistemológico al dialogo intercultural entre la medicina occidental y la medicina tradicional indígena.
- Analizar e interpretar las convergencias y divergencias, así como los posibles conflictos culturales derivados de las diversas representaciones sociales sobre salud/enfermedad de los prestadores de servicios de salud y los usuarios del servicio, en la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana

Marco teórico-conceptual

La teoría de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici, surge en el campo de la psicología social. Empero, Moscovici para la creación de dicho marco teórico se ve fuertemente influenciado por el concepto de “*representaciones colectivas*” desarrollado por Emile Durkheim, quién consideraba que dichas representaciones condensan la forma de pensamiento que impera en una sociedad y que irradia a todos sus integrantes, en este sentido, el individuo se constituye en persona mediante la incorporación de este pensamiento colectivo constituido por normas, valores, creencias y mitos (Piña, 2004).

En general, el concepto de representaciones sociales apunta a la expresión del sentido común como un tipo de conocimiento que se adquiere en la vida cotidiana, el cual no desaparece en la sociedad moderna, sino que adquiere un nuevo matiz y que circula a través de distintos canales de la comunicación (Piña, 2004).

Al respecto, las representaciones sociales sobre salud/enfermedad tanto de los profesionales de la salud como de los usuarios de dicho servicio, sólo serán descifrados y analizados en un contexto delimitado, como es la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana, tal y como lo sugiere Jodelet (1986, en Piña, 2004). Por consiguiente, el análisis de estas representaciones sociales servirá para identificar los posibles encuentros, desencuentros, acercamientos y distanciamientos en relación al sentido común que se

entreteje en los sujetos que representan tanto a un sector de prestadores de servicios de salud, como a un sector constituido por usuarios indígenas de dicha comunidad.

Como afirma Banchs (1986) las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico; y que sólo a través de las ideas expresadas en la comunicación se puede llegar a una comprensión y dominio del ambiente social, material e ideal de las mismas. Por consiguiente, las representaciones sociales de ambos agentes con relación al significado subjetivado y objetivado sobre salud/enfermedad, denotará la presencia o ausencia de conflictos culturales entre ambos sujetos de derechos.

Por tanto, Moscovici señala que *“para comprender las representaciones sociales, debemos enfocarnos en ellas mismas y por ellas mismas, como realidades autónomas y no como subrealidades o epifenómenos de la conducta”* (1979, pp. 13-14, en Banchs, 1986).

Con base en este postulado, la presente investigación analizará tanto las percepciones, los estereotipos, los imaginarios, las actitudes y las opiniones producidas por cada uno de los sujetos como entes individuales, así como el contexto, el cual engloba aspectos históricos, sociales, políticos, económicos, de comunicación, cuadros de aprehensión cultural, códigos, valores e ideologías en los que se ha producido y/o estimulado, percibido, conceptualizado y representado dicho conocimiento de sentido común en ambos agentes sociales (Banchs, 1986).

Cabe mencionar, que las representaciones sociales como una forma de conocimiento, se conforman por un contenido y un proceso. Como proceso, se refiere a la forma y medio por el cual se adquiere y comunica el conocimiento, en tanto, como contenido se refiere a una forma particular de conocimiento que es el sentido común (Moscovici, en Banchs, 1986).

Al hablar específicamente de representaciones sociales (RS) como contenido, se tiene que hacer explícito las dimensiones que abarcan las RS, las cuales comprenden: a) la actitud,

b) la información y c) el campo de representación de la salud/enfermedad tanto de los profesionales de la salud, como de los usuarios indígenas quialanenses. Con relación a la actitud sólo se hablará de una orientación positiva o negativa, en este sentido, el análisis de la actitud permitirá observar las distancias y aproximaciones existentes para el diálogo intercultural entre ambas culturas (Moscovici, en Banchs, 1986).

Con relación a la segunda dimensión que habla de la información, en ésta puede haber la cantidad y calidad de la organización de conocimientos, por consiguiente, la preferencia y conocimiento de la medicina tradicional indígena es tan válida como la medicina occidental, por tanto, reconocer y aceptar la diferencia y alteridad entre ambos agentes permitirá establecer relaciones de interculturalidad.

Finalmente, en la tercera dimensión que abarca el campo de representación, éste alude *“al contenido concreto y limitado de las proposiciones respecto a un aspecto preciso del objeto de la representación y a la forma bajo la cual este contenido se estructura”* (Moscovici, en Banchs, 1986).

En el estudio de la teoría de las representaciones sociales, se dice que existen factores que contribuyen en la formación de una representación: los que afectan su organización intelectual y los que se refieren a su determinación social. Dentro de los primeros, se localizan tres factores: 1) la dispersión de la información; 2) la presión de la inferencia, que no es otra cosa que la relevancia que adquiere un nuevo objeto o situación dentro de ambos grupos sociales, lo cual les exige a los miembros adquirir el conocimiento de ese objeto y; 3) el grado de focalización, que se refiere al grado de implicación o de interés que tiene un objeto dentro de cada grupo social (Banchs, 1986).

Dentro de los segundos, que corresponde a los factores que hablan de la determinación social de una representación, se reconocen sólo dos: 1) la determinación social

central, que se refiere a la influencia de las condiciones socio-económicas e históricas de la comunidad sobre la representación y; 2) la determinación social lateral, que habla sobre el colectivo particular y el individuo singular como condicionantes de esa representación (Banchs, 1986).

Finalmente, las representaciones pasan por dos procesos: la objetivación y el anclaje. La objetivación, dice Banchs (1986) es la conversión de un ente abstracto en un ente concreto, es decir, plasmar en una figura tangible algo intangible. Para llegar a ese proceso de objetivación se requiere superar tres fases: 1) selección y descontextualización de los elementos, estos últimos son extraídos del contexto original acorde a la importancia que los sujetos le asignan; 2) formación del núcleo formativo, de la información previamente ya seleccionada se adquiere un carácter estructurador alrededor del cual se organiza todo el contenido de la representación y; 3) naturalización, corresponde a la transformación, reestructuración y apropiación de la información.

Finalmente, el proceso de anclaje va de la mano del proceso de objetivación, y este último proceso de la representación hace referencia *“a la atribución de significados que se corresponden con las figuras del núcleo de la representación. Estos significados cumplen una función: nos permiten utilizar la representación como sistema interpretativo que guía nuestra conducta”* (Banchs, 1986).

En conclusión, como señala Mora (2002) *“se olvida que, así como el conocimiento científico es incorporado al lenguaje de la vida cotidiana constituyendo una auténtica red de opiniones, válida para la convivencia social, el conocimiento popular de sentido común aporta –a la larga, quizá- los sustentos que la ciencia requiere para ser ideada”* (p.145).

Corpus de investigación

El trabajo de campo para esta investigación se desarrollará en la Comunidad de San Bartolomé Quialana, ubicado en el Municipio de Tlacolula de Matamoros en el Estado de Oaxaca.

La elección de la comunidad de San Bartolomé Quialana, se eligió por diversas razones, entre ellas se localizan las siguientes: 1) la comunidad se encuentra ubicada muy cerca de la Ciudad de Oaxaca, a tan solo una hora; 2) la población independiente de su cercanía a la Ciudad, se encuentra clasificada como una de las poblaciones más marginadas, según fuentes de la última encuesta de INEGI; 3) todos los pobladores de la comunidad conservan y dominan el idioma zapoteco, por tanto, es una comunidad bilingüe, pero en el interior de la comunidad, el lenguaje de comunicación siempre es el zapoteco; 4) es una comunidad que conserva, en su mayoría, el uso de la vestimenta tradicional; 5) la comunidad ha sido fuertemente marcada por el fenómeno de la migración, principalmente devenido de la población masculina, por ende, es una población que cuenta mayoritariamente con una alta prevalencia femenina.

Desde esta perspectiva, se puede observar que la comunidad de San Bartolomé Quialana, ha transitado por procesos de reestructuración transnacional, de género, de dominio político, de hibridación cultural, de control y régimen económico local. Todo ello, derivado de los procesos migratorios, la formación académica de sus habitantes, la inserción de la mujer al ámbito laboral, la participación política de las mujeres, la manutención femenina del hogar y de la familia. En este sentido, se considera de gran trascendencia estudiar los nuevos regímenes y representaciones de salud y enfermedad en dicha población, a partir de todas estas transformaciones e hibridaciones culturales.

Por otro lado, la comunidad cuenta con un centro de salud comunitario que es atendido por personal de salud, sin embargo, como ya se mencionó, dicho centro comunitario solo atiende casos de control de embarazo y atención del niño sano, así como la prevención de complicaciones de enfermedades en población adulta. No obstante, el parto y otros casos de urgencias, se envían al Hospital Rural de Oportunidades del IMSS, en Tlacolula de Matamoros, el cual se ubica a quince minutos de la comunidad.

En este tenor, es necesario como parte del estudio, poder observar y analizar las interacciones entre usuarios zapotecas y profesionales de la salud en ambos centros sanitarios. Desde esta perspectiva, San Bartolomé es un lugar estratégico para el análisis y desarrollo de los objetivos de esta investigación, en donde convergen ambos agentes, ambas representaciones, una ecología de saberes, diversidad cultural, de praxis, de posicionamientos ideológicos y políticos, así como de estatus social y económico.

A continuación, se esquematiza los criterios para la selección de los sujetos participantes en el estudio.

Tabla 1: corpus de investigación

USUARIOS INDÍGENAS DE SAN BARTOLOMÉ QUIALANA	PROFESIONALES DE LA SALUD (ENFERMEROS Y MÉDICOS ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD COMUNITARIA)
<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios indígenas de los servicios de salud comunitaria. • Usuarios indígenas de los servicios de medicina tradicional. • Usuarios indígenas de los servicios privados de atención médica. • Usuarios indígenas de otro tipo de servicio y atención de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeros sin distinción de género ni edad • Médicos sin distinción de género ni edad • Enfermeros auxiliares, generales y con grado de licenciatura que trabajen en Instituciones de primer y segundo nivel. • Profesionales de la salud que hayan atendido a usuarios indígenas zapotecas. • Profesionales de la salud jubilados, pero con amplio conocimiento y contacto con la población indígena zapoteca.

Definición conceptual de las categorías analíticas

Tabla 2: Preguntas metodológicas y categorías principales

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	PREGUNTAS METODOLÓGICAS	CATEGORÍAS PRINCIPALES
<p>¿Cuáles son las representaciones sociales en relación con los conceptos de salud/enfermedad, que construyen tanto los profesionales de la salud como los usuarios del servicio público médico de la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana?</p>	<p>¿Cuáles son las características de las personas que generan esas representaciones sociales?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datos sociodemográficos (sexo, edad, lugar de nacimiento, Edo. civil, nivel de estudios, ocupación). • Usuarios indígenas de los servicios de salud. • Profesionales de la salud (enfermeros/as y médicas/cos)
	<p>¿Cuál es el origen y significado de las RS sobre salud y enfermedad en profesionales de la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se originó la RS sobre enfermedad en los profesionales de la salud? • ¿Cuándo empezó a surgir dicha RS? • ¿Cuál es la RS que se tiene sobre la enfermedad? 	<ul style="list-style-type: none"> • RS sobre enfermedad • RS sobre salud
	<p>¿Cuál es el origen y significado de las RS sobre salud y enfermedad en usuarios indígenas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se originó la RS sobre salud en los usuarios indígenas? • ¿Cuándo empezó a surgir dicha RS? • ¿Cuál es la RS que se tiene sobre la salud? 	<ul style="list-style-type: none"> • RS sobre enfermedad • RS sobre salud
	<p>¿Cuáles han sido las experiencias subjetivas en relación con la salud/enfermedad en profesionales de la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles han sido las experiencias más significativas en la conformación de la RS de salud y enfermedad? 	<ul style="list-style-type: none"> • RS sobre enfermedad basada en experiencias significativas e intersubjetivas • RS sobre salud basada en experiencias significativas e intersubjetivas

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo vivieron esas experiencias de salud enfermedad?
<p>¿Cuáles han sido las experiencias subjetivas en relación con la salud/enfermedad en usuarios indígenas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles han sido las experiencias más significativas en la conformación de la RS de salud y enfermedad? • ¿Cómo vivieron esas experiencias de salud enfermedad? 	<ul style="list-style-type: none"> • RS sobre enfermedad basada en experiencias significativas e intersubjetivas • RS sobre salud basada en experiencias significativas e intersubjetivas
<p>¿Han existido modificaciones en la RS de salud/enfermedad desde su origen hasta la actualidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de modificaciones se han producido? • ¿Por qué se modificaron o reivindicaron las RS sobre salud y enfermedad? • ¿Cuáles fueron los elementos de modificación o transición? 	<ul style="list-style-type: none"> • Origen, evolución y transformación de las RS • Elementos de transformación o reivindicación de las RS • RS actuales de salud y enfermedad

Tabla 3: categorías metodológicas y analíticas

CATEGORÍAS METODOLÓGICAS	CATEGORÍAS ANALÍTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • RS de enfermedad *estereotipos, imaginarios, actitudes, percepciones, opiniones. • Condiciones de producción de la RS de enfermedad *características sociodemográficas de las personas y sus RS. • Orígenes de la RS de enfermedad *Antecedente de enfermedad, evolución de la enfermedad, dinámicas para el manejo de la enfermedad, 	<p>RS sobre enfermedad (asociadas a los profesionales de la salud)</p> <p>RS sobre salud (asociadas a los profesionales de la salud)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos biomédicos sobre enfermedad • Procesos somáticos • Emociones y espiritualidad • Aspectos culturales • Hábitos

<p>orígenes de la producción de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subjetividades de las RS de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> *experiencias significativas con relación a la enfermedad, vivencias de la enfermedad, dinámicas y formas de actuación para el manejo de la enfermedad, emociones percibidas con relación a la enfermedad, principales actores implicados en la experiencia de enfermedad. • Modificaciones de la RS de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> *RS de enfermedad en la actualidad, principales modificaciones de la RS de enfermedad desde su origen hasta la actualidad, motivos de las transformaciones o reivindicaciones de las RS de enfermedad, actitudes frente a la enfermedad, habilidades para el manejo de la enfermedad, acciones para evitar la enfermedad, principales temores con relación a la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades sociales
<ul style="list-style-type: none"> • RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *estereotipos, imaginarios, actitudes, percepciones, opiniones. • Condiciones de producción de la RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *características sociodemográficas de las personas y sus RS. • Orígenes de la RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *estrategias para mantener la salud desde sus ancestros hasta la actualidad, elementos condicionantes de la salud. • Subjetividades de las RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *experiencias significativas con relación a la salud, emociones percibidas con relación a la salud y el cuerpo, principales motivos que hacían de la salud una forma de vida. • Modificaciones de la RS de salud <ul style="list-style-type: none"> * RS de salud en la actualidad, principales modificaciones de la RS de salud desde su origen hasta la actualidad, motivos de las transformaciones o reivindicaciones de las RS de salud, actitudes frente a la salud, habilidades para el mantener la salud 	
<ul style="list-style-type: none"> • RS de enfermedad 	

<p>*estereotipos, imaginarios, actitudes, percepciones, opiniones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de producción de la RS de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> *características sociodemográficas de las personas y sus RS. • Orígenes de la RS de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> *Antecedente de enfermedad, evolución de la enfermedad, dinámicas para el manejo de la enfermedad, orígenes de la producción de la enfermedad. • Subjetividades de las RS de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> *experiencias significativas con relación a la enfermedad, vivencias de la enfermedad, dinámicas y formas de actuación para el manejo de la enfermedad, emociones percibidas con relación a la enfermedad, principales actores implicados en la experiencia de enfermedad. • Modificaciones de la RS de enfermedad • *RS de enfermedad en la actualidad, principales modificaciones de la RS de enfermedad desde su origen hasta la actualidad, motivos de las transformaciones o reivindicaciones de las RS de enfermedad, actitudes frente a la enfermedad, habilidades para el manejo de la enfermedad, acciones para evitar la enfermedad, principales temores con relación a la enfermedad 	<p>Rs sobre enfermedad (asociadas a los usuarios indígenas)</p> <p>RS sobre salud (asociadas a los usuarios indígenas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos biomédicos sobre enfermedad • Procesos somáticos • Emociones y espiritualidad • Aspectos culturales • Hábitos • Desigualdades sociales
<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *estereotipos, imaginarios, actitudes, percepciones, opiniones. • Condiciones de producción de la RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *características sociodemográficas de las personas y sus RS. • Orígenes de la RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *estrategias para mantener la salud desde sus ancestros hasta la actualidad, elementos condicionantes de la salud. • Subjetividades de las RS de salud <ul style="list-style-type: none"> *experiencias significativas con relación a la salud, emociones percibidas con relación a la salud y el cuerpo, principales motivos que hacían de la salud una forma de vida. • Modificaciones de la RS de salud <hr/>	

- * RS de salud en la actualidad, principales modificaciones de la RS de salud desde su origen hasta la actualidad, motivos de las transformaciones o reivindicaciones de las RS de salud, actitudes frente a la salud, habilidades para el mantener la salud

Tabla 4: Definición conceptual de las categorías analíticas

CATEGORIA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Conocimientos biomédicos sobre enfermedad	<p>Las RS como forma de conocimiento son producto y productoras de un tipo particular de conocimiento, tal es el caso del sentido común, empero también un tipo particular de conocimiento corresponde a un campo particular como la medicina, o, en el caso de las personas de una comunidad, éstos pueden construir un tipo de conocimiento sobre la enfermedad y la salud a partir de la interacción con las personas que poseen un saber biomédico.</p> <p>Como contenido, es una estructura que se compone de tres dimensiones: actitudes, información y campo de representación (Araya, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patologías biomédicas • Diagnóstico médico • Tratamiento alópata • Indicaciones médicas • Prescripción de medicamentos • Prescripción de dieta • Prescripción de ejercicio • Complicaciones médicas • Definición de las enfermedades desde un conocimiento biomédico
Procesos somáticos	<p>En la medicina un síntoma o signo somático es aquel cuya naturaleza es eminentemente de este tipo (corpórea), a diferencia de los síntomas psíquicos. (OMS, 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de enfermedad o salud • Dolor • Manifestaciones físicas de enfermedad
Emociones y espiritualidad	<p>El término enfermedad se refiere ampliamente a cualquier condición que perjudica el aspecto emocional y espiritual del cuerpo humano (OMS, 2015).</p> <p>La salud mental integra la psicología y la salud del comportamiento junto con la sabiduría de la espiritualidad,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones que manifiestan salud • Emociones y sentimientos presentes en la enfermedad • Significados atribuidos a la presencia de enfermedad y salud • Fe y esperanza • Confianza espiritual • Moral

	la religión y la teología. En este sentido, entender los valores espirituales de una persona puede ayudarle a conectarse con su forma de sentir y de pensar, lo cual a su vez influencia las decisiones de comportamiento que toman.	<ul style="list-style-type: none"> • Fe en Dios
Aspectos culturales	La salud es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses (Ngöbe Panamá).	<p>Bienestar cultural:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de creencias sobre medicina tradicional • Técnicas tradicionales para la atención • Costumbres • Leyes • Formas de vida • Relativismo cultural • Diversidad <p>Sistema de valores</p> <p>Bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación con la madre naturaleza y el cosmos <p>Cosmovisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina tradicional indígena • Cuidado del cuerpo • Interacción entre lo frío y caliente • Creencias • Tradiciones <p>Cosmogonía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Origen y significado de la vida • Relación de la salud con los dioses
Hábitos	Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas (Real Academia Española).	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza • Higiene • Tipo y consumo de alimentos • Saneamiento • Actividad física • Consumo de alcohol • Consumo de tabaco • Sueño • Descanso • Recreación
Desigualdades sociales	Las desigualdades sociales implican una	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la salud • Tipo de atención médica

distribución inequitativa de oportunidades, del respeto y del acceso a los bienes y servicios, que se fundamenta en diversas razones de tipo cultural o social. No es, como muchos quisieran hacer creer, un rasgo natural u obvio de la existencia humana, ni es una forma de “justicia” o castigo divino (María Estela Raffino, 2020)

- Sistemas de salud público y privado
- Posición económica y salud
- Acceso a bienes y servicios
- Tradición de conocimiento
- Etnia
- Género
- Ideología
- Pobreza
- Riesgos de salud

Referencias

- Alsina, M. (1999). La comunicación intercultural. *Anthropos editorial*.
https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=uuMIYZ-ubiEC&oi=fnd&pg=PA9&dq=comunicaci%C3%B3n+intercultural&ots=XX7II_Qvhl&sig=Y2hTTT1mz4TXRNVHk5XbymZg4jM#v=onepage&q=comunicaci%C3%B3n%20intercultural&f=false
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO.
- Banchs, M.A. (1986). Conceptos de “representaciones sociales”: análisis comparativo. *Rev Costarricense de Psicología*, 8 (9): 27-40.
- Berger, P. y Luckman, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu/editores.
- Camargo, S.P.; Correal, M.I.; Cruz, G.F.; Hernández, G.A.; Reina, C.L.; Reina, S.S.; Rotavista, A.J.; Zamudio, R.H. y Pacheco, P.A. (2010). Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6 (6): 35-46.

- Castro, G.S. (2005). *La hybris del punto cero*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Dietz, G. (2012). *Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación: una aproximación antropológica*. México: FCE.
- ENSANUT. (2012). Encuesta nacional de salud y nutricio 2012. Resultados por entidad federativa.
- Estermann, J. (2008). *Si el Sur fuera el Norte: Chakanas interculturales entre Andes y Occidente*. La Paz: Bolivia.
- Estermann, J. (2010). *Interculturalidad: Vivir la diversidad*. La Paz: ISEAT.
- Flores, G.R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*, 10: 1-9.
- Gamboa, C. y Gutiérrez, M. (2008). Derechos Indígenas. Estudio Teórico Conceptual, de Antecedentes e Iniciativas, presentas en la LIX Legislatura y en los Dos Primeros Años de Ejercicio de la LX Legislatura. (Primera Parte). Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Interior. Cámara de Diputados LX Legislatura. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SPI-ISS-14-08.pdf>
- García, C.N. (1989). Introducción. Políticas culturales y crisis de desarrollo: un balance latinoamericano, en García C.N. (coord.). *Políticas culturales en América Latina*. México: Grijalbo.
- Gavilán, V.V. (2005). Representaciones del cuerpo e identidad de género y étnica en la población indígena del norte de Chile. *Estudios Atacameños*, 30: 135-148.

- Gómez, P.D. y Palacios, C.D. (2009). Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas. *Cultura de los cuidados*, 25: 2-7.
- González, G.N. y Carbajal, D.P. (2007). Elementos para pensar en la atención médica y en la relación médico paciente: un acercamiento “histórico”. *Espacios Públicos*, 10 (20): 386-99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=67602021>
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Bellaterra, Barcelona.
- INEGI. (2015). Encuesta intercensal 2015. http://www.digepo.oaxaca.gob.mx/recursos/info_pdf/San%20Bartolom%C3%A9%20Quialana.pdf
- Mateos, M. (2018). Los indígenas necesitan ser dueños de su destino, plantea León-Portilla. Nota periodística. *En La Jornada*. Consultado en jornada.com.mx
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7): 71-83.
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura medicatrix*, 51: 17-22.
- Menéndez, E. (2000). Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Perdiguero, E. y Comelles, J. B. *Medicina y cultura*. Barcelona: Gediso. pp. 163-188.
- Menéndez, E. (2003) Modelos de enfermedades asistenciales: teóricos. Exclusiones y articulaciones de práctica. *Ciênc. saúde coletiva*, 8 (1):185-207. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014 & lng = es & nrm = iso

- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2: 1-25.
- Moreno, P.M. (2018). *Enfermería cultural: una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Garceta grupo editorial.
- Moscovice, S. (1986). *Psicología Social II: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós
- Navarrete, F. (2008). Los pueblos indígenas de México. Pueblos indígenas del México contemporáneo. Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas. http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/monografia_nacional_pueblos_indigenas_mexico.pdf
- Oliva, V.A. y Isunza, B.A. (2008). La hegemonía en el poder y desarrollo territorial. *Rev. Pueblos y fronteras digital*, 6: 1-36. <https://www.redalyc.org/pdf/906/90611974005.pdf>
- Orozco, C.M. (2017). Acercamiento al género en contextos de pobreza. en Tepichin, A.M. *Conocimiento de la pobreza desde un enfoque de género: propuesta de un marco analítico*. México: El Colegio de México.
- Pérez, M.J. (2019). Diagnóstico situacional 2019. Unidad Médica Rural No. 316 San Bartolomé Quialana.
- Raffino, M.E. (2020). Desigualdad Social. Disponible en: <https://concepto.de/desigualdad-social/#ixzz6gZZeSpEa>
- Ramírez, L.D. (2018). Representaciones sociales de migrantes indígenas en torno al VIH-SIDA: un estudio en tres regiones de Chiapas; en Informe Final de la Consulta

sobre VIH-SIDA y pueblos indígenas en áreas fronterizas. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

- Rodríguez, B. (2015). Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario. *Index Enferm*, 24 (4). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962015000300008&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Trabajo presentado en III congreso da Associação Latino americana de População, ALAP, realizado en Córdoba Argentina, de 24 a 26 de septiembre de 2008.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 27 (1): 80-93.
- Simmel, G. (1903). Las grandes urbes y la vida del espíritu. En Simmel, G. (1986). El individuo y la libertad. *Ensayos de crítica de la cultura*. Barcelona: Península. Pp. 247-261.
- Simmel, G. (2002). *Cuestiones Fundamentales de Sociología*. Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, G.N.; Damián, P.A. y Díaz, P.G. (2015). La mirada no hegemónica en la recuperación de los saberes tradicionales. En Vázquez, G.N. *Temas de Historia y Discontinuidad Sociocultural en México*. México: Library outsourcing service.
- Villaseñor, B.S.; Rojas, M.C. y Berganza, C.C. (2015). La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua. *Investigación en Salud*, IV (3): 1-13. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14240304.pdf>

- Zavala, J. (2019). Quialanitas, muñecas que dan esperanza a artesanas zapotecas. Ediciones especiales: El Universal.
http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2Ffoaxaca.eluniversal.com.mx%2Fespeciales%2F06-03-2019%2Fquialanitas-munecas-que-dan-esperanza-artesanas-zapotecas&h=AT1HhJ8bpcw6jq8_RcrWMfPpvsumf0O8eSC0WljU9yKl3eCG7G6W6eARSZuyYZQjxdDIQi0W5bEqORsLz67N_CycMdYTCTDd3gAF3srfusSR6PLYLziX4qEyhxAmmVnjRxHMDXMc

II.- METODOLOGÍA

Las representaciones sociales (RS) sobre salud/enfermedad a través de la propuesta teórica de Serge Moscovici y actualizado por Denise Jodelet, permite conocer las aproximaciones y distanciamientos que permean hacia un posible diálogo intercultural entre profesionales de la salud y usuarios indígenas; esto debido a que el análisis de las RS contribuye a la comprensión del sentido común, de la forma en cómo éste se internaliza y reproduce a través de la comunicación y finalmente cómo se construye e institucionaliza esa realidad cotidiana de conocimiento (Mora, 2002).

Al respecto, Mora (2002) señala que la metodología de las RS está en estrecha relación e influenciada por la sociología fenomenológica del conocimiento, con el interaccionismo simbólico, la teoría crítica de Habermas, con la etnometodología, las historias de las mentalidades, con los métodos de análisis interpretativo del discurso social.

Por tanto, la metodología de las RS parte de una ontología y epistemología constructivista, la cual ofrece explicaciones en relación a la construcción del conocimiento, por ende, el constructivismo es una teoría que se contrapone a la epistemología positivista y

post-positivista, que opera bajo una racionalidad lógica empírica (Araya, Alfaro & Andonegui, 2007).

Dicho esto, se entiende que el constructivismo busca comprender la construcción del conocimiento desde el interior del propio sujeto (Delval, 1997, en Araya, 2007). Al respecto, Araya continúa diciendo que:

“el sujeto construye el conocimiento de la realidad, ya que ésta no puede ser conocida en sí misma, sino a través de los mecanismos cognitivos de que se dispone, mecanismos que, a su vez, permiten transformaciones de esa misma realidad” (p.77).

Cabe mencionar que, los mecanismos cognitivos se construyen y deconstruyen a lo largo de la vida del sujeto.

Asimismo, Protágoras hacia la aclaración (485-410 a.C.) en su filosofía del aforismo sobre el hombre, que para este no existe una sola realidad, puesto que la experiencia de las cosas, no la viven igual todos los hombres, por consiguiente, resultará imposible hablar de una sola descripción, de un solo argumento, de una sola verdad, o de un sólo discurso (Araya, 2007). En general, las bases de sus fundamentos se centraban en afirmar que, las cosas que el hombre conoce, no son como son, sino como son para éste, tal y como él las representa e internaliza en su proceso de objetivación y anclaje. Así pues, se prioriza la diversidad, lo cambiante, a las construcciones particulares, al esfuerzo del análisis, de crítica y de la refutación, y a las verdades construidas desde la individualidad a través de la colectividad (Araya, 2007).

En este sentido, motiva a pensar que los principios de interacción de esta epistemología constructivista versan sobre: 1) principio de interacción del hombre con el medio; 2) principio de la experiencia previa como condicionadora del conocimiento a construir; 3) principio de elaboración de sentido en el mundo de la experiencia; 4) principio

de organización activa; y 5) principio de adaptación funcional entre el conocimiento y la realidad (Araya, 2007). En síntesis, de acuerdo a esta epistemología, el hombre es concebido como un ser constitucionalmente inacabado, que tiene que hacerse, construirse; un ser constitucionalmente abierto para proyectar su vida y construirse en función expresa de sus objetivos; un ser implicado a la acción para poder construirse; un ser simbólico que se manifiesta a través del lenguaje; y un ser que interacciona con su medio y/o entorno (Aznar, 1992).

Partiendo de este fundamento ontológico y epistemológico del conocimiento de la realidad, el diseño propuesto para este estudio, se basa en un enfoque de corte cualitativo; de acuerdo con Vasilachis la investigación cualitativa está:

“a) fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en la que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido, b) basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y c) sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto”
(2009, p. 2).

Desde esta perspectiva cualitativa, la metodología propuesta por Denise Jodelet y María Auxiliadora Banchs juega un papel fundamental para el análisis de las RS. Dicha metodología procede ontológica y epistemológicamente de la tradición que enfatiza la interacción sujeto/objeto. Por ende, la interacción intersubjetiva en una sociedad, así como los mecanismos y formas de construcción del conocimiento de la realidad son las características esenciales para el análisis de las representaciones sociales (Mora, 2002).

Desde el enfoque metodológico y práctico, Denise Jodelet además de incorporar el análisis cualitativo, focaliza los discursos, como vehículo del lenguaje, para acceder al universo simbólico y significante de los sujetos, constituido y constituyente de la realidad

social, por consiguiente, las vías de acceso al conocimiento de las representaciones, se basan en el campo de la comunicación y la interpretación (Perera, 2005). En este sentido, la metodología propuesta por Banchs (2000) indaga las representaciones desde una perspectiva antropológica y cultural liderada por Moscovici y Denise Jodelet. Así, esta perspectiva resulta la más idónea para estudiar las RS en su génesis histórica, desde dos enfoques: **el procesual y el estructural** (Cuevas, 2016).

Banchs y Jodelet resumen la metodología del análisis procesual en tres tipos de análisis: a) análisis de procedencia de la información; b) análisis de los actos ilocutorios; y c) análisis gráfico de los significantes (Mora, 2002). A partir de esta premisa se entiende que la primera fase de la investigación se basa en el análisis de la procedencia de la información, que consiste en una técnica que analiza tanto el contenido temático, como las fuentes de información de las cuales los sujetos obtienen sus datos (vivencias de los propios sujetos, lo que piensa y percibe el sujeto y los conocimientos adquiridos a través de los medios más bien formales) (Jodelet, 1976, en Mora, 2002)

La segunda fase de la investigación, se basará en un análisis de los actos ilocutorios, que consiste en analizar los diálogos recogidos en observaciones, dicho análisis busca detectar los actos explícitos (órdenes o peticiones) y los datos implícitos que señalan las posiciones respectivas entre los interlocutores. Finalmente, la última fase, comprenderá el análisis de los significantes, donde los materiales grabados son transcritos, analizados y numerados, de acuerdo con su orden de aparición en el discurso y se identifican las palabras que más se repiten. A partir de ello, se reproducen gráficamente las relaciones entre palabras y el discurso propio de los sujetos (Mora, 2002).

Al respecto, en el enfoque procesual, la metodología socio-hermenéutica juega un papel trascendental como proceso sistemático de comprensión teórica del quehacer cultural

complejo y sofisticado de la experiencia humana (Lince, et.al., 2013); pues permite el acceso a la representación, así como a la interpretación de la misma, debido a que esta epistemología reconoce que el sujeto es productor de sentido, y que, es en el lenguaje donde los seres humanos construimos la realidad, en esta connotación, el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje, son imprescindibles para el análisis (Cuevas, 2016).

En este tenor, el lenguaje producido a través de los discursos, el cual se generará a partir de todas las formas de interacción hablada, formal e informal y todo tipo de textos escritos, como serán las transcripciones de las entrevistas a profundidad, permitirá representar los elementos simbólicos, dotados de significado y sentido personal, debido a que estos se producen, reproducen y transforman en las prácticas sociales (Perera, 2005).

En general, la socio-hermenéutica de acuerdo a Ricouer (2003, p. 59) es la *“teoría de las operaciones de comprensión en su relación con la interpretación de textos, en la que la palabra hermenéutica no significa otra cosa que la experiencia metódica de la interpretación”*. Así mismo, Paul Ricouer (2013) afirma que para el análisis de discursos existen dos tipos de hermenéutica: la hermenéutica textual y la hermenéutica de la acción social.

A partir de esta premisa se entiende que la primera fase de la investigación se basará en el análisis textual, Paul Ricouer (2013, p.59) señala que *“el texto comprende las formas articuladas o estructuradas del discurso plasmadas en un soporte material y transmitidas por una cadena de operaciones de lectura”*.

Por tanto, la segunda fase comprenderá el análisis de las prácticas sociales que conforman las RS, para esta fase será de vital la implementación y complementación con el método etnográfico.

Para la primera fase, que corresponde al análisis de los discursos, cabe señalar que, en la problemática cultural e identitaria como es el caso de esta investigación, el lenguaje juega un rol central. En este tenor, la búsqueda de explicaciones, comprensión e interpretación, el discurso se ubica como un lugar privilegiado y de génesis de prejuicios, estereotipos, representaciones negativas y/o positivas, etcétera, se re-producen y deconstruyen, por consiguiente, el discurso se convierte en una argumentación teórica y en un armazón conceptual (Alonso, 1998). En este sentido, el análisis del discurso, se clasifica metodológicamente dentro del *paradigma interpretativo*, y tiene la necesidad de estudiar el lenguaje en uso, aquellas expresiones surgidas directamente desde los hablantes, sin que ello, nos lleve al principio de inmanencia *saussuriana*, el cual sobrepone el sistema formal del lenguaje (lengua), antes que, el uso real del mismo (el habla).

En general, esto permite entender que el conocimiento no radica en las ideas, sino en los enunciados o discursos que circulan en la cotidianidad, por tanto, como señala Echeverría (2003), este paradigma le confiere al lenguaje una función referencial y/o informativa, epistémica y/o interpretativa, pero también realizativa, creativa o generativa; es por ello que, la perspectiva teórica del análisis crítico del discurso, entiende el discurso como una práctica social (nos permiten realizar acciones), porque permite leer la realidad (en Alonso, 1998). Previo a la metodología del análisis, conviene aclarar que, el objetivo del análisis radica en buscar las contradicciones históricas y en los actores sociales, que son visibilizados a través del lenguaje o discurso; empero, el lenguaje también puede ocultar contradicciones, las cuales se convierte en una acción ideológica específica (Alonso, 1998).

Por ello, Alonso (1998) añade ...

“en ese sentido, es aconsejable distinguir categóricamente entre intención del hablante y la acción de su discurso, porque pensar en la intencionalidad de los sujetos y atribuir a

sus dichos intención, implica creer en un sujeto muy racional, siempre atento y consiente de lo que dice o deja de decir, y sabemos que eso no siempre es así” (p. 212).

En este estudio, el análisis del discurso se fundamentará en una investigación de tipo inductivista. En este sentido, las categorías de análisis no son previas, sino van emergiendo, es decir, al momento de ir analizando un texto, van surgiendo categorías, las cuales se analizan, y posteriormente, se conceptualiza el conocimiento obtenido; cabe señalar que, sólo los datos que respondan a la pregunta de investigación, son los que se irán incorporando al análisis, por tanto, también se consideran categorías emergentes (Alonso, 1998).

Complementado la información anterior, la metodología propuesta por Jodelet y Banchs, se fundamenta en la perspectiva etnográfica, como una forma de triangulación metodológica y de enriquecimiento del desarrollo teórico (Perera, 2005). Así, la justificación del método etnográfico radica en que, el análisis procesual y hermético de las representaciones exige comprender los hechos particulares, en el entorno de reproducción que, es donde se construyen los significados asociados a un hecho u objeto, los cuales, al mismo tiempo, se encuentran atravesados por una historia, un tiempo, un espacio y una cultura (Cuevas, 2016). En este caso, las teorías discursivas se complementan de la semiología (signos lingüísticos), como de la semiótica discursiva, la cual incluye los signos extralingüísticos (símbolos, fotografías, multimedia), los cuales se reconocen en la acción práctica (Alonso, 1998)

En este argumento, la perspectiva etnográfica, hace referencia a la presencia *in situ* del investigador en el campo de estudio, y a través de ello, éste mantiene un contacto directo con los actores sociales. Así pues, la etnografía permite una comprensión de los “*otros*” y de conocimiento de una “*diversidad cultural*”, que se logra interpretar en su multiplicidad y sus

diversas formas de relación y contacto; como en este caso, lo representa la concepción y práctica tradicional y occidental sobre salud y enfermedad (Vasilachis, 2009).

Pasando a la otra fase para el análisis de las RS. El enfoque estructural de acuerdo con Banchs, corresponde en *“buscar en el estudio de las representaciones sociales metodologías para identificar su estructura o núcleo y por desarrollar explicaciones acerca de las funciones de la estructura”* (2000, en Cuevas, 2016, p.3).

Desde el enfoque estructural, las técnicas empleadas para este objetivo, se basan en métodos analíticos cuantitativos bajo modelos de correlación y de análisis multivariados (Cuevas, 2016). En esta posición, la aproximación metodológica de Jean Claude Abric, sobre el análisis prototípico y el análisis factorial, juegan un papel fundamental.

Técnicas de recolección de la información

La recolección de la información abarcará el periodo comprendido entre el primero y el treinta y uno de enero de 2020. Cabe mencionar que, los entornos para la recolección de la información incluirán a la comunidad de San Bartolomé Quialana, así como el Centro de Salud Comunitario y el Hospital Rural de Oportunidades del IMSS Tlacolula.

En vista de la metodología de análisis propuesta para este estudio, las principales técnicas de investigación que se utilizaron se resumen a continuación:

Entrevista en profundidad: desde la perspectiva del material discursivo, las entrevistas, tratan de una conversación entre un entrevistador y un informante. El objetivo principal de esta técnica, es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro (Robles, 2011).

Asimismo, la entrevista para Moscovici y Jodelet se enfoca en recopilar los discursos de los sujetos de representaciones, por tanto, es a través de la entrevista que se podrá

establecer un diálogo entre el investigador y los sujetos productores de sentido, quienes producen y transmiten las representaciones sobre salud y enfermedad, a través de un argumento que se fundamenta en un espacio, lugar, tiempo y cultura particular (Grize, 1993, en Cuevas, 2016).

Para desarrollar dicha técnica, el investigador, primero elaboró una guía de entrevista (ver tabla 5), estableciendo en primer lugar los ejes de análisis que permiten comprender el problema de investigación; como segundo plano, se formularon preguntas pertinentes para capturar las RS, con base a los ejes de análisis (Cuevas, 2016). Cabe mencionar que no existe un número determinado de ejes en torno al objeto de estudio, ni tampoco existen procedimientos que guíen la construcción de los mismos, para ello, se rescata el problema de estudio como el principal referente empírico (Cuevas, 2016)

Tabla 5: propuesta para el diseño de entrevista según la metodología de RS

EJES DE ANÁLISIS	EJES TEMÁTICOS	PREGUNTAS PROFESIONALES DE LA SALUD	EN DE	PREGUNTAS EN USUARIOS INDÍGENAS ZAPOTECAS
Condiciones de producción de las RS	Datos sociodemográficos y de formación	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: H___ M___ • Edad: _____ • Lugar de nacimiento: _____ • Estado civil: _____ • Última formación académica: _____ • Ocupación _____ 		<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: H___ M___ • Edad: _____ • Lugar de nacimiento: _____ • Estado civil: _____ • Última formación académica: _____ • Ocupación: _____
Campo de información	Origen y significado de la salud/enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Cuénteme sobre la última vez que se enfermó, cómo sucedió todo • ¿Por qué se habrá enfermado? • Platíqueme ¿cómo lo curaron? 		<ul style="list-style-type: none"> • Cuénteme sobre la última vez que se enfermó, cómo sucedió todo • ¿Por qué se habrá enfermado? • Platíqueme ¿cómo lo curaron?
Campo de representación	Experiencias subjetivas en relación con la salud y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Se acuerda de alguna otra ocasión en la que algún familiar, conocido o usted se haya enfermado 		<ul style="list-style-type: none"> • Se acuerda de alguna otra ocasión en la que algún familiar, conocido o usted se haya enfermado

		• Platíqueme cómo sucedió esa vez.	• Platíqueme cómo sucedió esa vez.
Campo de actitud	Modificaciones en la concepción de la salud y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Las enfermedades de antes son iguales a las de ahora? ¿Porqué? • ¿Qué hacían sus papás o abuelos cuándo se enfermaba? • ¿Ahora, siente miedo de enfermarse del algo? ¿de qué? ¿Por qué? • ¿Qué hace para no tener esa enfermedad? • ¿Cómo se siente estar sano? ¿Qué se necesita para estarlo? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Las enfermedades de antes son iguales a las de ahora? ¿Porqué? • ¿Qué hacían sus papás o abuelos cuándo se enfermaba? • ¿Ahora, tiene miedo de enfermarse? ¿de qué? ¿Por qué? • ¿Qué hace para no tener esa enfermedad? • ¿Cómo se siente estar sano? ¿Qué se necesita para estarlo?

Nota: elaboración propia, a partir de Cuevas, 2016 y Castro, 2000

Previo al desarrollo de la entrevista, se realizó una serie de visitas y encuentros con los informantes para conocer los intereses de los participantes, además de explorar las distintas formas de organización social, tipo de gobierno, sistemas de producción, relaciones parentales, formas culturales e ideologías que se manifiestan tanto en la comunidad de Quialana, como en la comunidad de profesionales de la salud. Como señala Taylor y Bogdan (1984) con esto se establece una especie de *rapport*, que hace alusión a una relación de intimidad, sintonía o comprensión con los informantes, acaecido por los continuos encuentros.

Como siguiente paso para el desarrollo de la entrevista, posterior al recorrido y conocimiento de los elementos y personas clave de la comunidad, se buscó y seleccionó entre ambos actores, el espacio adecuado para realizar el encuentro cara a cara. Todo ello, dirigido hacia la comprensión de las representaciones que tienen los informantes sobre la salud y la enfermedad, siempre en términos y frases expresadas por las propias palabras de los sujetos (Taylor y Bogdan, 1984). Para esta fase, cabe mencionar que, la participación de la informante clave Alma Argelia Sánchez, quien

fungió como secretaria de salud en el periodo 2016-2019, fue de gran trascendencia para seleccionar y formalizar las citas con los participantes; además, se procuró que el sitio donde se entrevistó a los profesionales de la salud, fuera en lugares no laborales, debido al tipo y demanda de trabajo de los mismos, sin embargo, algunos de los informantes clave, quienes no permitieron hacerlo en otro espacio, simplemente se buscó el tiempo oportuno para desarrollar la entrevista.

En el caso de los usuarios indígenas de Quialana, la entrevista se desarrolló en espacios que a ellos le generaban confianza y comodidad, dichos sitios, abarcaron desde los hogares de los mismos, hasta lugares reconocidos como puntos de reunión social (mercado, parque, restaurante, palacio municipal, campos de cultivo, entorno laboral). En general, el tiempo no fue un factor para el desarrollo de la entrevista, porque dicho encuentro duró 40 minutos, culminando la entrevista unos minutos antes, salvo que, en algunos casos, el informante solicitó unos minutos más, para añadir alguna descripción o información (Taylor y Bogdan, 1984).

Materiales a utilizar

1. Lápiz o bolígrafo
 2. Cuaderno de campo
 3. Guía temática
 4. Grabadora (cargador, espacio de memoria suficiente, consentimiento previo de la persona a ser grabada)
 5. Cámara fotográfica (consentimiento previo de la persona a ser fotografiada, o en su defecto, a fotografiar el entorno).
- Momento de la entrevista: previo al desarrollo de la entrevista, se le explicó brevemente al informante sobre el objetivo de la entrevista, así como el uso de

medios durante la entrevista. Así, después de la aceptación de forma verbal del informante sobre dicho encuentro, el cual legitima, la decisión y respeto a ciertas decisiones del informante, así como algunas actitudes del investigador: 1) la decisión a no ser grabado; 2) la declinación del entrevistado, justo en el momento de la entrevista; 3) la actitud asertiva, respetuosa y flexible del entrevistador; 4) el lenguaje debe adaptarse a las condiciones del informante, por ende, éste debe evitar tecnicismos, ambigüedades y frases ampulosas; 5) la forma de vestir del entrevistador fue acorde al contexto comunitario y hospitalario (Taylor y Bogdan, 1984).

- Cabe mencionar que Alma como informante clave, auxilió a la investigadora en la traducción y conversación con personas que solo hablaban el zapoteco, o que sentían mayor confort de expresar su narrativa en su lengua natal.
- Se inicia la entrevista con preguntas sociodemográficas, posteriormente se hacen preguntas que comprenden el cuerpo de representaciones sobre el objeto de estudio, finalmente se cierra la entrevista, agradeciendo la participación del entrevistado.
- Después de la entrevista, como afirma Taylor y Bogdan (1984) se debe escuchar nuevamente la entrevista, hacer notas de campo, diarios reflexivos, sobre ideas que hayan surgido, observaciones hechas, posibles categorías emergentes de análisis; posteriormente, se transcribe la entrevista, para valorar algunos cambios, categorías emergentes, dudas sobre alguna información otorgada.

Listado libre (*free listing*): es una técnica que permite revelar el campo semántico de las representaciones sociales, así como su estructura jerárquica, debido a que su naturaleza de proceder, favorece la espontaneidad y la naturalización de la situación de intercambio, al tiempo que permiten reducir en gran medida la apropiación por los sujetos de los contenidos representacionales de que es portador el investigador (Perera, 2005).

El procedimiento se realiza bajo las siguientes características:

- Se solicitó a 20 profesionales de salud: 10 enfermeras (os) y 10 médicos (as)
- Se solicitó a 20 usuarios indígenas zapotecas de Quialana (10 mujeres y 10 hombres)
- Primero se le solicitaron algunos datos sociodemográficos
- Posteriormente, se les pidió que indicaran las cinco palabras que se le vengan a la mente, cuando escucha las palabras salud/enfermedad.
- Una vez completadas las palabras, se les pidió que explicarían el significado o razón del porqué asoció dicha expresión con la palabra generadora (Bernard, 2006). La guía se añade en el anexo 1 y 2.
- Los espacios seleccionados para hacer los listados libres fueron en las áreas comunes como parque, mercado, palacio municipal, centro de salud, hospital rural, centros laborales, en transportes públicos (principalmente en motos tipo taxi), iglesia, escuelas y en el interior de los hogares de las personas.

Observación participante: definida como una investigación caracterizada por interacciones sociales profundas entre investigador, que ocurren en el ambiente de éstos y promocionan la recogida de informaciones de modo sistematizado. Se

resalta que su objetivo traspasa la simple descripción de los componentes de la situación, permitiendo la identificación del sentido, la orientación y dinámica de cada instante. Debido a la proximidad de la esencia del campo, la observación auxilia en la aprehensión de la realidad vivida. Así mismo, se dice que esta técnica promueve inquietudes al tratarse, simultáneamente, de una práctica popular, pero efectivamente poco conocida en sus distintas concepciones y comprensiones sobre la manera adecuada de emplearla (Fagundes, K. et.al, 2013).

Fase de trabajo de campo de la observación participante: Interacción social no ofensiva: corresponde a la fase en la que se gana la confianza de los participantes. Para lograr dicho proceso, durante la investigación se propusieron los siguientes pasos de acuerdo con Taylor & Bogdan, 1984).

- La investigadora se presentó ante el cabildo municipal y regidora de salud de San Bartolomé Quialana, con quien ya se habían tratado, previamente, los objetivos de la investigación, para darle a conocer el cronograma de trabajo, especificando el tiempo de permanencia en la comunidad (un mes), así como establecer un enlace para adquirir un hospedaje.
- Se hizo el recorrido por la comunidad en compañía de la regidora de salud, identificando escuelas, templos, palacio municipal, talleres, mercados y otros puntos de reunión de los habitantes de Quialana. Dentro de este recorrido, se tuvo el encuentro con personas influyentes de la comunidad, tal es el caso del presidente municipal, fiscal de la iglesia, director de la telesecundaria, médica del centro de salud, enfermeras, diversos regidores y demás líderes como la curandera tradicional. Todo ello, con la finalidad de poder identificar la organización política, social, económica, religiosa,

parental y territorial, además, estas personas también pudieron participar en el estudio como informantes clave.

- La permanencia pasiva de la investigadora durante la primera semana. Esta es la fase, en la que la investigadora manifestó una identidad frente a la comunidad (estilo de ropa, posturas, ubicación del espacio público, charla con algunas personas para disipar dudas, establecer ciertas conversaciones con algunos nativos, observar en algunas personas la disposición a participar con la investigación).
- Se establecieron algunas preguntas generales como: ¿cuál es la comida típica de Quialana? ¿Cuáles fiestas se celebran más aquí? ¿A qué se dedican la mayoría de las personas aquí en Quialana? ¿Cuáles son los lugares más significativos de aquí? ¿Qué suelen hacer los fines de semana en Quialana? ¿A dónde van las personas que se enferman? ¿Cuáles son las principales afectaciones de la salud que más afectan a los pobladores? ¿cuáles son las principales tradiciones y creencias?
- Se informó a las personas sobre la confidencialidad de los datos y de las personas informantes.
- Se seleccionaron espacios y tiempos determinados para la observación de campo (por ejemplo, la observación de la consulta médica en un consultorio privado, la observación de la consulta externa en el hospital rural, la observación de un día típico en el centro de salud, la observación de una consulta y atención médica tradicional), posteriormente, se realizaron las notas de campo.

- Se estableció el *rapport*: reverenciar las rutinas (acomodarse a la rutina y modo de hacer las cosas de los informantes); establecer lo que se tiene en común con la gente (intercambio casual de información, sobre pasatiempos e intereses del investigador); ayudar a la gente (se ayudó en la organización de actividades de reyes, el día naranja, realización de oficios); ser humilde (mostrarles a las personas que se puede confiar en la investigadora); interesarse (en lo que la gente tiene que decir); participación (compromiso activo en las actividades de las personas para lograr la aceptación)
- Informantes clave “observador del observador”: se localizaron aquellas personas respetadas y conocedoras, quienes se convirtieron en las fuentes primarias de información, para la comprensión profunda del escenario, entre los principales informantes se contó con la participación de la Señora Basilia de 90 años; Alma ex regidora de salud; Yesenia nueva regidora de salud; Erika personal de intendencia del centro de salud; María y Elvia enfermeras responsables del centro de salud; Marina enfermera del Hospital Rural; Doña Juana curandera tradicional; Lorena médica del centro de salud; Doña Mari pobladora migrante de Sonora.

1. Técnicas para obtener los datos: corresponde a las estrategias y tácticas de campo. Algunas estrategias de actuación fueron: actuar como ingenuo, estar en el lugar adecuado en el momento oportuno, los informantes no supieron exactamente qué es lo que se estudiaba, se emplearon tácticas de campo agresivas después de haberse llegado a comprender el escenario (al final del trabajo de campo).

- Preguntas generales para conocer y comprender el escenario: ¿Qué tal todo? ¿Le gusta esto? ¿Puede hablarme un poco de este lugar?
 - Preguntas más directivas o focalizadas (al final del trabajo de campo):
¿Por qué comenzó a beber alcohol? ¿Por qué no le gusta asistir al centro de salud? ¿los medicamentos empleados aquí en el centro de salud tienen buena calidad? ¿piensa que los medicamentos empleados son de baja calidad? ¿por qué considera que las personas no toman los medicamentos? ¿usted piensa que han tratado mal a los pacientes en el centro de salud? ¿por qué no le gusta tomar los medicamentos? ¿por qué prefiere ir al médico particular más que al centro de salud u hospital? ¿Cuáles son los principales delitos que se cometen en el pueblo? ¿Usted acude al médico? ¿por qué prefiere tomar hierbas u otros remedios? ¿Usted cree que sí yo tengo gripa y alguien se me acerca, le paso la gripa? ¿por qué las enfermedades son distintas a las de antes? ¿por qué no le gusta tomar agua? ¿cuántos días a la semana se baña? ¿Qué les dice a las personas sobre los productos de Herbalife?
 - El aprendizaje del lenguaje (vocabulario empleado en un escenario)
2. El registro de los datos en forma de notas de campo detalladas: éstas se elaboraron por la propia investigadora, en este caso, las notas se registraron inmediatamente después del encuentro cara a cara, de las observaciones y después de las entrevistas grupales. Las notas de campo incluyeron descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como, las acciones, emociones,

sentimientos, intuiciones o hipótesis. Asimismo, algunas técnicas para recordar detalles fueron:

- Prestar atención
- Cambiar la lente del objetivo, pasar de una visión amplia a otra de ángulo pequeño
- Buscar palabras clave en las observaciones de la gente
- Concentrarse en las observaciones primera y última de cada observación
- Reproducir mentalmente las observaciones y escenas
- Abandonar el escenario en cuanto se había observado todo lo que estaba en condiciones de observarse
- Tomar las notas tan pronto como fue posible, después de la observación
- Dibujar un diagrama del escenario y trazar los movimientos en él
- Bosquejar los acontecimientos y conversaciones específicos que tuvieron lugar en cada punto, previo a tomar las notas de campo
- Grabar un resumen o bosquejo de la observación (en caso de retraso entre la observación y la elaboración de la nota de campo)
- Recoger los fragmentos perdidos (Taylor & Bogdan, 1984).

Elaboración de las notas de campo

- Caratula de la nota: título, fecha, momento y lugar de observación, día y momento que se realizó el registro por escrito
- Diagrama del escenario al principio de las notas (trazar los desplazamientos e indicar las páginas de las notas, donde se especifica los movimientos)

- Establecer márgenes amplios para comentarios propios y de otras personas
- Utilizar el punto y aparte (corta literalmente las notas y agrupa los fragmentos por tema)
- Emplear comillas para registrar observaciones
- Usar pseudónimos para los nombres de personas y lugares
- Triplicar las notas
- En general las notas de campo contemplan: comentarios del observador, descripciones de escenarios y actividades, descripciones de personas, registro de detalles accesorios del dialogo, registro de las propias observaciones y acciones y registro de lo que no se comprende (Taylor & Bogdan, 1984) (ver guía de observación en anexo 3 y 4).

Muestreo

A través del diseño etnográfico, se determinó el número y tipo de participantes (7 profesionales de la salud y 6 usuarios indígenas zapotecas), por medio del muestreo propositivo, el cual permitió elegir a los informantes en función del objetivo y tipo de investigación, en este caso, para la selección de los profesionales de la salud, se necesitó que hubieran tenido contacto con usuarios indígenas zapotecas de San Bartolomé Quialana, en tanto que, en la selección de los usuarios indígenas zapotecas, se buscó a informantes clave que pudieran transmitir un contenido y concepción sobre salud y enfermedad, basados en experiencias previas con instituciones de salud comunitaria, así como aquellos que nunca han acudido a los servicios de salud, partiendo de ciertas representaciones sobre la concepción y manejo de la salud y la enfermedad. A través de este tipo de muestreo se buscó con un propósito muy definido, a las personas que pudieran manifestar conflictos culturales, puntos

de convergencia y divergencia. Como primer criterio, se buscó a aquellos sujetos que tuvieran unas RS sobre el tema ya planteado; posteriormente, se identificó a aquellos participantes que tuvieran un conocimiento particular sobre el propósito del estudio; y finalmente, se buscaron las características atípicas de los informantes (Mendieta, 2015)

Tabla 6: Corpus de investigación y elementos de las representaciones sociales

OBJETO REPRESENTACIÓN	DE SUJETO REPRESENTACIÓN (S)	DE CONTEXTO REPRESENTACIÓN
Salud y Enfermedad	Profesionales de la salud (enfermeros y médicos adscritos al centro de salud comunitaria y hospital rural de oportunidades correspondientes a la comunidad). <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras y enfermeros, sin distinción de edad. • Médicos y médicas, sin distinción de edad. • Enfermeros auxiliares, generales y con grado de licenciatura, quienes trabajen en Instituciones de primer y segundo nivel. <hr/> Indígenas zapotecas de San Bartolomé Quialana.	San Bartolomé Quialana, es una comunidad de origen zapoteca, la cual pertenece al Distrito de Tlacolula de Matamoros, y se localiza en los valles centrales a 39 kilómetros de la Ciudad de Oaxaca. Según datos de la encuesta inter censal (INEGI, 2015), Quialana contempla una población que asciende a 2476 habitantes (0.06% de la población total del Estado). En términos más específicos, Quialana significa en zapoteco "piedra negra" <i>quia</i> "piedra" y <i>lana</i> "negra". El significado compuesto de " <i>piedra ahumada o tiznada</i> ", denota el símbolo representado por el cerro del picacho o también llamado " <i>Yuubldan</i> ", en zapoteco, el cual se ubica dentro de la comunidad (Pérez, 2019).

Nota: elaboración propia, a partir de Cuevas, 2016.

Análisis de los datos

Fase estructural

Análisis prototípico: El tamaño muestral para la realización de los listados libres, se basó en la técnica de competencia cultural propuesta por Weller y Romney (1988), quienes consideran que con 17 informantes como mínimo permiten clasificar el 95% de las preguntas

correctamente con un promedio de competencia cultural de 0,5 y con un nivel de confianza de 0,5. Al respecto, en este caso se tomará una muestra de 20 personas. Así, se evitarán pérdidas de información por incidencia de no respuestas y de no participación voluntaria.

La información obtenida en los listados libres se analizará por el *software anthropac* versión 4.98 (Aguilera, et.al., 2008). Previo al análisis sistematizado se realizará el siguiente procedimiento:

- Reducción de términos. Esto se hace con la finalidad de homogeneizar las palabras surgidas en los listados libres (ortografía, gramática, sintaxis, contenido y contexto simbólico y espacial). Cabe mencionar, que es indispensable justificar la reducción de cada uno de los términos, para evitar malas interpretaciones o errores conceptuales.
- Las palabras ya reducidas y homogeneizadas en cada uno de los casos, se introducen en el programa de anthropac, a través de este *software* podremos obtener las frecuencias, el rango promedio y la relevancia de cada término (*salience*) a través del índice de *Smith*. Como señala Torres “*este cálculo se basa tanto en la frecuencia de mención del término como en el rango de la ubicación que le otorgó cada informante a cada palabra (de tal forma que los primeros mencionados en el listado tienen un mayor peso que los últimos) (...) Las palabras que constituyen el núcleo central de las RS serían aquellas que son citadas más veces y en primer lugar*” (Ruiz, et al., 2001, en Torres, 2018).
- A continuación, se procede a calcular el índice de distancia. Éste se realiza seleccionando las diez palabras más frecuentes para generar el cuestionario de pares. El índice de distancia evalúa la relación de similitud, además, mide la intensidad de la diferencia observada entre dos elementos. Así, +1 es la similitud y -1 la exclusión

máxima. La escala de evaluación fue de 0 a +2 con relación a la importancia asignada a la asociación (A=+2, B=-2, C=+1, D=-1 y E=0) (Abric, 2001). Por cada listado libre individual se calcula:

$$s_j = \frac{r_j - 1}{n - 1}$$

Donde r_j = posición del ítem j en la lista, y n = número de ítems de la lista.

Para obtener el índice de salience, es necesario obtener el promedio de s_j de todos los respondientes (Smith, 1993).

Fase procesual

Análisis socio-hermenéutico: Para la reconstrucción del sentido de los discursos en su situación micro y macro social de enunciación, se parte de la tradición del modelo de representación y comprensión del texto concreto en su contexto social y en la historicidad de sus planteamientos, a partir de la reconstrucción de los intereses de los actores que están implicados en el discurso, en este caso, desde los profesionales de la salud y los usuarios indígenas de Quialana (Santander, 2011). Para ello, Santander (2011) propone tres niveles de análisis: 1) nivel informacional/cuantitativo; 2) nivel estructural/textual y; 3) nivel social/hermenéutico.

Nivel informacional/cuantitativo: es el nivel más inmediato y descriptivo, es decir, se trata de una dimensión más denotativa y manifiesta de los textos. En este sentido, se trata de desmigajar un corpus de textos en un conjunto de palabras denominadas códigos, posteriormente se realizan las asociaciones o co-ocurrencias posibles de dichos códigos (lejanías o proximidades semiótica), lo cual se denomina análisis de contenido.

Aquí la categorización surge por la acumulación en un proceso de inducción, que pretende comprender frente al explicar. Tal como señala, Santander (2011) en esta fase se pierde a sujeto en la lectura del texto, por ende, no hay interpretación sino descripción. Es así

que, en esta fase se construyen categorías objetivadas, y a partir de ellas, se va a realizar una posible explicación de un sistema de correlaciones y relaciones externas entre los códigos y categorías.

Finalmente, este primer nivel de análisis se centra más en los canales que en los sentidos, en los soportes más que en los sentidos y en los medios más que en las razones.

Nivel estructural del análisis del discurso: invariancia y texto: a partir de esta fase de análisis, se busca que las unidades significativas elementales del propio texto tengan un sentido coherente y de consistencia lógica, por ende, las asociaciones deben tener un sentido en todo el entramado textual. En esta perspectiva, en los textos concretos de análisis, se deben encontrar las estructuras subyacentes abstractas que tienden a cumplirse en dichos textos (Santander, 2011).

Cabe mencionar que los códigos, se convierten en el elemento dominador del análisis estructuralista, porque los códigos son elementos de reproducción inconsciente de un sistema de articulación de signos. Así, la estructuración de los códigos conlleva a dos fases: 1) disección del texto en unidades mínimas de sentido (semantema, biografema, ideologemas, exemas, etc.) y; 2) búsqueda del sistema de relaciones que da la identidad al texto como un conjunto de posiciones que solo encuentran sentido si están relacionadas (opuestas a las otras), en esta dirección, se busca que la asociación conlleve a un análisis de los discursos producidos en esa relación, los que al mismo tiempo se subsumen en una interrelación mayor que emana de la representación social sobre dicho fenómeno o concepto (Santander, 2011).

En este tenor, la estructura encontrada corresponde al sistema de posiciones diferenciales de sus elementos dentro de una secuencia discursiva, por ende, encontrar este sistema implícito de unidades y reglas que conforman el cuerpo o contenido del relato, es lo que da sentido a esta fase de análisis, la cual busca encontrar estas oposiciones lógicas

universales, y todas las posibilidades regulares de enunciación, que al mismo tiempo se corresponden con un tipo particular de conocimiento (Santander, 2011).

Desde esta perspectiva, los elementos básicos que debe contener esta fase incluyen: el desglose de la secuencia discursiva, la cual contiene unidades constitutivas de los fragmentos subdivididos; posterior a este proceso, se continua con una descomposición y composición de elementos que son efectos de sentido diferente y; finalmente se realiza un análisis internalista para que el texto cree su propia explicación, es decir, una estructura generatriz de un modelo universal que cierra el texto, dándole coherencia, cohesión, corrección y adecuación desde la frase hasta el marco textual texto-contexto, así como la búsqueda de modelos de dominación lingüística (Santander, 2011).

Tal como señala Santander (2011), deconstruir un discurso no significa analizarlo, captar su contenido o su unidad, por el contrario, se demostrará cómo el propio texto rompe toda lógica y desborda sus supuestas motivaciones racionales y funcionales como juego de significantes, por tanto, este análisis busca factores que han generado la visión del mundo y las reglas de coherencia que estructuran el universo del discurso, es decir, que a través de este análisis se descubre cómo la realidad social construye los discursos, y cómo los discursos construyen dicha realidad.

Análisis sociológico de los discursos: Actor social y comunicación: a partir de esta fase del análisis, se prevé cuáles son las producciones simbólicas, y muy específicamente, cuáles fueron las condiciones sociales de la producción de los mismos, así como la posición que ocupan los productores de dicho contenido dentro del campo de producción (Alonso, 1998).

En este sentido, es importante reconocer que los discursos a través de textos, mensajes hablados, notas, metáforas, etcétera son formas de hablar, expresar y escribir determinadas

actitudes sobre la visión y conocimiento del mundo y de su actividad sociocultural, la cual proviene de un proceso de anclaje o condensación de sentido común, que conlleva una intención expresiva y retórica determinadas.

Por tanto, a través de esta fase del análisis se pretende buscar líneas de enunciación simbólica que tienden a expresar o representar posiciones sociales, actitudes objetivadas que se han materializado en imágenes lingüísticas. Así mismo, se tratar de hallar conflictos sociales o culturales que producen y son producidos por los discursos, por ende, los diversos discursos ocupan un lugar preponderante en las relaciones sociales, los cuales habrán de encontrarse a través de este análisis (Alonso, 1998).

En este sentido, esta fase comprenderá el análisis de los conflictos sociales, la posición que ocupan los discursos, las transformaciones que han tenido los discursos, las interacción e interrelación de los códigos como fenómenos intersubjetivos, situar los textos en contextos, los sistemas de campos de representación, el análisis sociológico de los discursos, el análisis histórico y los usos del lenguaje en una comunidad sociolingüística (Alonso, 1998).

Consideraciones éticas

La investigación cualitativa se fundamenta en las subjetividades de los individuos como eje central constitutivo del proceso indagador. Por consiguiente, las prácticas culturales, ideológicas, de identidades, de representaciones, imaginarios y de sentido común, conforman los principios ontológicos, epistemológicos y metodológicos, sobre los que dicho paradigma de investigación se conducirá.

Al respecto, estas connotaciones implican ciertos criterios éticos de valor fundamental, por ejemplo, se reconoce que el carácter metodológico de esta aproximación teórica indaga en la condición humana, como señala González (2002) ...

“eso significa que construye conocimiento mientras acoge (...) al tiempo que evita caer en reduccionismos, la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad y la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, entre otras condiciones propias de la subjetividad del ser humano y de su carácter social” (p.110).

En principio, la investigación cualitativa reconoce que el objeto de investigación es un sujeto emocional que interactúa, se interrelaciona con otros sujetos, es proactivo y hacedor como ente social, por tanto, la metodología no puede obviar que es un proceso intersubjetivo, cara a cara entre el investigador e investigado (González, 2002). En este sentido, la ética comunicativa estudia muchas condiciones de la dignidad del ser humano como interlocutor, es decir, el elemento de “persona” como componente ético primordial, se expresa como “interlocutor válido”, cuyos derechos a la réplica, transcripción y reproducción del argumento tienen que ser éticamente primados y reconocidos; además, se prioriza un valor de autonomía en varios campos de la vida social (González, 2002).

Con respecto a la ética de la investigación científica, en aspectos relacionados con temas de salud, como representa este caso, las principales fuentes de orientación ética incluyen: el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, el informe Belmont, las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médica (CIOMS), además de la Ley General de Salud sobre investigaciones con seres humanos, para el caso de México. A partir de estos documentos se resumen los principales componentes éticos, a garantizar en la realización de la presente investigación.

Sobre el valor social y científico, se añade que la presente investigación se considera de un valor ético añadido, debido a que el estudio de las representaciones sociales sobre salud/enfermedad en una comunidad del Estado de Oaxaca, tendrá una importancia de carácter social, científica y clínica. Esto debido a que, la interpretación de las

representaciones sociales, tanto en profesionales de la salud, como en usuarios indígenas zapotecas permitirá establecer un diálogo intercultural, que permita, no sólo la adecuación de una atención al contexto y significado de las personas, sino también, la comprensión y análisis integral de los fenómenos de salud/enfermedad. En general, la pertinencia social y científica de este estudio, asegura que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones, sin la posibilidad de algún beneficio personal o social (González, 2002). Es importante recordar, que la declaración de Helsinki (2013) en su principio ocho, aclara que, pese a que la investigación en seres humanos se enfoca a la obtención de conocimientos, éste nunca debe tener primacía sobre los derechos e intereses de la persona que participa en la investigación.

Con relación a la validez científica, se añade que la mala ciencia no es ética, esto se conforma desde la construcción teórica del estudio. Por consiguiente, *“la validez científica de un estudio en seres humanos es en sí misma un principio ético”* (González, 2002). Al respecto, para garantizar los criterios de validez científica en esta investigación, tal y como postula la declaración de Helsinki (2013) en su apartado 21° y 22°, conviene aclarar que la construcción teórica del problema, la selección de la metodología de estudio y la aproximación al proceso de análisis, fue desarrollado por el investigador bajo consenso de investigadores expertos en contenido y metodología, quienes dan supervisión y aprobación de los procesos aquí desarrollados. Desde esta perspectiva, el proyecto, fue aprobado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), así como por el comité científico de posgrados de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex). Asimismo, en la elaboración del proyecto se cuenta con la co-tutoría de expertos metodológicos, como la Doctora Margarita Teresa Torres López, quien forma parte del Sistema Nacional de Investigadores que, además de ser experta en metodología cualitativa, ostenta un bagaje amplio de conocimientos sobre estudios en representaciones sociales.

Respecto a la selección equitativa de los sujetos, la cual viene implícita en los principales códigos de ética, ya mencionados previamente. Se subraya que la selección de los sujetos de estudio, bajo el muestreo propositivo, asegura que dichos participantes se escogerán por razones relacionadas con las interrogantes científicas del estudio, y no por motivos racistas, discriminatorios, de vulnerabilidad o de estigma social (González, 2002).

Haciendo alusión a la proporción favorable del riesgo beneficio, a través de la declaración de Helsinki (2013) se conoce que la investigación con seres humanos implica considerables riesgos y beneficios, cuya proporción, en un principio puede ser incierta. En este caso, la investigación se justifica, porque implica un mínimo riesgo de intervención sobre los sujetos de estudio, en este tenor, los beneficios para la comunidad y el sistema de salud se maximizan. En general, el principio de beneficencia y no maleficencia, es el que prima en la construcción de esta investigación, debido a que, son los sujetos quienes pueden desistir de la investigación, en caso de sentir amenazada su privacidad e intimidad, así como su vulnerabilidad (González, 2002).

En una aproximación a las condiciones de diálogo auténtico, cobra relevancia el término de “esfera pública”, el cual apunta a un espacio en el que los sujetos deliberan sobre asuntos comunes (espacio institucionalizado de interacción discursiva), así mismo, el espacio público también representa el sitio donde se construyen y transforman las identidades sociales (Habermas, en González, 2002). Por ende, la participación de las personas significa hablar en la “propia voz de uno”; y que a través del lenguaje, éstos transmiten su mayor expresión cultural, es ahí, donde radica la importancia de mantener una ética discursiva, la cual permite que primero se reconozca el propio investigador, previo a reconocer y legitimar la acción comunicativa de las personas, en esta connotación, el investigador se compromete a respetar los diálogos y la vida de los participantes, sobre todo, a evitar que se fuerce a los

sujetos a adoptar una posición bajo presiones físicas o morales, así como, asegurar el respeto de sus derechos, expresiones, conciencia y procesos racionales (González, 2002). Finalmente, en este apartado, sólo queda añadir sobre el empeño y objetivo del investigador en conseguir la elevación cultural y material, tanto de los profesionales de la salud, como de los usuarios indígenas quialanenses, el cual se verá reflejado en un diálogo intercultural y en una comunidad ideal del habla (González, 2002).

Por otro lado, la evaluación independiente, hace referencia a una estrategia frente a posibles conflictos de interés entre los investigadores, que, para el caso de este proyecto, no existe dicha disyuntiva. Sin embargo, la evaluación independiente reducirá el mínimo de prejuicios, a través de la revisión y triangulación de datos, misma que se desarrollará por investigadores independientes y expertos en la temática, quienes podrán aprobar, corregir o suspender la investigación (González, 2002).

Uno de las principales consideraciones éticas señalada en la declaración de Helsinki (2013), en sus párrafos 25 al 32, versa sobre el consentimiento informado. En esta investigación, debido al objetivo de estudio y metodología, se propone que éste sea de manera verbal. Al respecto, el consentimiento informado, garantiza que los individuos participen en la investigación propuesta, sólo cuando esta sea compatible con sus intereses, valores y preferencias, de igual forma, el consentimiento asegura la participación voluntaria y autónoma de los participantes, lo que refleja, que éstos ostentan todos los conocimientos sobre su participación, por consiguiente, las personas tienen la suficiente autonomía para tomar decisiones sobre sí mismos (González, 2002). En general, los diversos códigos de ética apuntan que, el consentimiento informado, así sea de manera verbal, debe contemplar los siguientes requisitos: a) la provisión de la información sobre los objetivos, los riesgos (mínima invasión), los beneficios y las alternativas a la investigación y en la investigación;

y b) la comprensión del sujeto de la información asignada y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, individual y no coaccionada a participar en la investigación. Asimismo, el uso de grabaciones puede complementar o sustituir el consentimiento informado escrito. Sin embargo, la aceptación o no de estos recursos debe ser decidida por los sujetos de estudio (González, 2002).

Se hace hincapié que, el respeto a los sujetos inscritos, no culmina con el consentimiento informado, sino abarca otra serie de elementos como: permitir que cambie de opinión; decidir que la investigación no concuerda con sus intereses, por tanto, desistir de la misma sin sanción alguna; la reserva en el manejo de la información con estricta confidencialidad; la información nueva que emerge durante el curso de la investigación, deberá darse a conocer a la población de estudio; como reconocimiento a los sujetos de estudio, se les deberá proporcionar un informe sobre los resultados y experiencias de la investigación; y el bienestar del sujeto, se debe garantizar durante todo el transcurso de la investigación (González, 2002), tal y como lo señalan los principios siete y nueve de la declaración de Helsinki (2013), sobre el respeto, protección de la salud y de los derechos individuales de la persona.

Con respecto a la investigación con grupos vulnerables, como pueden ser los usuarios indígenas, todo ello devenido por su condición histórica, política, cultural, social y epidemiológica. La declaración de Helsinki (2013) señala que, todas las personas deben recibir protección específica, para ello, la investigación sólo puede ser dirigida a estas poblaciones, cuando ésta responda a las necesidades o prioridades de salud, que no pudieran hacerse con poblaciones no vulnerables. En este caso, la diversidad cultural y las representaciones sociales que presentan estas poblaciones, difiere de las representaciones que ostentan los profesionales de la salud, por tanto, el diálogo e interacción comunicativa se ve

transgredida y mermada por una serie de prejuicios culturales. Es por ello, que esta investigación amerita desarrollarse en estas poblaciones, para tener una aproximación a la “*otredad*”, desde el conocimiento común de los propios participantes, y a partir de esto, planear en conjunto con profesionales y usuarios, las mejores estrategias de atención.

Desde esta perspectiva, en toda observación, se debe reflexionar previamente sobre los aspectos éticos; dado que observar a otro siempre implica cierta injerencia en su intimidad. El investigador ha de tener un respeto escrupuloso y un compromiso con las personas observadas, debe garantizar el anonimato y la confidencialidad, y debe sopesar los beneficios y riesgos potenciales de la observación. Sin embargo, cuando observamos aparecen interrogantes éticos que deben tenerse muy en cuenta. Así pues, no se considera ético permitir que el observador esté presente en un espacio confidencial entre médico y paciente sin antes informar al paciente (Fernández, 1996; Olabuenaga, 1996; Pons, 2017).

Para el caso de la observación encubierta en que los observados no conocen o se enmascara el propósito de la investigación conlleva importantes cuestionamientos éticos. Presentar una identidad diferente de la propia, sólo resulta aceptable si se apoya en motivaciones éticas convincentes. Y seguramente es discutible que el objetivo de la investigación tenga un valor moral tan alto como para justificar medios como el engaño y la instrumentalización de la buena fe de los demás. Además, saber que está engañando a otros puede generar un estado de incomodidad y falta de naturalidad en el investigador difícil de gestionar. También, existe el riesgo de ser descubiertos, lo que puede tener consecuencias totalmente imprevisibles (Fernández, 1996; Olabuenaga, 1996; Pons, 2017).

Finalmente, dentro del método etnográfico y la técnica de observación participante, será de gran utilidad el uso de fotografías y videos, para ello, se debe solicitar el consentimiento informado verbal de los sujetos de estudio, el cual debe incluir aspectos

relacionados con la confidencialidad y resguardo del material, es decir, se debe dejar claro, el objetivo de obtener dicho material y el acceso de otras personas a este contenido, aclarando que sólo podrá ser utilizado con fines de investigación y para beneficio de la población estudiada. Cabe señalar, que la acción implícita de tomar fotografías o videos, no conlleva ningún riesgo a la salud, salvo, el riesgo al descubrimiento de la identidad de la persona, la cual debe salvaguardarse en todo momento. Asimismo, se deberá primar la decisión de las personas a no producir dicho material (Lane, 2010).

Referencias

- Aguilera, G.R.; Mondragón, L. y Medina, M.M. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*, 31: 129-138. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200007
- Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. España: Editorial Fundamentos
- Amezcua, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 13 (2): 112-17. https://www.researchgate.net/publication/257500353_La_entrevista_en_grupo_Cara_cteristicas_tipos_y_utilidades_en_investigacion_cualitativa
- Amezcua, M. (2016). La observación participante en 10 pasos. *Index de enfermería*, 25: 92. <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/guia.pdf>
- Araya, V.; Alfaro, M. y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Laurus*, 13 (24): 76-92.

- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza. Brasil: AMM.<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Aznar, P. (1992). *Constructivismo y educación*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Banchs, M.A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*, 9: 3.1-3.15.
- Bernard, H. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Methods*. USA: Altamira Press.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (2003). El ACD como método para la investigación en ciencias sociales. En Wodak, R. y Meyer, M. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, pp.143-178.
- Fernández, S.J. (1996). Utilidad de la evaluación naturista para la formación MIR en Santos, G.M, et. al. *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: El arte de mejorar a través del conocimiento*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).
- González, A.M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Rev. Iberoamericana de educación*, 29: 85-103.
- González, P. M. (2002). *Pensando la política. Representación social y cultura política en jóvenes mexicanos*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- file:///E:/representaciones%20sociales/etica%20de%20la%20investigación.pdf

- Hermans, H. (2001). The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture & Psychology*, 7: 243-281. [10.1177/1354067X0173001](https://doi.org/10.1177/1354067X0173001)
- INEGI. (2015). Encuesta intercensal 2015. http://www.digepo.oaxaca.gob.mx/recursos/info_pdf/San%20Bartolom%C3%A9%20Quialana.pdf
- Lane, A.T. (2010). *Consentimiento para repositorio fotográfico*. Colombia: Comité de ética UIS. http://www.uis.edu.co/webUIS/es/investigacionExtension/comiteEtica/normatividad/documentos/normatividadInvestigacionenSeresHumanos/7_Modelodeconsentimientofotografiamedica2010spanish.pdf
- Lince, R. y Amador, J. (2013). Introducción. En *Reflexiones contemporáneas sobre los autores clásicos de la hermenéutica. Tomo II*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mendieta, I. G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17 (30): 1148-50. <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2: 1-25.
- Perera, P.M. (2005). *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Argentina: Biblioteca CLACSO. http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULO_S/ArticulosPDF/02P075.pdf

- Pérez, M.J. (2019). Diagnóstico situacional 2019. Unidad Médica Rural No. 316 San Bartolomé Quilana.
- Pons i, V.M. y Monistrol R,O. (2017). *Curso de introducción a la investigación cualitativa. Unidad didáctica V: técnicas de generación de información en investigación cualitativa II*. Universidad Autónoma de Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Fundación Dr. Robert. https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2018/01/M5_curso_intro_investigacion_cualitativa.pdf
- Ricouer, P. (2013). La hermenéutica y el método de las ciencias sociales. *Cuadernos de filosofía latinoamericana*, 34 (8109): 57-70.
- Ruiz, O. J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta moebio*, 41: 207-24. <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/41/santander.pdf>
- Smith, J. (1993). Using Anthropac 3.5 and a spreadsheet to compute a free-list salience index. *Cultural Anthropology Methods Newsletter*, 5(3):1-3. doi: 10.1177/1525822x9300500301
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A. de C.V. https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05_taylor_mc3a9todos.pdf
- Torres, L.T.; Munguía, C.J. y Torres, V.M. (2018). Representaciones sociales de empleo y desempleo en estudiantes universitarios de Quito, Ecuador. *Rev. Reflexiones*, 97 (2): 7-22.

- Vasilachis, G.I. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa Editorial. <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>
- Zavala, J. (2019). *Quialanitas, muñecas que dan esperanza a artesanas zapotecas*. Ediciones especiales: El Universal. http://1.facebook.com/1.php?u=http%3A%2Foaxaca.eluniversal.com.mx%2Fespeciales%2F06-03-2019%2Fquialanitas-munecas-que-dan-esperanza-artesanas-zapotecas&h=AT1HhJ8bpcw6jq8_RcrWMfPpvsumf0O8eSC0WljU9yKl3eCG7G6W6eARSZuyYZQjxdDIQi0W5bEqORsLz67N_CycMdYTCTDd3gAF3srfusSR6P_YLziX4qEyhxAmmVnjRxHMDXMc



RELACIÓN

SALUD-ENFERMEDAD

EN LAS

CIENCIAS

DE LA

SALUD

Fuente: Hospital General de Zona No. 36 "Tlacolula de Matamoros". Mijangos, F.K., 2020

CAPÍTULO I.- RELACIÓN SALUD-ENFERMEDAD EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Modelo biomédico y construcción de la mirada médica occidental

Aproximándonos a la historia de la medicina, entre los años 1940 y 1945, durante la segunda guerra mundial, se elaboró el Plan Beveridge (1942), el cual sirvió de modelo a la organización de la salud. En este Plan, la sociedad asume la responsabilidad de proteger la vida y el buen estado de salud de sus habitantes (Foucault, 1996).

Como afirma Foucault (1996, p. 43) *“por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud”*.

Así, el Estado se comprometió moral y legalmente con los ciudadanos para mantener no sólo la salud física con fines nacionalistas, sino encaminada a la protección de la salud del propio cuerpo de todos los individuos.

Ya en el siglo XIX se enmarca la obligación de los individuos a mantener su salud y la de sus familiares. También en esta época el concepto de limpieza e higiene toman mayor relevancia. A partir del siglo XX el concepto de limpieza pasó a segundo plano, por consiguiente, se retoma la idea que la persona tiene el derecho a estar enferma cuando lo desee y necesite (Foucault, 1996).

En este sentido, la salud pasa a formar parte de la macroeconomía, es decir, que las enfermedades, las ausencias laborales debidas a ello y los gastos derivados para recobrar la salud, conllevan a la redistribución económica.

Como señala Foucault (1996) *“esta redistribución ya no dependería del presupuesto sino del sistema de regulación y de la cobertura económica de la salud de las enfermedades”* (p. 44). Por tanto, la salud, la enfermedad y el cuerpo se convierten en un proceso de socialización de los individuos y el objeto de una verdadera lucha de poder.

“Tomando como punto de referencia simbólica el Plan Beveridge, se observa en el decenio de 1940-1950 la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo” (Foucault, 1996, p. 44).

Desde el punto de vista de Foucault (1996) estos años son fundamentales para el inicio de una nueva época en la historia de la medicina, porque el cuerpo y la salud del mismo, se convierten en el objeto de intervención del Estado. Asimismo, también surge la relación de las enfermedades con la salud, es decir, la inversión desde la teocracia hacia la somatocracia.

Es menester puntualizar que la medicina siempre ha sido y será social, desde su mayor auge en el siglo XVIII, por tanto, la medicina individualista, clínica y singular fue un mito por el que se justificó cierta parte de la práctica social de la medicina (el ejercicio privado de la profesión) (Foucault, 1996).

Actualmente la medicina está pasando por una crisis que se originó en el siglo XVIII y perduró en el siglo XX, entre las crisis más emblemáticas se presenta dos: 1) la producida por la científicidad, donde el saber y práctica médica resulta más peligrosa que el hecho de no saber o ignorancia médica; y 2) la segunda crisis corresponde al fenómeno de la medicalización indefinida, en la cual, la demanda del paciente no es tan importante, es decir, la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad y poder (Foucault, 1996). Así, Foucault expresa ...

“hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo”. (1996, p. 49).

En general existen cuatro grandes procesos que caracterizan a la medicina del siglo XVIII, donde la preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad (Foucault, 1996):

- 1) Aparición de una autoridad médica: la autoridad médica corresponde a una autoridad social que puede tomar decisiones relativas a una sociedad o mejor conocida como medicina del Estado.
- 2) Aparición de un campo de intervención médica distinto de las enfermedades: el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, etcétera.
- 3) Introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital.
- 4) Introducción de mecanismos de administración médica; registra de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etcétera.

El problema previamente tratado depende específicamente del desarrollo y evolución del sistema médico y el modelo seguido por la organización médica y sanitaria de occidente a partir del siglo XVIII. Dentro de este planteamiento se proponen tres momentos históricos importantes (Foucault, 1996):

- 1) La biohistoria (principios del S. XVIII): el efecto en el ámbito biológico de la intervención médica. Así pues, en esta época muchas enfermedades infecciosas fueron desapareciendo, sin embargo, no dan una explicación precisa de la disminución cuantitativa de las infecciones.
- 2) La medicalización: época que abarca el S. XVIII y que se caracterizó por el uso desmedido de los medicamentos para controlar la conducta, la existencia y el cuerpo humano. Por ende, la investigación médica, se hizo cada más penetrante y difusa.
- 3) La economía de la salud: la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas.

Cabe mencionar que, durante el siglo XVIII y principios del siglo XIX se desarrolló el capitalismo, cuyo primer objeto que socializó fue el cuerpo en función de la fuerza productiva y laboral (Foucault, 1996). Dentro de esta ideología, se percibía que el control de la conciencia e ideología no eran suficientes, se requería el control directo del cuerpo con el cuerpo. Así, estas sociedades capitalistas daban mayor prioridad a lo biológico, lo somático y lo corporal; por ende, el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina es un instrumento y/o herramienta de la biopolítica (Foucault, 1996); no obstante, la medicina se considera social.

La formación de la medicina social se resume en tres etapas:

- a) La medicina del Estado: también denominada Ciencia del Estado se desarrolló en Alemania a principios del siglo XVIII. El Estado, se convierte en objeto de conocimiento, de instrumento y lugar de adquisición de conocimientos científicos. En términos generales, esta etapa se caracteriza por la organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica y la subordinación de los médicos a una organización médica estatal (Foucault, 1996).
- b) Medicina urbana: la medicina social no era apoyada por el Estado, sino por la urbanización, es decir, se constituye la ciudad como unidad de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado. Durante esta fase, para controlar los fenómenos médicos y políticos que causaban incertidumbre a los pobladores de las ciudades, y más específicamente a la clase burguesa, el Estado dio paso a un nuevo modelo de intervención, muy bien establecido, pero raramente utilizado: el modelo médico y político de la cuarentena (plan y/o reglamento de urgencia) (Foucault, 1996).
Entre los principales objetivos de dicha medicina están: 1) analizar los sectores

de hacinamiento, de confusión y de peligro en el recinto urbano; 2) el control de la circulación del agua y del aire; y 3) la organización de lo que podríamos llamar distribuciones y secuencias (Foucault, 1996). En general la medicalización de los ciudadanos del siglo XVIII cobra importancia porque: por la medicina colectiva, social y urbana, la profesión médica se puso directamente en contacto con otras ciencias (principalmente la química); la medicina urbana no es una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas, es, por tanto, una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia. Finalmente, con la medicina urbana, se constituye la noción de salubridad e insalubridad, que se refiere al estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud, por consiguiente, la higiene pública es el control político-científico de este medio (Foucault, 1996).

- c) Medicina de la fuerza laboral: también denominada la medicina de los pobres, de la fuerza laboral y de los obreros. Previo a la revolución francesa el pobre no era considerado una amenaza para la salud, no obstante, el Estado se percató que el pobre cohabitaba en el interior de la ciudad, por tanto, ellos formaban parte de la instrumentación de la vida urbana, sin embargo, no fue hasta la epidemia del cólera en 1832, cuando se comenzó a tener ciertos temores políticos y sanitarios, con respecto a la población proletaria, en consecuencia, se decidió hacer una división de la ciudad en sectores pobres y ricos (Foucault, 1996). Con este suceso el Estado comenzó a tener poder político sobre el derecho de la propiedad y la vivienda privada. Asimismo, surge la Ley de pobres, la cual implicaba un control médico del indigente, es decir, a medida que el pobre se beneficiaba del sistema de asistencia, éste quedaba obligado a aceptar varios controles médicos (Foucault,

1996). Cabe resaltar, con el surgimiento de esta ley, surge la idea de una asistencia fiscalizada, la intervención médica mantenía un control por el cual, la clase burguesa, y sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población privilegiada (Foucault, 1996). Posteriormente, en Inglaterra a finales del siglo XIX surge un servicio autoritario también llamado “*health service*” o “*health offices*”, el cual cumplió con los siguientes objetivos: control de la vacunación, obligando a los diferentes elementos de la población a inmunizarse; registro de las epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas y; la identificación de lugares insalubres, que tenían por objetivo el control de las clases más necesitadas (Foucault, 1996).

En síntesis, como señala Foucault el sistema inglés de Simon, tenía como fundamento “*el control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas*” (1996, p. 69).

En general, el sistema inglés del siglo XIX permitió vincular tres cosas: 1) la asistencia médica al pobre; 2) el control de la fuerza laboral y; 3) la indagación general de la salud pública, de este modo, se protegía a las clases más ricas de los peligros generales (Foucault, 1996). Asimismo, toda esta etapa creó tres sistemas médicos: la medicina asistencial enfocada a la atención de los pobres; la medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación y las epidemias y; la medicina privada que beneficiaba a aquellos que tenían medios para pagarla (Foucault, 1996).

El nacimiento de la clínica y la mirada médica occidental

En la historia y evolución de la medicina como Ciencia, también es importante recuperar el concepto de hospital como *instrumento terapéutico*, que data de fines del siglo XVIII, en el

año de 1760, donde se crea la idea, que el hospital tiene y debe curar a los enfermos, como consecuencia, se desarrolla una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales (Foucault, 1996).

El hospital como institución importante para la sociedad de Occidente desde la Edad Media, no formaba parte de una institución médica, por tanto, la medicina no era una profesión hospitalaria, es decir, el personaje principal del hospital era el pobre moribundo, al cual se le ofrecían servicios espirituales y materiales, para que éste consiguiera su salvación, así mismo, la función del hospital permitía separar los individuos peligrosos para la salud general de la población. Sin embargo, el siglo XVIII representó la introducción de una medicina hospitalaria o un hospital médico-terapéutico (Foucault, 1996).

Con ello, se puede constatar que ninguno de los elementos y justificación científica, pretendía hacer de la práctica médica, una medicina hospitalaria, señalando que la medicina de la época media de los siglos XVII y XVIII, era profundamente individualista, porque sólo comprendía un conjunto de conocimientos de los textos y la transmisión de recetas más o menos secretas o públicas (Foucault, 1996).

En este sentido, la intervención del médico en la enfermedad sólo se fundamentaba en el concepto de crisis. La función del médico sólo le limitaba a la observación del enfermo y de la enfermedad, para dar cuenta de los primeros signos y, así descubrir el momento en que se producía la crisis entre su naturaleza sana y el mal que lo aquejaba (Foucault, 1996).

Durante esta fase de crisis, *“el médico debía observar los signos, pronosticar la evolución, y favorecer, en la medida de lo posible, el triunfo de la salud y la naturaleza sobre la enfermedad.”* (Foucault, 1996, p. 72).

Al respecto, hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina tenían funciones y campos de acción divergentes. La transformación hacia una medicina hospitalaria, hay que

atribuirla a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario, y a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina, debido a razones económicas, al precio atribuido al individuo y al deseo de evitar la propagación de las epidemias (Foucault, 1996). Asimismo, la introducción de estos mecanismos disciplinarios en el hospital iba a permitir su medicalización (Foucault, 1996).

Desde esta perspectiva, la cura ya no se dirigía a la enfermedad como en la medicina de la crisis, por el contrario, se orienta hacia el medio que la rodea: el aire, el agua, la temperatura ambiente, el régimen, la alimentación, etc. Como señala Foucault (Foucault, 1996, p. 76) *“es una medicina del medio que se está constituyendo, en la medida en que la enfermedad se concibe como un fenómeno natural que obedece a las leyes naturales.”* En síntesis, en el desplazamiento de la intervención médica, y en la aplicación de la disciplina en el espacio hospitalario, es donde se funda el origen del hospital médico (Foucault, 1996).

Finalmente, durante el periodo de 1780 a 1790, se desarrolla la formación normativa del médico en el hospital. Esta institución, era un lugar de cura, pero también de formación médica, por consiguiente, el individuo es el que será observado, vigilado, conocido y curado, y también surge como objeto del saber y de la práctica médica (Foucault, 1996).

Tanto el nacimiento de la clínica como el inicio de la medicalización, muestran un claro ejemplo sobre la connotación y denotación del saber en el existir del hombre (Foucault, 1999). A través de las páginas de Foucault (1999), se puede señalar que el saber médico, permitió construir la idea del hombre a partir de una concepción organicista, separada e individualizada. En este caso, el discurso médico, se revela como una herramienta de poder, que pretende comprender la subjetividad somatizando el cuerpo de la persona. Finalmente, el proceso de la medicalización y el surgimiento de la biopolítica desde el siglo XVIII

materializaron dicho proyecto, sometiendo de este modo al sujeto, a un ejercicio constante de poder.

Foucault (1999) hace un recorrido histórico del surgimiento y evolución de la mirada médica, la cual conforma el fundamento de la medicina moderna. Así, en el siglo XVIII los hospitales franceses, propiciaban un escenario confuso y alejado de la realidad médica. En estas instituciones se albergaba a los pobres y los menesterosos, por ende, se decía que el hospital se encargaba de almacenar todos los males posibles; por consiguiente, resultaba muy complejo poder estudiar y comprender adecuadamente el proceso de la enfermedad. En este sentido, la función principal del hospital contemplaba la atención de la muerte del sujeto; y todo ello, albergaba una serie de estigmatizaciones, además, se concebía como un espacio que reproducía y multiplicaba las enfermedades, desangrando económicamente a la nación (Foucault, 1999).

Con la revolución francesa, se pretende hacer una transformación de la atención y normas que rigen la enfermedad. Desde esta perspectiva, el Comité de Mendicidad de la Asamblea Nacional, auxiliándose de la economía y de la medicina, quienes aseguraban que el único remedio para la enfermedad, *“es el medio natural de la vida social, la familia”* (Foucault, 1999, p.65); se crean casas comunales para todos aquellos desprovistos de esta unidad familiar, así mismo, se plantea la idea de suprimir a los hospitales, porque como señalaba Foucault ...

“las fundaciones hospitalarias, bienes inmovilizados y creadores por su inercia misma de pobreza, deben desaparecer, pero en provecho de una riqueza nacional y siempre movilizable que pueda asegurar a cada uno los auxilios necesarios” (1999, p. 66).

Al respecto, se suprime la idea de una deshospitalización, y se sugiere que la pobreza deberá ser sostenida con los auxilios públicos, mientras que la enfermedad se dejará en manos

de las familias, como uno de los lugares propicios para favorecer la salud (Foucault, 1999). En consecuencia, tanto las corporaciones de médicos como las escuelas debían ser parte fundamental de estas grandes transformaciones.

Posteriormente, se desarrollan otras reformas que renuevan la organización del hospital, las estrategias de aprendizaje, de enseñanza y las técnicas de observación, las cuales son fundamentales para el nacimiento de la medicina moderna (Foucault, 1999). Todas estas reformas incluían: la formación clínica de los nuevos médicos, el establecimiento de órganos de control para garantizar la práctica de la medicina y el dotar de soberanía a la mirada (Estrada, 2015).

Entre los años 1775 y 1785 Jean Jacques Tenon observaba una organización hospitalaria diferenciada, y pronunciada bajo dos principios: para cada hospital una familia de enfermedades específicas; en el interior del hospital se ubicaban especies particulares de enfermos.

Como señalaba Foucault *“Allí, bajo la mirada del médico de hospital, las enfermedades se agruparán por órdenes, tipos y especies, en un dominio racionalizado que restituye la distribución originaria de las esencias”* (1999, p. 69).

A partir de estos eventos, el hospital se convirtió en una especie de centro experimental que garantizaba un espacio de visibilidad claro y resplandeciente; capaz de visualizar los cuerpos y disponerlos como objetos de saber (Foucault, 1999, en Estrada, 2015). Asimismo, los cambios antes señalados, también modifican la práctica y enseñanza médica en dirección de una mirada totalizadora que será capaz de diferenciar lo normal de lo patológico (Foucault, 1999). Esta idea totalizadora dejaba un legado y/o doctrina capaz de colonizar las tinieblas de la ignorancia y la incompetencia (Foucault, 1999).

Como afirma Foucault (1999), la mirada médica se convierte en el elemento fundamental para el surgimiento del método anatómico de Xavier Bichat para la comprensión de la enfermedad; por consiguiente, de la medicina moderna. Cabe resaltar, que todos estos acontecimientos fueron posibles, gracias a la interacción e interrelación con la vida económica, con las transformaciones políticas y con las nuevas estrategias formativas de las escuelas de medicina (Foucault, 1999).

Cabe hacer hincapié en que, los códigos estructurales imperantes en la medicina del XVIII no ubicaban la enfermedad en el cuerpo. Empero, con el nacimiento de la clínica la mirada médica no reduce, por el contrario, constituye el cuerpo del individuo como un ente donde se posa y distribuye la enfermedad (Foucault, 1999).

“La enfermedad se desprende de la metafísica del mal con la cual, desde hacía siglos, estaba emparentada; y encuentra en la visibilidad de la muerte la forma plena en la cual su contenido aparece en términos positivos” (Foucault, 1999, p. 276).

Al respecto, el hombre enfermo será comprendido como una estructura lábil, precaria y finita; porque la nueva estructura del saber médico será una apuesta por conformar una ciencia de los individuos. *“Se trata de un saber que produce sujetos” (Estrada, 2015) (...) “se es sujeto en la medida que se es objeto del saber” (Foucault, 1968, p. 304).*

No obstante, los importantes cambios que actualmente se adelantan en el campo de las ciencias biológicas han condicionado de una forma importante la racionalidad médica y sus formas de acceder a la enfermedad. La perspectiva de grandes clínicos como Bichat o Corvisart se posaba sobre una dimensión “molar”, esto es, los tejidos, los órganos, la sangre (Foucault, 1999). Gracias a las nuevas tecnologías de visualización digital y al desarrollo de dispositivos que permitirán fraccionar, anatomizar y manipular la vida en dominios

microscópicos se ha generado una concepción del cuerpo humano que resulta cada vez más distante de las comprensiones holísticas del pasado (Le Breton, 1994).

Construcción del concepto de salud y enfermedad

Al analizar la historia de la medicina, cobra relevancia la connotación que al término salud, le han otorgado las diversas culturas y sistemas. Al respecto, Vega (2002) afirma que el concepto de salud tiene un significado parecido entre las diversas culturas, haciendo referencia a éste en términos de equilibrio, armonía y equidad, por consiguiente, la enfermedad es lo opuesto a estos conceptos.

La salud es uno de los conceptos más complejos para definir, es por ello que la historia da cuenta de los diversos cambios y conceptualizaciones otorgadas, por ejemplo, Vega (2002) señala que muchas personas conciben la salud como la libertad, porque según Henri-Francois Becque, la persona sólo se da cuenta de su existencia, cuando se encuentra ausente (en Vega, 2002); todo esto permite reflexionar sobre el entorno y las circunstancias que transcurren en la cotidianidad, y que dan sentido a la percepción y significado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, en Vega, 2002) define el término salud como: *“el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez”*.

En este sentido, el término de bienestar suele ser sinónimo de salud. Así, pues, Vega (2002) comenta que esta definición establecida por la OMS asimilará *“que la salud es equiparable a una vida placentera en lo físico, en lo mental y en lo social, como si el placer emanado de los sentidos corporales fuese el fin último que persigue una vida sana”*. Por tanto, es importante analizar el contexto histórico en torno a este concepto.

En el Antiguo Egipto, la enfermedad y la muerte se estudiaban y pensaban más que la propia salud. Así, para los egipcios, tanto la muerte como la enfermedad se consideraban condiciones inseparables de la naturaleza del hombre. Al respecto, la salud y la enfermedad sólo eran debidas a causas externas, en tanto, la enfermedad y la muerte eran ocasionadas por fuerzas extrañas, como objetos inanimados, seres vivos o espíritus demoniacos. Al final, la salud sólo podía estar presente cuando existía la interacción armónica de las fuerzas de la materia con la persona, en contraposición, la enfermedad devenía cuando se trastocaba la armonía (Vega, 2002).

En la Mesopotamia de hace cuatro o cinco mil años, las enfermedades se consideraban como el castigo devenido por los dioses a causa de la transgresión de las normas, sin embargo, también esta cultura creía en el maleficio producido por una persona, o simplemente en el capricho de algún demonio. Desde esta perspectiva, la recuperación de la salud sólo podía reestablecerse a través de la reconciliación de la persona pecadora con los dioses ofendidos, mediante intervenciones y/o ritos religiosos, así como, el exorcismo y la magia (Vega, 2002).

En China, la salud se encuentra correlacionada a un ente inmutable y eterno conocido como el *Tao* absoluto, el cual reconoce el principio fundamental de la virtud y la vida, estableciendo como meta suprema del mismo, la inmortalidad corporal, para lo cual, era necesario: la observancia de las leyes morales, la exaltación mística, los recursos mágicos, la alimentación del cuerpo (*yang-sing*), la alimentación del espíritu (*yan-chen*) y la concentración en el uno (*cheu-yi*) (Vega, 2002). En general, la armonía del cuerpo y el espíritu se debía a dos elementos inseparables en el *Tao*: el *yin* y el *yang*, es decir, del equilibrio de estos dos elementos, dependía que la persona ostentará la salud o que padeciera alguna enfermedad (Vega, 2002).

En la India, la medicina sobre la longevidad (medicina Ayurveda), la cual se desarrolló en el siglo VII y VIII a.C., reconoce que los elementos esenciales del cuerpo humano son los mismos del macrocosmos: éter (o vacío), viento, fuego, agua y tierra (Vega, 2002). En este sentido, la combinación y cantidad de estos elementos, es lo que originó la formación de los órganos corporales, por ende, el elemento que predominará más en un órgano, es el que definía su función, por ejemplo, el éter se encuentra en los órganos huecos, como el intestino; el viento, en los soplos; el agua, en los líquidos corporales, como la sangre; el fuego, en el calor interno del cuerpo; y la tierra, en los tejidos corporales y los músculos (Vega, 2002). En síntesis, según datos de esta cultura, los elementos más importantes eran: el viento, el fuego y el agua; por consiguiente, el desequilibrio o perturbación de los mismos, se traduce en tres defectos (tridosha) que identifican a la enfermedad. En tanto, el equilibrio y armonía de los mismos se convierte en salud (Vega, 2002).

Para la cultura grecolatina, a partir de las ideas de Pitágoras (582-497 a.C.), se pensaba que todo era número, y todo era *harmonía*: los hombres, los órganos y los miembros corporales. Desde esta visión, la *harmonía* y medida del todo y de sus partes, era lo que originaba la vida y salud de los hombres (Vega, 2002).

El concepto de *harmonía* primó durante varios años. Por resumir algunos de los principales exponentes de este término, Empédocles (490-430 a.C.), en la primera mitad del siglo V a.C., asumía que los principales elementos del cosmos (fuego, aire, agua y tierra), eran también los principales componentes del cuerpo humano (Vega, 2002). Así, Empédocles añadía un último componente denominado “amor”, a la formación de los cuatro elementos. Él consideraba al amor, como la sustancia que mantenía la cohesión y la *harmonía* de los cuatro elementos; en tanto, la deficiencia de este elixir, alteraba la salud (Vega, 2002).

Asimismo, Alcmeón de Crotona, en el último tercio del siglo VI a.C., aseguraba que la salud corporal y espiritual dependían de la isonomía, que hace referencia al equilibrio, equidad, armonía y democracia de las fuerzas húmedo-seco, frío-caliente, amargo-dulce, entre otras (Vega, 2002). Sumado a esta connotación, Pólibo retoma la creencia hipocrática, sobre el equilibrio en la intensidad, proporción y cantidad de los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) en el proceso de salud-enfermedad (Vega, 2002). Así también, Galeno, en el siglo II d.C., reafirmó la doctrina hipocrática; ejerciendo una gran influencia en el ejercicio de la medicina por 1500 años, estableciendo la identidad de la medicina occidental (Vega, 2002).

Tanto los médicos árabes y como los judíos, en el siglo XII y XIII hasta el siglo XIX, continuaron con las premisas y filosofía de la medicina occidental hasta la fundación de la Escuela médica de Salerno, la cual recuperó la idea grecolatina de los preceptos higiénicos (Vega, 2002); sin embargo, los fenómenos asociados a la edad media, dieron pauta a la expansión del cristianismo; y con ello la idea de correlacionar a la salud, al bienestar, a la enfermedad y a la infelicidad como designios otorgados por Dios (Vega, 2002).

Entre el año 1453 y 1789, marca el inicio de la Edad Moderna, época en la que Paracelso estableció una nueva doctrina en la medicina, la cual era caracterizada por la concepción de los procesos fisiológicos y patológicos explicados en términos de reacciones químicas (Vega, 2002). Asimismo, Paracelso creía que los órganos corporales funcionaban bajo tres principios físicos: el combustible (azufre, porque arde), el volátil (mercurio, porque echa humo) y el incombustible (sal, porque permanece en las cenizas). Con base en estas premisas, Paracelso apuntaba que, para la recuperación de la salud, se necesitaba de un excelente alquimista para separar los principios buenos de los malos que había en el medio

ambiente; del favor de los astros; de la constitución natural y espiritual del ser humano; y de la anuencia de Dios, quien preserva la vida (Vega, 2002).

Tres siglos después, William Harvey (1578-1657) desarrolló investigaciones relacionadas con la circulación sanguínea; ya en el siglo XIX Claudio Bernard introdujo la medicina al mundo de la ciencia (medicina experimental) (Vega, 2002). En este sentido, la salud dependería de la relación de equilibrio e intercambio entre el funcionamiento armónico de los órganos y los sistemas corporales, en su constante interacción con fuerzas físicas, objetos materiales, sustancias químicas y seres biológicos del ambiente externo (Vega, 2002).

En el año 1938, Perkins define la salud como:

“un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo” (...) “no es, pues, el resultado de la interrelación pasiva entre las sustancias del organismo y los factores que pretenden romper la armonía con el medio externo, sino la respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan para establecer los ajustes para preservar la vida” (en Vega, 2002).

Bajo esta premisa, Dubos interpretó la salud en un sentido ecológico, estableciendo la interrelación e interacción de dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo; por consiguiente, cualquier factor que afecte en el equilibrio de estos dos sistemas ecológicos, produciría la enfermedad (Vega, 2002).

No obstante, el concepto hasta ahora estudiado, sólo hablaba de salud en términos de individualidad. Es por ello, que en la década de los años treinta del siglo XIX, Walter B. Cannon, extrapolar el término de homeostasis biológica al concepto de homeostasis social; con ello, establece que la salud depende del equilibrio de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad, incluyendo la estructura política de la salud y la participación del Estado (Vega,

2002). Así, en la reunión desarrollada por la OMS para la Promoción de la –Salud en el siglo XXI, en Jakarta en 1997, se establece que:

“los requisitos para la salud de la población son: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad” (cit. por Vega, 2002).

Veinte años después, en 1966, aparece el médico y filósofo vitalista Georges Canguilhem, quien afirma:

“la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas” (...) “la salud es un conjunto de seguridades en el presente y aseguramientos para el futuro” (...) “el hombre sólo se siente en buen estado de salud – tal es la salud- cuando más que normal –es decir adaptado al medio ambiente y a sus exigencias- se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida” (...) “la salud es una manera de abordar la existencia sintiéndose no sólo poseedor sujeto y su mundo y sobre esto versa la observación del médico” (cit. por Vega, 2002).

Como se pudo observar previamente, a través de la historia se han propuesto modelos y concepciones para referirse a la enfermedad. De acuerdo con Canguilhem, existen tres concepciones de la enfermedad: la ontológica, la dinámica y la social (Moreno, 2006).

“La concepción ontológica considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado o se le ha quitado algo” (Moreno, 2006). En este sentido, la enfermedad ostenta una independencia, capaz de producirse un mal. Por ende, la salud se atribuía a razones de índole mágica, generada por agentes conscientes, que pueden estar vivos o muertos, seres humanos o extrahumanos (Moreno, 2006).

La concepción dinámica de la enfermedad propone la estabilidad y equilibrio entre el cuerpo y el ambiente externo; por consiguiente, la salud se contemplaba dentro de una

relación armoniosa entre el hombre y su ambiente, así como del equilibrio de los humores corporales propuestos por Hipócrates (Moreno, 2006).

A mediados del siglo XX, surgió el enfoque histórico-social, el cual propone que la salud y la enfermedad se explican por el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales (Moreno, 2006). En general, la enfermedad se explica más allá de una concepción biológica; se requieren de la comprensión de procesos culturales y políticos, cuyo sentido conlleva una carga de connotaciones sociales (Moreno, 2006).

Referencias

- Estrada, M.D. (2015). La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault. *Escritos*, 23(51): 331-55.
- Foucault, M. (1968). *“Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas”*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1996). *“La vida de los hombres infames”*. La Plata, Argentina: Altamira.
- Foucault, M. (1999). *“El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Le Breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *REIS. Monográfico sobre perspectivas en sociología del cuerpo*, 68:197-210.
- Moreno, A.L. (2006). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Rev. Salud Pública de México*, 49 (1): 63-70.
- Vega, F.L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Rev. Salud Pública de México*, 44(3): 258-265.

Verticalidad, jerarquización y autoritarismo en la medicina moderna

Ciudad de México, a 03 de agosto de 2019. Ceremonia de bienvenida para padres y alumnos de nuevo ingreso. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional (ENMyH/IPN).

En palabras del Director de la ENMyH., C. Doctor Rodolfo Luna:

“Bienvenidos a esta ceremonia de bienvenida que, es más de expropiación, porque a partir de hoy, sus hijos les serán expropiados, desde este momento, también ya son nuestros hijos” (...) “Primero, quiero felicitarles por sus hijos, en verdad, no sabemos, sí tuvieron suerte, o es que son muy buenos, o es el destino; pero la realidad es que ya están aquí, y para nosotros son los mejores” (...)

“Deben saber que, de 9000 aspirantes, sólo 600 fueron los privilegiados, y esos son sus hijos. Por tanto, ustedes están en la mejor escuela, en una de las mejores universidades de México; no cualquiera queda, porque el puntaje que se exige en medicina es de los más altos, debido a que, el que estudia medicina debe ser muy inteligente, muy competente, para que pueda dar un tratamiento correcto a los pacientes” (...) “Sus hijos decidieron estudiar medicina. **La medicina es vertical, jerárquica y autoritaria;** en la medicina todos nos dirigimos por el nivel de estudios y especialización de los profesionistas, así como por el puesto que ocupan en las instituciones” (...)

“Algo más, sus hijos están construyendo su propio nombre, por ejemplo, yo me llamo Rodolfo, pero sí ustedes llegan a la escuela o a mi consultorio preguntando por Rodolfo, nadie les sabrá decir quién es, en cambio, sí ustedes preguntan por el Dr. Luna, todo mundo me conoce. Así mismo, sus hijos también deben crear su propio nombre, con el cual los van a reconocer toda la vida, porque de ahora en adelante serán el doctor _ y la doctora _” (...) “Finalmente, les hago la invitación, para que, si tienen más hijos, los traten de la misma forma; no vayan a decirle al hermano, guarda silencio porque está durmiendo el doctor o la doctora; o también vayan a decirle al hermano, comete sólo una albóndiga, porque el resto son para el doctor o la doctora.”

Siguiendo este discurso, muchas son las incógnitas y vertientes que se entretajan en las frases previamente redactadas. No obstante, en la oración, cobran relevancia tres palabras que han puesto sobre la mesa, el debate: **verticalidad, autoritarismo y jerarquía**. Los cuestionamientos hasta ahora son, cómo se construyó esta connotación hacia la medicina, cuáles son los fundamentos de dichos preceptos, cuáles fueron los acontecimientos históricos que cambiaron la directriz de la medicina hacia lógica práctica.

Para contestar a los cuestionamientos previamente planteados, se requiere de una historización de la medicina, para reconocer en ella, su origen, sus fundamentos teóricos, sus concepciones sobre salud/enfermedad a lo largo de la historia, sus transformaciones epistemológicas y metodológicas, así como la mirada médica que prevalece en la modernidad.

Se parte de la idea que, la historia de la medicina gira en torno a cuatro períodos importantes: **la medicina hipocrática, la medicina galénica, la medicina salernitana y la medicina sydenhamiana**. Las cuales, se combinan y conjugan con los cuatro modos de ayudar medicamente al enfermo:

“1) el espontáneo, con que, valga este ejemplo, la madre protege en su rezago febricitante y dolorido. 2) el empírico; esto es, la apelación a una práctica sólo porque en casos semejantes ha sido favorable su empleo. 3) el mágico. 4) el técnico, en fin, que resulta de la conjugación de dos exigencias básicas, hacer algo sabiendo racionalmente, por tanto, no mítica o mágicamente, qué se hace y porqué se hace lo que se hace, y referir este doble saber al conocimiento, también racional, de la naturaleza de la enfermedad y del remedio” (Laín, 1978, p.2).

Empero, previo a estos hechos, cabe recordar que la interpretación griega arcaica sobre la enfermedad, antes de Tales de Mileto, era la consistencia real de la dolencia, dentro de una concepción mítica acerca del origen del mundo y de las cosas (Laín, 1970). En este

sentido, desde la interpretación griega arcaica, se distinguían cuatro concepciones de la enfermedad: traumática, divina, ambiental y demoniaca. Por consiguiente, la intervención de la misma, debía ser divina y con el objetivo de identificar la mancha o contaminación punitiva y la purificación de la misma (Sierra, 2015).

Esta concepción divina de la enfermedad, presenta claras connotaciones morales que se encuentran relacionadas a un acto impío contra la divinidad, por ende, las represalias y sanciones sociales colectivas (las enfermedades), se hacían presentes (Sierra, 2015). Al respecto, Sierra (2015) señala que el origen en la aparición de una dolencia escapaba a la comprensión humana, así mismo, en esta connotación se requería la participación de un médium para identificar la causa y divinidad ofendida, así como, señalar el camino a seguir para restaurar la ofensa. Además de la reparación moral de la ofensa, también los médicos de la Grecia arcaica, se ocupaban de atender con ungüentos y medicinas, las urgencias más comunes: heridas, contusiones, fracturas y otras dolencias de origen traumático (Sierra, 2015). Así, esta representación de la enfermedad, en Grecia, permaneció a lo largo de toda la antigüedad.

No obstante, a partir de esta vertiente sobrenatural de interpretación arcaica de la enfermedad, se desarrolló una nueva forma de exegesis a principios de la época clásica. En general, como afirma Sierra (2015) todo este devenir histórico, surge del cambio epistemológico en torno a la *jonía* y la noción de *physis* (naturaleza). La *historie jonía* consistió en la búsqueda por medios empíricos, del origen y las causas de las enfermedades, por consiguiente, este evento afectó la relación binaria entre lo divino y lo humano (Sierra, 2015).

Entonces, la pregunta acá es, qué factores y/o eventos históricos propiciaron esta reforma ideológica. De acuerdo con Laín (1970), tres eventos son los que propiciaron dicho acto:

*“la multiforme riqueza de la medicina empírico-mágica; su total carencia de dogmatismo; y la tácita o expresa convicción de que algo divino en la realidad del mundo y de las cosas, llámese **moira** o **ananké**, pone límites irrebasables a toda posible acción mágica” (p. 23).*

Esta supremacía de lo divino y mítico sobre los humanos, fue el detonante de las grandes culturas, para querer dominar al humano, y a la propia naturaleza que propiciaba la carencia o enfermedad.

Basados en estas premisas, y respecto al proceso de transición ideológica, desde la enfermedad sobrenatural a la natural, la historia da cuenta de dos hechos importantes: 1) en la civilización egipcia (hace 5000 años) surgió la teoría *whdw*, la cual hace referencia a las diversas causas etiológicas, mismas que están en estrecha relación con las materias fecales del intestino; desde esta visión, los egipcios aceptaban que los seres humanos eran susceptibles de enfermar debido al proceso de putrefacción intestinal; y 2) al desarrollo de la medicina racional-natural, derivada de la obra del primer filósofo griego, Tales de Mileto (624-546 a.C.), que junto a Anaximandro (611-546 a.C.), establecieron las bases para que se iniciara la transición de la cosmogonía griega, mítico-religiosa, a un enfoque natural y racional acerca del mundo (Lips, et.al., 2014).

Al respecto, se añade que estos acontecimientos y formas de mirar el mundo de la medicina, no son hechos aislados, si no que están estrechamente relacionados con dos acontecimientos importantes: a) la muerte de Sócrates en el año 399 a.C. y la culminación de la filosofía presocrática, la cual, como ya se explicó previamente, conservaba una visión

mitológica del mundo; y b) el nacimiento de la filosofía griega, que se localiza entre el surgimiento de la filosofía occidental en Jonia (S. VI a.C.), hasta la invasión de Macedonia por los romanos (149 a.C.).

En este sentido, uno de los sucesos que mejor explica esta evolución de la fase pre técnica a la fase técnica de la medicina, lo es, la colonización helénica de la costa occidental del Asia menor o Jónica, de toda Sicilia y del sur de la Península Itálica; suceso que alcanza su máxima intensidad entre los siglos VIII y IV a.C., por consiguiente, condicionó la invención del modo técnico de entender y hacer la medicina (Laín, 1978).

En general, la invención de esta medicina basada sobre la ciencia de la naturaleza, fue consecuencia principalmente de: a) la peculiar genialidad, étnica y cultural, de los griegos antiguos; b) la colonización, que obligaba a poner en tenso juego la capacidad de creación de los hombres por ella afectados, y en definitiva a contrastar críticamente, frente a la dura realidad, la virtualidad intelectual y operativa de la tradición recibida; y c) la sustitución del modo de vida imperante en el país de origen, régimen político señorial, economía agraria y ganadera, organización racional y democrática de la polis (individualidad), economía artesanal y comercial, a la manera griega, en la que, la existencia humana se desmitifica y se racionaliza en el mundo colonial helénico (Laín, 1978).

En general, esta filosofía griega clásica, previamente mencionada, se inició con los sofistas, quienes buscaba una concepción alternativa, natural y unificada del mundo, además, durante la mitad del siglo IV a.C., el hombre se convertía en el centro de todas las reflexiones filosóficas, específicamente sobre los problemas éticos y políticos ligados a principios nomotéticos, es decir, los sofistas se cuestionaban, sí las normas y valores eran construidos por los hombres, o les eran dados naturalmente. Asimismo, esta época está caracterizada por el nacimiento de la filosofía aristotélica, que llevaba implícita la lógica clásica del silogismo

(forma de razonamiento inductivo y deductivo) y la filosofía de la ciencia, la cual apuesta por un conocimiento y práctica científica, por ende, la ciencia se cuestionaba, si los métodos y teorías eran capaces de revelar la verdad de las entidades ocultas y los procesos de la naturaleza, incluida la enfermedad. A partir de esta premisa, se desarrollaron los supuestos filosóficos que marcaron la historia de la modernidad y del pensamiento científico médico.

La historia señala que, Aristóteles fue el autor de este pensamiento intelectual, el cual posicionó a la medicina griega hacia el año 500 a.C., en la técnica y el arte médico de curar. Es decir, basados sobre la idea de *physis* y el conocimiento científico; del *Mythos* se pasó al logos, y salvo en el inframundo de la superstición, la medicina ya nunca habría de dejar de ser técnica y científica, (Bunge, 2012).

Al respecto, e influenciados por los postulados aristotélicos, dos médicos de Crotona durante el siglo VI a.C., intervinieron en la evolución del pensamiento médico hacia un origen técnico y científico, basados, obviamente, en la idea de la *physis* y el conocimiento científico. En el año 525, Democedes, salía de su tierra natal para iniciar su carrera profesional de médico en la corte de Darío en Persia. Así también, Alcmeón de Crotona, hacia el año 500, estructuraba los textos que daban inicio a la historia universal de la patología científica (Laín, 1982).

Con estos acontecimientos importantes, surge la famosa época presocrática, con pensadores importantes, en Jonia, como Mileto, Samos, Colofón; en ciudades coloniales itálico-sicilianas, como Elea, Crotona, Agrigento, Siracusa; y en la Grecia continental, como Abdera, quienes desarrollan la idea de *physis* y *physiológoi* o fisiólogos, que dieron paso a la naturalización, tecnificación y racionalización de la medicina griega, con médicos de gran talla, como Tales de Mileto, Anaximandro, Pitágoras, Alcmeón, Parménides, Heráclito,

Empédocles, Anaxágoras, Demócrito, Diógenes de Apolonia; quienes encuentran su máxima influencia entre los siglos VI y IV a.C. (Laín, 1982).

A partir del año 500, médicos de distintas escuelas y culturas, comienzan a construir y transmitir una medicina basada en principios del pensamiento científico de Aristóteles, así como en la ciencia natural de los presocráticos. Por ejemplo, en Crotona, sale a relucir Alcmeón, quien señalaba que “el cerebro era el centro de la vida del hombre, tanto de la sensorial como de la psíquica”. En tanto, en Cos, la escuela estaba más interesada en estudiar la enfermedad en general; es aquí donde Hipócrates tiene su mayor esplendor (Laín, 1982).

En general, esta época se caracterizó por la influencia de grandes filósofos, como Platón (428-347), Aristóteles (384-322) y el Liceo, Zenón de Citio (336-266) y sus sucesores en la Stoa o Pórtico, “los Estoicos” (Laín, 1982). Empero, son Platón y Aristóteles, los que hacen aportes directamente a la medicina hipocrática, por ejemplo, Platón introduce la idea del “dividir el todo en sus partes naturales”, y posteriormente, estudiar las propiedades activas y pasivas ordenadamente; en tanto, Aristóteles planteaba, como ya se mencionó, el uso del razonamiento inductivo y deductivo en la develación de las causas comunes de los fenómenos (Laín, 1982).

Dentro de la **MEDICINA HIPOCRÁTICA**, se reconoce en Hipócrates de Cos, al padre de la medicina; sus legados trascendieron en los siglos V y IV a.C. en la franja colonial del mundo griego, fecha en la que se suscitó el acontecimiento más importante en la historia de la medicina, la transformación de la visión médico empírico-mágica por una medicina técnica o científica; o también conocida como, “*el milagro griego*” en palabras de Renan, misma que se fundamenta sobre el conocimiento científico de la naturaleza “fisiología” (conocimiento científico de las funciones de los cuerpos vivientes) (Laín, 1970). En este

sentido, los escritos médicos de esa época, trataron sobre la concepción fisiológica de la salud y la enfermedad, tal es el caso de los tratados de Alcmeón de Crotona.

El análisis de la medicina hipocrática, tal y como señala Laín “*debe ser estudiada desde dos puntos de vista: como realizadora de la hazaña médica antes consignada y como parte integral de la cultura griega*” (1970, p. 19).

En términos más sencillos, la construcción de la medicina hipocrática duró, no menos de treientos años, empero, el saber construido en la práctica de los médicos coloniales del siglo V, entre ellos Hipócrates, fueron derivados de los escritos de Alcmeón.

Hipócrates, nació en Cos, alrededor del año 460 a.C., él desde pequeño aprendió el arte de la medicina, pues descendía de una familia repleta de médicos, desde el abuelo, padre e hijos, estos últimos, redactaron varios textos, posteriormente, que dieron pauta a la construcción del *corpus hipocrático*. En la doctrina hipocrática, se discutía, principalmente, la necesidad de comprender el cuerpo y el alma del hombre, por consiguiente, dentro de la política, Aristóteles apreciaba y daba estatus a la grandeza de Hipócrates (Laín, 1982).

Fue a partir de estos reconocimientos, tanto político como profesional, que se distribuyeron por toda Grecia, y otras partes del mundo, diversos textos médicos que comprendía el *corpus* de conocimientos de la medicina hipocrática (Laín, 1982). Se hace énfasis, principalmente que, la fisiología hipocrática fue la llamada de los cuatro humores, la cual tenía su origen en la medicina antigua y en la “enfermedad sagrada”. Dicha teoría, se basaba en los cuatro elementos (seco, húmedo, calor, frío), los cuales se podían combinar con los cuatro humores (flema, sangre, bilis negra, bilis amarilla) y con las cuatro estaciones del año (Laín, 1982).

Dentro de esta filosofía de los humores, la medicina hipocrática se ocupaba más por la patología general, por tanto, el pronóstico cobraba mayor importancia entre ellos, y los

médicos de estas escuelas debían formarse con el objetivo de predecir el desarrollo de la enfermedad, así como sus etapas y desenlaces (Laín, 1982). Entre las fases de la enfermedad, se reconocía una fase inicial de incubación, posteriormente una fase de cocción (aquí los humores se modificaban gradualmente y el equilibrio se perturbaba), finalmente sobrevénía la fase de crisis, la cual podía ser favorable, mediante la expulsión o absorción de materias malignas, o, por el contrario, sucedía una recaída. En suma, los médicos de esta época debían formarse sobre una idea general de la enfermedad durante la primera etapa, de esta forma podían predecir complicaciones futuras y fortalecer la voluntad del paciente para afrontar los días de mayor crisis (Laín, 1982).

Al respecto, se puede decir que la medicina hipocrática, se basaba en el conocimiento de signos y síntomas, sin adjudicar un nombre específico a las enfermedades, por consiguiente, el tratamiento se basaba en calmar el malestar, fortalecer el cuerpo y espíritu (consuelo y esperanza), así como en recuperar el equilibrio perdido del paciente, siempre quedando a merced de los estragos climáticos (Laín, 1982). En el caso de la epilepsia o “enfermedad sagrada”, Hipócrates la consideraba como una afección del cerebro, sin precedentes de carácter divino; esto resume que, en Hipócrates prevalecía el pensamiento racional para resolver los problemas médicos, alejando por completo, la magia, el charlatismo y la filosofía inoportuna y/o retórica (Laín, 1982).

Uno de los acontecimientos que ocurrieron y que trascienden hasta nuestros días, es el llamado *corpus* o colección hipocrática, que también incluye el juramento y el código deontológico hipocrático. Tal y como data la historia, no se tiene un registro preciso del origen y año de éstos, sin embargo, constituyen una herramienta fundamental en la constitución de la visión y práctica médica.

Según historiadores, las obras se resumen a finales del siglo V y principios del S. IV a.C., dentro de los postulados más importantes, en el juramento⁵ se estipula, el comienzo de la enseñanza médica fuera del círculo estrictamente familiar, así mismo, el nuevo discípulo se obligaba a cumplir los mandatos de orden profesional y económico con su maestro, con los hijos de éste y con los suyos propios, además, éste se comprometía a la correcta prescripción del régimen, la prohibición de administrar pócimas mortales, la discreción del médico, la abstención de todo acto injusto o de hechos inmorales, bajo el principio bioético de beneficiar y, no dañar, al enfermo; entre estas prohibiciones, se incluían la de no operar a los enfermos de cálculos renales y la de no suministrar abortivos a las embarazadas (Laín, 1982).

Recapitulando, tanto la aportación teórica de los médicos egipcios de la antigüedad, sobre los residuos putrefactos del cuerpo, como de la filosofía de los presocráticos iniciada por Tales de Mileto, permitieron que con firmeza y seguridad se instalara la idea racional y natural de la enfermedad, que es la episteme de la medicina (Lips & Urenda, 2014). Asimismo, se concluye que, las principales aportaciones hipocráticas fueron dos: el arte de dividir al cuerpo en sus partes, y la aplicación del razonamiento (logismos) al descubrimiento

⁵ **Juramento hipocrático:** “Juro por Apolo médico, por Asclepio, por Higiea y Panacea, por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, que cumpliré en la medida de mi capacidad y mi criterio el juramento y compromiso siguiente: Tener a mi maestro en este arte en la misma consideración que a mis progenitores; compartir con él mis bienes y en caso de necesidad, transmitirle parte de los míos; tener a sus hijos como mis propios hermanos y enseñarles este arte si desean aprenderlo, sin honorarios ni compromiso; transmitir los preceptos, enseñanzas orales y el resto del aprendizaje a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos y juramentados según la ley médica, pero a ningún otro. Haré uso del régimen en beneficio de los enfermos, según mi capacidad y mi recto entender y, si es para su daño e injusticia, lo impediré. A nadie daré, aunque me lo pida un remedio mortal, ni tomaré la iniciativa de proponer una cosa así. Del mismo modo, tampoco proporcionaré a una mujer un pesario abortivo. De forma pura y santa pasaré mi vida y ejerceré mi arte. No cortaré, por cierto, a los enfermos de piedra, sino que los dejaré en manos de los hombres que realizan esa práctica. En todas las casas, en las que entrare, lo haré en beneficio de los enfermos manteniéndome lejos de toda injusticia involuntaria, y de toda corrupción, en general, y sobre todo del trato amoroso con mujeres u hombres, libres o esclavos. Todo lo que viere o escuchare en el ejercicio de mi profesión, o fuera de ésta, en relación con la vida de los hombres, si ello no debe ser divulgado jamás, lo mantendré en silencio teniendo tales cosas por secretas. Por tanto, si cumplo este juramento sin quebrantarlo, que me sea dado disfrutar de la vida y de mi arte, honrado entre los hombres por siempre jamás. Pero si lo violo y soy perjuro, que mi suerte sea la contraria” (Laín, 1982, p.257).

de la realidad. En tanto que, Platón expuso los fundamentos filosóficos a ese doble arte de dividir lo compuesto, así como la creación de la dialéctica o aplicación metódica del diálogo al conocimiento racional de la realidad, y con la influyente doctrina acerca de la demostración, la inducción y la deducción. Finalmente, Aristóteles llevaría a la cima, la reflexión helénica acerca del método científico (Laín, 1978).

Con estos antecedentes, se reconoce que, los postulados hipocráticos continuaron enseñándose en las escuelas médicas más prestigiosas. Sin embargo, con Alejandro Magno y la fundación de Alejandría, culminó la medicina hipocrática, y comenzó el periodo helenístico de la cultura griega, la cual va a convertirse en el mayor centro intelectual de la época, porque no sólo se desarrolló la medicina, sino también las matemáticas, la astronomía, la física, entre otras muchas ciencias que se cultivaron en dicha época. Todos estos acontecimientos, junto con la medicina griega de Galeno, lograron evolucionar la mirada médica (Laín, 1978).

A Galeno de Pérgamo (129/30-200 d.C.), se adjudica el mérito del conocimiento ordenado de la anatomía comparada y topográfica basada en la observación y experimentación (Romero, Ramírez, López, et.al., 2011). Galeno promovía conocer a los enfermos, a través de datos clínicos imprescindibles para identificar las alteraciones producidas por la enfermedad. Como señalan Romero (2011) los escritos de Galeno aportan la estructura de la medicina occidental, que, en gran medida, ha sentado los principios y postulados básicos del saber médico.

En palabras de Romero (2011) ...

“La enciclopedia galénica se construye con cuatro elementos íntimamente unidos que emergen desde la tradición hipocrática, donde el médico de Cos constituye el primero de los pilares más firmes de su doctrina y representa un papel hegemónico; el segundo

componente que distingue su obra es el pensamiento de Platón y Aristóteles, cuyas concepciones teóricas y metodológicas fueron determinantes en el proceder científico de Galeno; el tercer componente radica en ofrecer una sistematización creadora de la tradición médica griega; el cuarto y último punto es evidenciarse como una cimiento perdurable y decisiva para la estructuración del pensamiento médico occidental hasta los tiempos actuales.”

El **SISTEMA MÉDICO DE GALENO**, ha sido uno de los sistemas que más ha influido en la construcción de la medicina moderna, pues, esta postura estuvo vigente durante más de 1,500 años, como un *corpus* de conocimientos fundados sobre la filosofía natural aristotélica. Uno de los aspectos más interesantes de la medicina galénica, fue el proceder científico con relación a los agentes multifactoriales, tanto intrínsecos como extrínsecos, que intervenían en la génesis del proceso morbo (Romero, 2011).

Para Galeno el verdadero principio de la curación, era la naturaleza por sí misma, por ende, Galeno señalaba *“las pequeñas enfermedades desaparecen in situ curadas por la naturaleza...pero cuando a ésta le resulta imposible vencer, a causa de la gravedad de la enfermedad, es necesario el auxilio del médico”* (Galeno, en Romero, 2011).

Como se puede observar, Galeno no estaba alejado de los postulados de Hipócrates, de hecho, Galeno prescribía la polifarmacia a gran escala, haciendo uso de los fármacos en relación a los humores y cualidades de frialdad, sequedad, humedad y temperatura, y privilegiando el principio de *contraria contrariis curantur*, que alude a lo opuesto de las enfermedades, es decir, sí la dolencia era caliente, entonces se indicaba una sustancia fría; Galeno hacía un diagnóstico humoral de la enfermedad, para después tratar de conservar la salud (Romero, 2011).

Desde esta perspectiva, se añade que, la influencia de los textos galénicos fue de gran amplitud, sumado a que, el estatus profesional y científico de Galeno, se correlaciona con la

atención médica dirigida a aristócratas y emperadores romanos, como Marco Aurelio (Laín, 1978); consecuentemente, la medicina medieval, basada en estos principios galénicos, consideraban a la salud y a la enfermedad como procesos naturales comprensibles y modificables por el hombre, por consiguiente, lograron implantarse en todos los grupos sociales cristianos, musulmanes y judíos diseminados en la geografía europea (González, 1979, en Romero, 2011).

Dentro de la medicina galénica, cobra relevancia, la significativa colisión que se produce entre el galenismo y el joven cristianismo romano; misma que poseía una genialidad más pragmática, conservadora y ordenacentista (Laín, 1978). Al respecto, se dice que la medicina del occidente medieval, se distingue por dos periodos de características muy diferentes, separadas por un proceso histórico: la asimilación del saber médico greco árabe. Esta asimilación inicio con la escuela de Salerno (S. XI y XII), y culminó con la labor sistemática realizada en Toledo (S. XII y XIII), de la cual se hablará más adelante (García, 2000).

En el periodo comprendido entre el siglo V y los comienzos de la edad moderna, la colisión entre la medicina y la filosofía natural, resultaron en solapamientos importantes de contenido y de método, pero también, se vislumbraron varias tradiciones:

“una histórica naturalista preocupada con la práctica de la medicina; otra médica enraizada en la filosofía natural y la fisiología humana; una tercera platónica preocupada con el microcosmos, y finalmente una tradición estoica de filosofía práctica o ética natural. En todos los casos, la medicina aparecía como la parte natural de la filosofía” (García, 2000, p. 356).

En esta colisión de la medicina, con la filosofía y con la iglesia, se habla de Agustín y Jerónimo (S. IV y V), Teólogos que crearon una analogía de la medicina con una “medicina

del alma”, como señala, García “*esto presuponía la existencia de una medicina, académica y moralmente legítima del cuerpo* (2000, p. 357). Al respecto, Jerónimo aconsejaba a los cristianos estudiar los trabajos de *physici*, como los de Aristóteles, de esta manera, ellos podrían apreciar las divinidades de Dios al crear sustancias medicinales, sin olvidar, el aporte, reconocimiento y prestigio de científicos médicos como Galeno; para la tradición teológica, a la medicina le correspondía un lugar respetable (García, 2000).

Dentro de la época medieval, también se reconoce a Isidoro de Sevilla (c 560-636), quien promulgaba una medicina teórica y académica, que estuviera familiarizada con cada una de las artes liberales, es especial las que conforman la *physica*. Isidoro, decía que el médico debía conocer geometría para comprender las influencias locales sobre la enfermedad, la música debido a sus propiedades terapéutica, astronomía por las influencias de los astros en la salud, por ello, se decía que la medicina, era una segunda filosofía, “la filosofía del cuerpo”, pero también era una medicina racional. Así, al mismo tiempo, se reconocía otro tipo de medicina, que era sumamente inferior, porque sólo se basaba en la experiencia (García, 2000).

Cobra relevancia, entender que, el cambio desde una medicina galénica a una salernitana, como se mencionó anteriormente, tuvo asociación con la irrupción de la tradición greco-árabe, independientemente que, ésta comulgaba con la idea de la interrelación entre el estudio de la ciencia natural, con la medicina racional, ambas generaban un gran conflicto intelectual, y de polarización con los valores morales; como efecto de ello, la *physica* perduro como ideología médica distintiva, en tanto que, la *scientia naturalis* asumió un significado más austero en relación con la filosofía aristotélica (García, 2000).

Uno de los cuestionamientos más importantes versa sobre cómo una medicina naturalista, una medicina no clínica ni hospitalaria, logró hacerse profesional y universitaria.

Una posible respuesta de García, es que:

“fueron las instituciones médicas y las organizaciones académicas de la escolástica árabe, las que, con un avance de aproximadamente doscientos años, sirvieron de modelo para la aceptación de aquel acervo cultural greco-oriental, que bajo el ideal del “nuevo Aristóteles” dio también a la universidad europea su carácter decisivo (2000, p. 360).

Asimismo, tanto en la medicina hipocrática como en la galénica, se hablaba de médicos técnicos que atendían a los enfermos. Estas formas prácticas de efectuar la medicina, crearon en esa época, confusiones y conflictos en las interpretaciones epistemológicas y metodológicas. Así, este “saber hacer” técnico, mostraba dos posturas complementarias y contrapuestas: 1) en una predominaba el momento del “hacer” (ese carácter más artesanal operativo); 2) y en la otra imperaba el momento del “saber” (versión más doctoral y teórica) (Laín, 1978). Estas posturas y formas de transmitir la medicina, pronto tendrían que dar un giro metodológico, para producir una medicina científica y próxima a los cambios sociales de aquella época. El énfasis de estos tres conceptos, se fundan en la constitución histórica de la clínica como ciencia médica y como ciencia política.

La **MEDICINA SALERNITANA** surgió a mediados del siglo IX en Salerno, un puerto que se ubicaba en la bahía de Pestum. Exactamente no se conoce cómo se fundó esta escuela, pero algunos escritos hablan de cuatro médicos fundadores: Helino_hebro, Ponto_griego, Adela_árabe y Salernus_latino, quienes conformaron una escuela laica y muy próxima a la visión de las escuelas de la Grecia clásica (Laín, 1978).

De acuerdo con Laín (1978), en la escuela salernitana se pueden distinguir tres importantes períodos: 1) Salerno Primitivo (principios del *Collegium Hippocraticum* hasta la

aparición de Constantino el africano); 2) Alto Salerno (desde Constantino el africano hasta el S.VIII) y; 3) Salerno tardío (decadencia de la *Civitas Hippocratica* hasta el inicio de las universidades).

Cabe señalar que esta escuela se regía por los tratados de Galeno para reproducir la enseñanza de la medicina, a excepción del manual de ginecología "*De mulierum passionibus in et post Partum*", el cual fue escrito por Trótula, la primera médica que impartió clases en esta escuela, sin embargo, la figura principal de esta casa de estudios era Alfano el arzobispo de Salerno (Laín, 1978).

Se toma como referencia a Constantino el Africano, porque él era un comerciante africano, quien por indicaciones de Alfano se dirigió a tierras islámicas para aprender la medicina de éstos. Así, Constantino ya convertido al cristianismo se dedicó a realizar la traducción de 30 libros escritos en árabe, los cuales sirvieron como base y fundamento científico para transmitir el conocimiento médico en toda Europa (Laín, 1978).

Uno de los acontecimientos que se puede destacar de esta medicina, es que a partir de esta escuela se escribieron dos libros importantes que modificaron la forma de atención y paradigma de la medicina. Uno de estos libros era un tratado de patología y terapéutica y el otro era sobre el régimen sanitario salernitano, el cual traía al lenguaje médico el término de dieta como un régimen de vida más que alimenticio (Valdez, 2004).

Tal y como afirma Valdez (2004) en uno de sus poemas se lee "*Si faltan médicos, sean tus médicos estas tres cosas: mente alegre, descanso y dieta moderada*" (p.38).

En general, la medicina salernitana que dominó en el S. XII se reconoció por su amplia producción y reproducción de libros de medicina que dominaron por más de un siglo la enseñanza médica en Europa (Laín, 1978). No obstante, una de las principales obras fue la

“*Practica chirurgiae*” escrita en el año 1170 por Rogerius Salernitanus (Valdez, 2004). Obra que se distribuyó por toda Europa.

Así, esta escuela salernitana se aprecia por la gran contribución literaria y científica que produjo para la enseñanza de la medicina, sin embargo, con la inauguración de otras escuelas, de las universidades y con la orden de Napoleón, en 1811, ésta desapareció, aunque el legado de sus médicos se siguió distribuyendo porque muchos de los profesionales formados y formadores de esta institución migraron a estas nuevas casas de estudio (Valdez, 2004).

Entre los principales cambios que produjo la medicina salernitana, se puede agregar, además de la producción científica de bibliografías, la transformación de una medicina que era nombrada como ocupación, a una medicina monopolizada, reglamentada, profesional, normada y legalizada que aconteció junto con los cambios políticos y socioeconómicos de la edad media (Valdez, 2004). Principalmente que, la caracterización de una medicina científica y muy necesaria para la profesionalización de la misma, se obtuvo a través de los conocimientos islámicos que fueron robados por Constantino el africano.

En conclusión, se puede señalar que la medicina salernitana contribuyó a la profesionalización de la medicina, estableciendo un currículo de formación, unas estrategias de enseñanza, unas bibliografías establecidas y una forma precisa y reglamentada para la titulación, incluyendo las normas para el ingreso de las mujeres a la práctica médica. Sin embargo, los cuatro cambios que favorecieron esta transformación surgen de una epistemología filosófica concreta, la cual abarca: la autoexigencia, la arabización, la secularización y la racionalización del conocimiento médico por uno científico (Valdez, 2004).

La **MEDICINA SYDENHAMIANA** o mejor conocida como la medicina moderna, es atribuida porque a partir de su fundador Thomas Sydenham (1624-1689), quien se ve fuertemente influenciado por el empirismo de John Locke, produce el concepto moderno de enfermedad, por consiguiente, de la medicina (Laín, 1978).

A partir de este empirismo de la medicina propuesto por el médico inglés Sydenham, se dice que los datos no pueden basarse únicamente en principios de la razón, sino en datos surgidos de la experiencia, por consiguiente, se abandona la medicina galénica, la cual partía de los datos de la razón. No obstante, con Sydenham se vuelve a recuperar la sintomatología del paciente para encontrar semejanzas y diferencias en las dinámicas de enfermar hasta configurar los famosos cuadros “típicos o clínicos”, o, especies morbosas en sus términos de interpretar y clasificar a los pacientes en agudos y crónicos (Escobar, 2003).

Como refiere Escobar (2003):

“Sydenham comienza un trabajo de anotación cuidadosa de los síntomas para posteriormente seleccionar aquellos que con mayor regularidad se presentaban (invariantes) y conformar cuadros típicos despreciando e incluso ignorando los síntomas que esporádicamente ocurrían (accidentes)” (P. 321).

En este sentido, la mirada de la enfermedad se configura a partir de un cuadro típico de signos y síntomas, y el paciente, pasa a ser el objeto de estudio, siempre y cuando atienda a un conjunto de signos invariantes. Tal y como afirma Escobar (2003), con la medicina sydenhamiana se avanzó mucho en la precisión y certeza del diagnóstico, sin embargo, al tratarse de cuadros típicos se abandonaron todos aquellos signos, síntomas y sensaciones atípicas y no medibles objetivamente, por consiguiente, se perdió gran parte de la epistemología en la comprensión del ser humano en cuanto ser ontológico y subjetivo (Laín, 1982).

En términos generales, la época moderna de la medicina se inició con Sydenham, dentro de la cual se promueve la clasificación de enfermedades en agudas y crónicas, las primeras eran debidas al carácter miasmico de las ciudades, o producidas por el mal aire, en tanto que las segundas se producían por el estilo de vida de los pacientes (Eslava, 2016). Este acontecimiento trajo consigo, la clasificación de dos prácticas preventivas: 1) la higiene pública y; 2) la higiene privada

La higiene pública, se promocionaba a partir de actividades que controlaran las condiciones del ambiente, del mal aire, de los miasmas, de las enfermedades infecciosas y de los espacios de la ciudad que producían infecciones, principalmente las zonas clasificadas como marginadas (Eslava, 2016). En tanto, las actividades de la higiene privada iban encaminadas al control del entorno próximo de la persona, es decir, al control de la alimentación y de los estilos de vida de las personas.

Este concepto de miasma que se desarrolla en esta medicina, y que va relacionado con un algo que se encuentra en el ambiente y que enferma a las personas, es lo que conformó el principio epidemiológico de la bacteriologización de la salud pública, a finales del S.XIX. Principio que también dio sustento al paradigma biomédico de la salud/enfermedad, reforzando así la triada de agente, huésped y medio ambiente, donde este último es que el crea las condiciones necesarias para que el agente se encuentre con el huésped (Quevedo, 2000).

En conclusión, se puede señalar que la época moderna de la medicina se caracteriza por el surgimiento del modelo biomédico, biologicista y ecologista, el cual prima lo biológico y al ambiente como determinantes únicos para producir la enfermedad, dejando a su paso otras dimensiones psicosociales que dan explicación y comprensión a los fenómenos de salud

y enfermedad. Asimismo, en esta época de Sydenham, se da pronunciamiento al sistema clasificatorio y jerárquico de lo patológico, primando lo objetivo sobre lo subjetivo.

Referencias

- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Buenos Aires: Gedisa.
- Escobar, G.C. (2003). Las clasificaciones en medicina. Arbitrariedad y entes innecesarios. *IATREIA*, 16 (4): 319-23.
<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v16n4/v16n4a6.pdf>
- Eslava, C.J. (2016). *Reflexiones acerca de la relación ambiente y salud: pensando en ambientes saludables*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
<https://www.uneditorial.com/pageflip/acceso-abierto/pdf/reflexiones-ambiente-y-salud.pdf>
- García, B.P. (2000). “Ciencia y cultura en la edad media. Actas VIII y X”. Las Palmas de la Gran Canaria: Fundación Canaria Orotava de Historia de la Ciencia.
http://www.pedrogarciabarreno.es/4.%20Escritos%20varios/Public.%20Cient%20C3%ADficas/Revisiones/1999_Medicina%20Medieval.pdf
- Laín, E.P. (1978). *“Historia de la medicina”*. Barcelona, España: Salvat ED.
- Laín, E.P. (1982). *“Historia de la medicina”*. Barcelo, España: Salvat ED.
- Laín, E. P. (1982). *El diagnóstico Sydenhamiano: el diagnóstico médico, historia y teoría*. Barcelona: Salvat.
- Lips, C.W. y Urenda, A.C. (2014). La medicina en la civilización griega antigua pre hipocrática. *Gaceta Médica de México*, 150 (3): 369-76.
https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s3/GMM_150_2014_S3_369-376.pdf

- Quevedo, E. (2000). El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 18(72): 661.
- Romero, H.A.; Ramírez, B.J.; López, S.R.; Cuevas, V.G.; De la Orta, R.J.; Trejo, G.L.; Vorhauer, R.S. y García, N.S. (2011). Galeno de Pérgamo: pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina. *An Med (Mex)*, 54 (4): 218-25. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114g.pdf>
- Sierra, M.C. (2015). Purificadores y médicos: el vínculo entre lo humano y lo divino en la época arcaica y clásica. *Rev. clásica*, 28 (1): 47-71. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6298210.pdf>.
- Valdez, G.J. (2004). Salerno: La primera escuela de Medicina. *Avances humanidades médicas*, 37-9. https://www.researchgate.net/publication/296332801_Salerno_la_primera_escuela_de_Medicina

Dimensiones emocionales de los profesionales de la salud en la relación terapéutica

“...la profesión médica se estructura en torno de dos ejes: el primero consiste en la relación entre conocimiento científico y práctica clínica; el segundo, por la relación entre legos y expertos. Estos dos ejes organizan la acción profesional, siendo la metodología el elemento que permite articular a estos dos ejes” Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. México, 2008

La historia, conceptualización, prácticas y estudio de las emociones ha sido un proceso de múltiples discusiones a lo largo de la historia de las sociedades. Previo a Febvre, no ha habido

registro de otro historiador que se dedicará a la construcción histórica de dicho concepto, como señala Plamper (2014) previo a él, ya existían registros de un control o régimen emocional de las poblaciones de la edad media. Sin embargo, no existía un consenso entre los estudiosos de aquella época para incluir el estudio de los sentimientos en la comprensión de los hechos sociales.

En general, en la historia de las emociones se reconocen cuatro periodos fundamentales que originan la construcción de un régimen emocional de la sociedad, y más específicamente, de un campo profesional. El primer periodo surge en el siglo XIX, en el cual el sentido y construcción de lo emocional se da a partir de los postulados de la fisiología, la filosofía y la psicología, al intentar explorar las dimensiones internas, biológicas y/o mentales de la persona (Bolaños, 2014).

El segundo periodo emerge en las primeras décadas del siglo XX, donde las Ciencias Sociales tienen una participación trascendental en el estudio de las emociones, para ello, la Sociología otorga una interpretación a los sentimientos ajena a los postulados del paradigma positivista, el cual se alimentaba y conceptualizaba a partir de las dualidades razón/emoción, individuo/sociedad, conocimiento científico/sentido común. Cabe mencionar que, en esta época surgen autores como Marcel Mauss y Norbert Elías, quienes añaden al carácter biológico y psicológico de lo afectivo y emocional, condiciones socio-históricas (Bolaños, 2014).

El tercer periodo se localiza en las primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX, durante este periodo, las Ciencias Sociales se despegan de los postulados estructuralistas, psicológicos y subjetivistas, los cuales favorecían una construcción individualista y predeterminada de las emociones. Es así, que se llega a autores como Bourdieu (1980), Foucault (1981), y más adelante, David Le Breton (1999) quienes

ampliaron la concepción de las emociones, ligando esta categoría a las nociones de ser y hacer cuerpo y, de cómo esta asociación construye a la sociedad (Bolaños, 2014).

Finalmente, la última etapa se ubica con el surgimiento de la antropología norteamericana de la década de los ochenta, donde subyace el enfoque interpretativo de Clifford Geertz (1988), el cual reconoce la existencia y dominación de una aproximación naturalista y universalista en la comprensión de las emociones (Bolaños, 2014).

Conocer la historia y los procesos coyunturales de las emociones, en asociación con la construcción de las “prácticas emocionales” en distintos campos como la medicina y la enfermería, permitirá la comprensión de los usos prácticos de las emociones en distintas situaciones sociales, tal es el caso de la relación terapéutica de estos profesionales con los usuarios de la salud; así como en su dimensión relacional y profesional entre enfermeros/as y médicas/os (Scheer, en Pampller, 2014).

Esto también implica inquirir sobre cuáles son las emociones que permean en estos campos profesionales, así mismo, cabe la pregunta, cómo estos profesionales de la salud construyeron sus ideas acerca de estas emociones y cómo estas representaciones emocionales y afectivas se trasladan al mundo social, de manera que, estos *habitus* emocionales interiorizados e “incorporados” controlan las prácticas de comunicación, interacción, interrelación, interpretación y reproducción del mundo social y profesional de la medicina y la enfermería.

Para poder hacer a esta interrelación entre emociones y prácticas emocionales en los profesionales de la salud, se procederá a realizar, además de la reflexión histórica de las emociones, un análisis a partir de los postulados de Bourdieu sobre la construcción de los capitales y el *habitus* emocional en los profesionales de la salud, y cómo estos *habitus* ya

incorporados rigen el orden emocional de médicos y enfermeras, así como la interpretación que éstos otorgan a la relación terapéutica.

Prácticas emocionales, *habitus* emocional y capitales

Para iniciar la descripción y explicación de las dimensiones emocionales entre los profesionales de la salud, es necesario hacer un recorrido teórico y diferenciador de los conceptos: prácticas emocionales, *habitus* y capitales. Todo ello, con el objetivo de crear una interrelación explicativa entre estos conceptos y las emociones, las cuales actúan como *sui-generis* de la práctica y la relación terapéutica.

Las “*prácticas emocionales*” de acuerdo con Monique Scheer comprenden una definición, que en primer término incluye el conocimiento corporal y la teoría de la mente extendida (EMT), posteriormente, ella hace una definición de estas prácticas más allá de la connotación biológica, psicológica y filosófica. Al respecto, ella concluye que la emoción se encuentra y se explica a partir de ambas dimensiones, por ende, no pueden estar separadas. Finalmente, Scheer añade que:

“el cuerpo no es una base estática, intemporal, universal que produce excitación emocional ahistórica, sino que sí (está) socialmente situado, adaptado, formado, plástico, y por lo tanto (es) histórico” (en Pamplera, 2014, p. 25).

En general, el término “prácticas emocionales” hará referencia a la identificación y observación de emociones y prácticas que se desarrollan actualmente en el campo profesional de la medicina y la enfermería, así como en el análisis estructural, estructurado y estructurante del *habitus* emocional, el cual guía y orienta las distintas prácticas de los profesionales de la salud.

En este tenor, el *habitus* parte de una connotación fuertemente corporal, tal y como lo refiere Priscila Cedillo (2017) al hacer mención a Bourdieu, señalando que el *habitus es*

“una categoría que hace posible observar la sociedad en un estado in-corporado, es decir, hecha cuerpo” (p. 116).

Asimismo, el concepto de *habitus* forma parte de la triada desarrollada por Bourdieu (habitus, campo y capital) que busca la comprensión y análisis de la lógica de las prácticas (Cedillo, 2017).

Desde esta perspectiva, el *habitus* hace alusión a la *hexis* y/o estado o movimiento del cuerpo como una especie de *stock* de disposiciones adquiridas en la trayectoria de vida de las personas. Por consiguiente, también se refiere a esas percepciones o inclinaciones interiorizadas e in-corporadas para actuar de un modo específico en determinadas situaciones, sin que éstas puedan modificarse fácilmente (Cedillo, 2017). En este sentido, en tanto es posible hablar de *habitus* erótico también es posible hablar de un *habitus* emocional, el cual se encuentra corporizado en los profesionales de la salud, en principio por las trayectorias, seguido por la formación profesional en cada uno de los campos, por tanto, el control emocional, la *hexis* corporal y la relación terapéutica serán guiadas a partir de la construcción de dicho *habitus*.

Continuando con la explicación, en la triada conceptual de Bourdieu, se encuentra el concepto de capital, que se define como *“el trabajo acumulado, bien en forma de materia, bien en forma interiorizada o “incorporada” (Bourdieu, 2000, p. 131).* Así, el capital se encuentra clasificado en tres dimensiones: capital cultural, capital social y capital económico.

El capital económico es el bien que podemos ver convertido en dinero y en formas de derecho de la propiedad. En tanto, el capital social se conforma de las relaciones sociales que pueden ser transformadas en capital económico en forma de títulos nobiliarios (Bourdieu, 2000).

Finalmente, el capital cultural puede existir en tres estados: interiorizado o “incorporado”, objetivado e institucionalizado. El estado incorporado se fundamenta en la corporeización interiorizada del bien cultural o *habitus* (p.ej. tipos de alimentos que consume una determinada comunidad). El estado objetivado hace referencia a las propiedades materializadas, como libros y, que sólo pueden ser adquiridas una vez que ha sido incorporado el capital cultural. Como último punto, se localiza el estado institucionalizado que se refiere a la legitimización y/o garantización del capital cultural adquirido, esto puede ser a través de los certificados escolares (Bourdieu, 2000).

A continuación, se describirán las dimensiones emocionales interiorizadas en los profesionales de la salud, mismas que se interrelacionan y explican a través de los conceptos previamente descritos.

Dimensiones emocionales profesionales corporeizadas

Prácticas emocionales construidas por el discurso biomédico occidental

El discurso y prácticas biomédicas occidentales se encuentran legitimadas por el pensamiento científico sobre el cuerpo del enfermo, en este sentido, el cuerpo enfermo se percibe como un espacio biológico en situación de deterioro y fragilidad, ya sea por el uso in-apropiado que se le da al mismo, o, por las intempestivas agresiones que se ejercen sobre él, en consecuencia, se tratará de un cuerpo que en la modernidad, habrá perdido la firmeza y perfección que se le demanda socialmente (Rodríguez, 2017).

Cabe señalar que, esta relación entre ciencia/cuerpo parte de la filosofía mecanicista lógica e instrumentalista, la cual mira al cuerpo como una gran máquina sofisticada e innovadora, que en un momento dado pierde su resistencia y funcionamiento correcto, todo ello derivado del daño de alguna de sus piezas, en este sentido, el valor de la medicina cobrará importancia, porque será la ciencia que se encargará de estudiar dichas averías, por

consiguiente, los profesionales de la salud serán aquellos estudiosos clínicos y con gran capacidad de razonamiento y juicio crítico, quienes recuperarán el funcionamiento de aquel cuerpo imperfecto (Rodríguez, 2017).

Esta dicotomía de lo normal y lo patológico desarrollada a partir de los postulados científico racionales, ha construido un *habitus* clasificatorio y jerarquizado en los médicos/as y enfermeras/os sobre la representación biomédica de la corporeidad, la cual versa sobre una mirada morfológica unívoca, homogénea y universalista del cuerpo (Maldonado, 2017). Desde esta construcción, se observan prácticas emocionales en los profesionales de la salud que van encaminados hacia la exteriorización del malestar cultural que sienten al ver el cuerpo enfermo.

En esta contextualización, y para una mejor apreciación y aproximación, se pone el caso práctico del cuerpo clasificado medicamente como “cuerpo obeso”, el cual no sólo representa una malformación física materializada, sino que el pensamiento crítico y ojo clínico, como emociones construidas y gestionadas dentro del campo profesional de la salud, se incorporan en la estructura mental para emitir clínicamente que se trata de una práctica individualizada, inconsciente y caracterizada por prácticas insalubres.

Al respecto, muchos profesionales de la salud interiorizan emociones desagradables o “negativas” (coraje, ira, incompreensión, ansiedad, tristeza, depresión o asco) (Cibeles, 2015). Se dice en términos generales que, son sentimientos interiorizados porque para el contexto social, estos sentimientos deben ser subvertidos en sentimientos consustanciales que vayan acorde con el proyecto nación y el *statu quo* del campo profesional, porque como afirma Bartra (1987, en Besserer, 2000, p.5):

“la nación se ha sustentado sobre un régimen sentimental melancólico y amoroso (...) y articulan los discursos (...) sobre la vida de la nación, la familia y la feminidad “modernas”

En este tenor, los códigos o normativas éticas y morales de la profesión deben trabajar sobre el autocontrol y dominio de los cuerpos en los profesionales, porque al considerarse como emociones negativas o no aceptadas socialmente, éstas deben quedar subsumidas bajo una gestión emocional que permita la tolerancia al estrés, al fracaso, al error, tergiversando una connotación de empatía *“ponerse en el lugar del otro”*, concatenado con la idea de altruismo y liderazgo. En síntesis, después de la detección del error individualizado de la persona, se espera que el profesional convierta sus emociones negativas en positivas; por ello, éste deberá mostrar un rostro y actitud de empatía y esperanza, porque ahora se trata de corregir ese cuerpo que ha perdido todas las capacidades normales de funcionamiento.

Desde esta perspectiva, la acumulación del capital cultural objetivado e institucionalizado entre los profesionales de la salud, permitirá la adquisición de un conocimiento experto, un mejor reconocimiento y estatus clínico y un mayor acumulo de capital económico al ofrecer dichos servicios a los usuarios. En esta línea, el capital cultural simbólico o *habitus* mostrará un aumento de la libido o deseo del profesional por los saberes científicos, tanto en el sentido de colaboración para con el conocimiento de su campo, así como en la transformación de este capital cultural a capital económico, o, privatización de la salud (Bourdieu, 2000).

En esta explicación, en términos de Bourdieu (2000) el *stock* de disposiciones, en este caso emocionales, se seleccionarán acorde a los principios morales y valores éticos de la atención, pero también, acorde al valor incorporado y localizado, mayormente, en alguno de los capitales adquiridos entre médicos/as y enfermeras/os.

Partiendo de esta teoría científico racional, se observa que el poder social y profesional científico de los profesionales de la salud, se sustenta en un orden emocional que reproduce desigualdades hacia los cuerpos diversos dentro de una lógica clasificatoria, por tanto, la diversidad funcional del cuerpo será depositario de estigmas, exclusión, sufrimiento y metáforas, que al mismo tiempo, encarnan utopías que lo segmenta en dualidades: sano/enfermo, biológico/social, natural/sobrenatural, individual/colectivo (Maldonado, 2017; Rodríguez, 2017). Desde esta perspectiva, las desigualdades producidas se verán más encarnadas y laceradas por la condición de género, clase social, raza, etnia, religión, entre otras variables (Besserer, 2000).

Solo queda agregar, como señala Durkheim (1970) que las dualidades forman parte del coeficiente mental y pensante de los seres humanos, ese afán siempre presente del hombre por mantener la separación del cuerpo y el alma como si se tratase de dos entidades indisociables, independientes e inalienables, es lo que ha permeado la separación definitiva e inconmensurable del alma dentro del campo profesional de la salud, por consiguiente, el alma tiene una escasa o nula participación en el manejo de la salud y/o enfermedad, derivado de los conflictos producidos por la falta de evidencia científica, por tanto, se tiende a asumir que la patria del alma está ubicada en otro mundo, en tanto, la espacialidad del cuerpo se ubica en esta experiencia sensible, la cual se debe atender desde una visión morfológica (en Nocera, 2011).

Prácticas emocionales representadas por la heteronormatividad y la materialidad de los cuerpos

Los recursos conceptuales en los diversos contextos y campos profesionales, permiten construir históricamente el origen, modo y efectos en los que surgen dichas definiciones,

identidades, capitales y prácticas, sobre todo en las sociedades cuyas normativas de género atraviesan la formación compleja de dichas instituciones (Cedillo, 2016).

Desde esta perspectiva, Bourdieu habla de un *stock* de disposiciones de género que son múltiples y diversas, pero que entran en juego en el proceso de socialización, como es el caso de la gestión emocional y afectiva en la relación terapéutica del sanitario y el usuario (en Cedilla, 2016).

Es así, como surgen muchas preguntas que subyacen en conocer, cómo se han originado y reproducido las identidades, comunidades, prácticas y regímenes emocionales que caracterizan al campo profesional de la enfermería y la medicina, es decir, existirá un *habitus* interiorizado que se construyó a partir de las categorías de género, contexto, clase social y raza, las cuales tienden a moldear la relación entre profesionales de salud y usuarios, incluso, en la relación interprofesional.

En este tenor, se añade que las pautas asimétricas de género y el orden heterosexual se conciben incoherentes con la relación de género y con el cuerpo del sujeto (Maldonado, 2017). Desde esta disyuntiva, Cedillo propone tres desafíos y aproximaciones:

“a) el sistema clasificatorio desde el nacimiento basado en el sexo de ser hombre o mujer, así como en los criterios netamente biológicos; b) la identificación del individuo como miembro de un sexo, el cual puede ser de subordinación o dominación y; c) las prácticas y actitudes de las personas según las normas atribuidas al género” (2016, p. 207).

Dentro del campo profesional de la salud, la caracterización biológica de hombre o mujer cobra especial relevancia, tanto para la interpretación normativa de un “estado de bienestar y enfermedad”, como para el régimen terapéutico que habrá de estructurarse, no obstante, el sistema clasificatorio basado en el sexo también conlleva a un distanciamiento y desigualdad de las prácticas entre los profesionales de la salud.

Esta categorización, da evidencia del trato caracterizado que se le debe brindar al cuerpo del enfermo, pero también habla de una construcción conceptual y práctica de las profesiones en el interior de este campo. Es decir, las prácticas emocionales en medicina y en enfermería se ven fuertemente arraigadas a las representaciones estereotipadas entre lo femenino y lo masculino, por ejemplo, no es menester observar que las competencias actitudinales de los médicos, más que de médicas, van enfocadas a prácticas de dominio masculino, como el carácter fuerte, firme, capacidad de razonamiento, inteligencia, astucia, toma de decisiones, liderazgo, orden, control, alto juicio clínico y diagnóstico, alta especialización y experticia (Abreu, et.al., 2008).

Sin embargo, también es importante reconocer que la práctica de la medicina entre mujeres y hombres es desigual, debido a que los médicos como representantes de una masculinidad agresiva, segura y firme, ejercen poder sobre la sensibilidad y emocionalidad relacionada y representada bajo la forma femenina en las médicas (Rodríguez, 2017). En esta desigualdad de género, la historia demuestra que las médicas les ha tocado ser pioneras en un mundo de hombres, que las subestima, las rechaza y humilla, por ejemplo, existe el caso registrado de la irlandesa Miranda Stuart Barry, quien en el siglo XIX adoptó el pseudónimo de James Barry para poder estudiar y ejercer la medicina en la Universidad de Edimburgo; ella continuo con su identidad masculina hasta el día de su muerte (Sanz, 2015).

Al respecto, se observa que la desigualdad de la práctica profesional y las prácticas emocionales entre médicos y médicas, se ve profundamente institucionalizado a partir de las categorías de género, religión, clase social y raza. A partir de ello, también se analiza que las especializaciones médicas entre hombres y mujeres, versan sobre estas grandes categorías, en el caso de las mujeres, la orientación de la especialidad siempre va dirigida a aquellas que deriven en un carácter maternal, como la pediatría, la ginecología y la medicina de familia.

Esto no quiere decir que no haya médicas especializadas en otras áreas, pero el acceso de éstas a otras especialidades médicas se ve estadísticamente disminuido; y que decir, de la participación de médicas en puestos directivos en hospitales o escuelas de medicina.

Sobra decir que, también las representaciones sobre el aborto, la discapacidad, las malformaciones congénitas, el VIH, la homosexualidad, la migración, lo indígena, la sexualidad y la pobreza, se ven altamente dominados por un sistema clasificador de valores morales que imperan entre la razón y la fe, la construcción y la conceptualización heteronormativa.

En lo que respecta a la relación entre médicos y enfermeros o enfermeras, el distanciamiento es aún mayor, otorgando a la enfermería el valor altamente femenino para el cuidado del enfermo, en esta línea, las competencias actitudinales en enfermería van encaminadas a una dimensión moral y afectiva (ética y valores), la cual comprende prácticas emocionales como la inteligencia emocional, la capacidad para cuidar y atender, la sensibilidad, el respeto hacia los demás, tolerancia al estrés, gestión de la incertidumbre y de las situaciones conflictivas (Cibeles, 2015). En general, se observa que en la formación de enfermeros y enfermeras van modelando las emociones de éstos hacia una sumisión, abnegación y obediencia médica.

Dentro de toda esta explicación, la relación terapéutica tampoco se entendería sin la referencia a los espacios totalmente generizados, haciendo alusión al quirófano, éste se puede observar como un escenario de la producción corporal y el santuario de los cirujanos (Muñiz, 2017). Como señala Muñiz, el quirófano parece ser la incubadora que guarda rituales, técnicas médicas, prácticas corporales altamente controladas, movimientos espaciales dentro del quirófano, rituales de transición y corrección de cuerpos destrozados por la enfermedad y/o alteración física, así como un ordenamiento racional y disciplinar de las emociones, tanto

de los profesionales como de los usuarios, no olvidando nunca que el cirujano es el mayor representante y líder de la masculinidad, por tanto, los movimientos corporales y emocionales se dispondrán acorde a las instrucciones médicas (2017).

Como señala Bourdieu (1998), en esta relación social entre profesionales y, de éstos con los usuarios, permite entender las lógicas de dominación masculina convertidos en *habitus* que se entretajan y trastocan a partir del principio simbólico, del lenguaje común de dominación, del estigma sobre la característica distintiva de los cuerpos y, de un estilo de vida modulado por estos ideales sexuados (pensar, comunicar y actuar), que consecuentemente, siempre castigan a la mujer por no llevar una vida sana, o, por el contrario, por no cuidar adecuadamente de su familia.

En general, se observa que la biopolítica estandarizante de los cuerpos, los afectos y los placeres, se encuentra en estrecha relación con un modelo sexuado de belleza y perfección corporal como un estilo de vida saludable (Muñiz, 2017). Este modelo de vida saludable, es el que origina el *habitus* in-corporado en los profesionales de la salud sobre el cuerpo legítimo y el cuerpo marginal sujeto a vigilancia, normalización y patologización.

Consecuentemente, ello desencadena prácticas emocionales y disciplinamientos corporales en relación con la enfermedad, lo que implica, que el enfermo habrá de someterse a una dieta rigurosa, dejar de ser la persona que era, controlar la presión al estrés, hacerse fuerte emocionalmente, alcanzar objetivos individualizados, y nunca permitir el error porque el éxito personal solo se conseguirá a través de la perfección del cuerpo (Muñiz, 2017)

Es así, como se llega a la materialización de los cuerpos a través de las formas farmacomorfológicas de control y producción de la subjetividad (Muñiz, 2017). En este sentido, en los profesionales de la salud, la acumulación de capital económico se ve primado por el poder que le confiere el capital cultural y social, es decir, entre más consciente esté la

persona enferma, específicamente la mujer, que la perfección corporal es igual a belleza y éxito, más aumentado estará la libido de ésta a lograrlo; no por ello, la investigación biomédica va más enfocada al control genético que confiere al cuerpo dicha susceptibilidad (Muñiz, 2017)

Con base en ello, la geopolítica heterotópica de la enfermedad, la reparación corporal y la materialización del lugar importan, porque permiten crear la ficción de poder delimitar una geografía y, un tipo de personas específicas (Muñiz, 2017). Así, la pobreza pasa a ser un elemento excluyente de la atención, por tanto, el *stock* de disposiciones emocionales se pondrá sobre el juego, dependiendo de la posición que le permita ganar la mayor parte del tiempo, en este juego, no sólo implica acumular más capital cultural para obtener más capital económico, sino que importa aumentar el capital social, en las relaciones con colegas y personas que les confieran mayor estatus, presencia y relaciones formales de trabajo.

Prácticas emocionales basadas en un modelo de salud restrictivo

La pregunta en este momento es, porqué pensar que el encierro del cuerpo debe estar implícito en toda acción para controlar, vigilar, dominar e incluso castigar, no solo al cuerpo, sino a las emociones y a la afectividad de la persona quien transgrede las normas, o, en su defecto a quienes violentan los cuerpos de otros y de sí mismos al permitir la fragilidad o la enfermedad.

En este sentido, la historia permite explorar que los encierros surgieron en el siglo XVI como una técnica o procedimiento para encauzar a los individuos, someter los cuerpos, dominar las multiplicidades humanas y manipular las fuerzas; por consiguiente, hacer sujetos dóciles y útiles (Foucault, 2003)

En esta relación de castigo-cuerpo, el cuerpo se convierte en instrumento que habrá de encerrarse para poder privar al individuo de la libertad otorgada como derecho, pero

violada bajo una escasa o nula conciencia de autocontrol y autodominio del cuerpo (Foucault, 2003). En esta representación, el sistema de salud y los hospitales, se convierten en esos espacios tradicionales para el control de los organismos (Rodríguez, 2017).

Desde esta perspectiva, en 1864 el médico inglés Thomas Willis escribió:

“como primera medida es necesario intimidar, encadenar y golpear al paciente, además de administrarle medicamentos (...) por otra parte para curar a los locos no hay nada más eficaz que lograr que sientan un respeto reverencial por quienes los atienden, a los que deben ver como sus torturadores (...) los dementes violentos se recuperan más rápido cuando se les castiga y mantiene en habitaciones estrechas que cuando son tratados con medicamentos” (Documental 25, revista muy interesante, p.48)

Con base en ello, se observa que en estas instituciones el sistema de valores está asociado a la enfermedad y a los dispositivos que restituyen constantemente ese estado de vulnerabilidad de los cuerpos, por ende, las prácticas se encuentran estrictamente normadas y vigiladas. Por ejemplificar un caso, en un día normal en el hospital, el usuario pasa por tres fases durante su ingreso hospitalario: 1) etapa del pre-paciente; 2) etapa del paciente y; etapa del ex-paciente (Rodríguez, 2017; Moreno, 2018).

La etapa de pre-paciente, hace alusión al periodo previo a la hospitalización, es decir, todavía no hay una transición de sujeto civil a sujeto paciente, como dice Moreno (2018, p.102) *“en esta etapa el sujeto “ya no es una persona”, pero aún no es un paciente: es un pre-paciente.”* Justo en esta etapa, es donde los sentidos profesionales deben ir encaminados al buen ojo clínico, al juicio diagnóstico y crítico...

“Aquí es importante ver al sujeto desde la entrada, su coloración, su forma de caminar, sus fascies de dolor, su posición antiálgica. Hay que mirar dónde se toca cuando le duele; desde la entrada puedes saber si es un paciente diabético, renal, cardiópata, o simplemente, hipocondriaco; ahí, es donde ya puedes saber las pautas de tratamiento, ya

se sabe si hay que preparar el oxígeno, el monitor, el carrito de venoclisis, incluso, la inyección alemana porque es el paciente que siempre acude a urgencias y nunca tienen nada... eso siempre me decían mis profesores, supervisores clínicos y enfermeras/as de los distintos hospitales”(auto narración)

En esta descripción el sujeto queda reducido a una enfermedad, se patologiza bajo un sistema de clasificación universalista, es importante señalar que estas prácticas agilizan la atención de las urgencias, sin embargo, se le confiere a la persona el carácter de paciente dentro de un rubro de enfermedades, en este sentido, el patrón de tratamiento será el correspondiente a ese tipo de pacientes, el cual será normado por el hospital, por los protocolos basados en evidencia, principalmente de otros países y, bajo la experiencia médica y de enfermería.

La siguiente fase pronunciada por Moreno (2018) es la etapa de paciente, aquí ya corresponde al periodo de hospitalización e internamiento porque ya se conoce un diagnóstico. Como refiere Moreno:

“La institución hace ver claramente al paciente que los profesionales saben lo que hacen y que hacen lo que es mejor para él. Por lo que el paciente entenderá pronto que le conviene aceptar la imagen que el hospital proyecta sobre él: “es por tu bien” (p.102).

En este tenor, como señala Goffman el interno sufre una especie de expropiación, éste le confiere su cuerpo, su libertad, sus derechos y sus ilusiones al hospital y a los profesionales de la salud (en Moreno, 2018).

“Mis profesores me decían, aquí las acciones encaminadas de enfermería van enfocadas a realizar los procedimientos correspondientes al tipo de paciente y sintomatología, lo más efectivo, eficaz, de calidad y rapidez que se pueda. Toma el carrito de inyecciones, prepara las soluciones, los medicamentos, la fijación del catéter, en tanto haces eso, dale al paciente su bata, que vaya al baño y se quite toda su ropa y accesorios, se coloque la bata con la abertura hacia atrás, sí es necesario tomar muestra de orina, de una vez le

pasas el tubito y le explicas como tiene que tomarse la muestra, posteriormente ya lo colocas en donde lo vas a canalizar (eso sí el paciente puede moverse, sino ya lo colocas en su cama y que te ayude su familiar a cambiarlo). Recuerda lavarte las manos, te diriges al lugar del paciente, le explicas el procedimiento, te preparas para canalizarlo, le colocas la ligadura, te aseguras de encontrar una vena para puncionar, realizas la asepsia previa norma regulada para ello, le dices al paciente que lo vas a picar, introduces el catéter, en cuanto veas que sale sangre, tomas muestras correspondientes, retiras ligadura, colocas el equipo, valoras permeabilidad de la vena, fijas, ajustas el goteo correcto de la solución, pasas medicamentos, subes el barandal del paciente, lo dejas cómodo y te retiras, porque habrás de registrar todo en la hoja de enfermería” (auto narración).

El procedimiento descrito previamente, pareciera ser un sinnúmero de pasos interminables, que los enfermeros tienden hacer, en casos de urgencias, en menos de cinco minutos, por ende, la tolerancia al estrés y el mínimo error son de las actitudes que deberán adquirir en la academia. Estos son procedimientos altamente estandarizados y desgastantes para los profesionales, pero también son procesos centrados en la enfermedad y control corporal, no en el sujeto como persona.

La última etapa, la conforma la fase de ex-paciente que corresponde con el alta hospitalaria. En este periodo *“el ex-paciente ha obtenido una nueva identidad como consecuencia del efecto de la maquinaria institucional” (Moreno, 2018, p.102).*

Se dice que es una nueva identidad, porque el sujeto que una vez ingresó al hospital, ya no será la misma a su egreso, probablemente salga sin una pierna, con un hijo en los brazos, con cicatrices y heridas, con un cuerpo diferente, con una vida que ya no volverá a ser igual, empero, éste recobra el estatus civil y deja de ser paciente.

En general, dentro del sistema de salud, el emplazamiento del sujeto es acomodar, más que reconciliar la nueva situación corporal a las diferentes lógicas o racionalidades, individuales y colectivas que explican su enfermedad (Rodríguez, 2017). En esta lógica, el *habitus* en la relación de los profesionales de la salud con los usuarios, van enfocados a la identificación de factores asociados al cuerpo y no a políticas alimentarias y otras políticas que afectan las dinámicas sociales, es decir, éstos responden más a las necesidades clínicas de adaptación y comercialización de los productos farmacéuticos, más que a pensar las diversas realidades de los usuarios, donde los productos asociados a un estilo de vida saludables, son poco accesibles y asequibles al usuario.

Consideraciones finales

Una vez explicadas algunas de las prácticas emocionales, *habitus* y capitales construidos en el campo profesional de la medicina y la enfermería, es necesario pasar por el proceso de reflexividad, al que tanto hace el llamado Bourdieu, reflexividad que no sólo lleva a cuestionarse el origen de los *habitus*, sino a conocer los mecanismos que hacen posible este proceso de reproducción emocional en los profesionales de la salud.

Como señalan muchos teóricos, entre ellos Bourdieu y Foucault, que existen ciertos dispositivos o instituciones que legitiman los procesos de reproducción de prácticas, una de ellas es la Universidad, como Institución estructurada, estructura los mecanismos, valores y contenido que han de ser transmitidos a los estudiantes de dicho campo, esto con el objetivo de ser también una institución estructurante en la trasmisión de los capitales a los futuros profesionales.

Basado en ello, se puede señalar que es ahí donde se debe trabajar sobre la desnaturalización de las enfermedades y la redirección de la mirada científica sobre la atención al usuario. Es necesario, trabajar sobre las jerarquizaciones y clasificaciones

heteronormadas que reproducen una mayor desigualdad en la relación con los usuarios, y en la relación interprofesional basado en el lenguaje de ser hombre o mujer.

Asimismo, cobra especial relevancia la reestructuración de los contenidos y programas educativos basados en una ecología de saberes, multifuncional y multidimensional, desde esta perspectiva se pueden repensar las emociones desde el cuerpo en diversidad, es decir, no sólo hablar de un cuerpo que discurre entre lo normal y lo patológico, sino de múltiples cuerpos diversos, que no solo deben ser identificados por su condición de capacitismo, enfermedad o malformación, sino pensar en un pluralismo de identidades, diversidades corporales, trayectorias, sociedades y culturas.

Finalmente, la reestructuración y deconstrucción de saberes, contempla retomar nuevas categorías en la conformación de programas académicos y políticas públicas de salud, como son los devenires minoritarios por diversidad funcional, cultural, precarización económica, género, migraciones, clases sociales, raza y etnicidad.

Referencias

- Abre, H.L.; Cid, G.A.; Herrera, C.G.; Lara, V.J.; Laviada, D.R.; Rodríguez, A.C. y Sánchez, A.J. (2008). Perfil por competencias del médico general mexicano 2008. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
- Besserer, F. (2000). Sentimientos (in)apropiados de las mujeres migrantes: hacia una nueva ciudadanía. En Barrera, B. y Oehmichen, B. *Migración y relaciones de género en México*. México: GIMTRAP-UNAM/IIA, pp. 371-389.
- Bolaños, F.L. (2014). El estudio socio-histórico de las emociones y los sentimientos en las Ciencias Sociales. *rev.est.soc.*, 55:178-91.
<http://dx.doi.org/10.7440/res55.2016.12>

- Bourdieu, P. (2000). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Cedillo, P.; Sabido, O. y Galindo, J. (2017). Habitus: una estrategia teórico-metodológica para la investigación del cuerpo y la afectividad. En Payá, V., y Rivera, J. (2017). *Sociología etnográfica. Sobre el uso crítico de la teoría y los métodos de investigación*. México: Facultad de Estudios Superiores Acatlán (UNAM).
- Cedillo, P. (2016). El género como disposición: a propósito de la pluralidad interna del habitus sexuado. En Estrada, M., y Pozas, M. *Disonancias y resonancias entre la y la investigación empírica*. México: El Colegio de México, pp. 205-243.
- Cibeles, G.N. (2015). Competencias profesionales en enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos. *Rev. Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 5(1): 35-46.
- Documental. (S/F). La Revolución científica de la medicina. Tiempo de los grandes hallazgos. *Rev. Muy Interesante*, 25: 48-53. www.muyinteresante.com.mx.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores argentina.
- Maldonado, R.J. (2017). Capacidad organotópica. En Rodríguez, C.V. *Heterotopías del cuerpo y el espacio*. México: La Cifra Editorial, pp. 37-62.
- Moreno, P.M. (2018). *Enfermería Cultural. Una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Garceta grupo editorial.

- Muñiz, E. (2017). La morfotopía: el lugar y el tiempo de la regeneración. En Rodríguez, C.V. *Heterotopías del cuerpo y el espacio*. México: La Cifra Editorial, pp. 17-36.
- Nocera, P. (2011). El dualismo de la naturaleza humana y sus condiciones sociales (1914). Editado por Emile Durkheim (1970). *Rev. de la carrera de Sociología*, 1(1): 189-200.
- Pampler, J. (2014). Historia de las emociones: caminos y retos. *Cuadernos de historia contemporánea*, 36: 17-29. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CHCO.2014.v36.46680
- Rodríguez, C.V.; Chloé, C.; Huacuz, E.M. y García, B.J. (2017). *Heterotopías del cuerpo y el espacio*. México: La Cifra Editorial.
- Rodríguez, C.V. (2017). Intersticios del cuerpo enfermo, heterotopías que vulneran y agencian a los cuerpos diabéticos. En Rodríguez, C.V. *Heterotopías del cuerpo y el espacio*. México: La Cifra Editorial, pp. 63-83.
- Sanz, E. (2015). Mujeres en la historia de la medicina: pioneras en un mundo de hombres. *Rev. Muy Interesante*: 90-95. www.muyinteresante.com.mx

RELACIÓN

SALUD-ENFERMEDAD

EN LOS

USUARIOS

INDÍGENAS



Fuente: Naturaleza y salud. Mijangos, F.K, 2020

CAPÍTULO II. RELACIÓN SALUD-ENFERMEDAD EN LOS USUARIOS INDÍGENAS

Un recorrido por la cosmogonía, cosmología y/o cosmovisión indígena

*“Todos sabemos que el cuerpo es tacaño, artimañero,
que no le cumple a uno todos los días de la misma manera.*

*Y en un descuido se nos arruinan los aceites
y cuesta trabajo abrir los ojos”. Arturo Azuela.*

Un tal José Salomé, en López Austin, 2014: 7.

1)El cuerpo humano desde su origen y cosmovisión indígena

Como señala López Austin (2014) el cuerpo humano es indisociable, insoslayable y condensado a la totalidad del cosmos, es decir, no se puede entender el cosmos y entorno, sin antes abordar el cuerpo humano, pues ambos se entienden en conjunto más que disgregados.

Por ello, López Austin apunta:

“el cuerpo humano es núcleo y vínculo general de nuestro cosmos, centro de nuestras percepciones, generador de nuestro pensamiento, principio de nuestra acción, y rector, beneficiario y víctima de nuestras pasiones” (2014, p.7).

Austin (2014) comienza explicando que, las ideologías en torno al cuerpo y desde el cuerpo, son representaciones sociales que fueron construidas dentro de una sociedad, historia y cultura, las cuales se internalizaron en la forma de pensar y actuar de los miembros que las poseen. Esta asociación, justamente coincide con las construcciones teóricas que Denise Jodelet hace de las representaciones sociales, las cuales se construyen en una interrelación colectiva, es decir, para construir ideas, imaginarios, estereotipos y conocimiento común en torno al mundo, sólo puede hacerse en la interacción con el “otro”.

Previamente a traducir la historia y cosmovisión indígena, conviene aclarar, como señalaba Cardoso de Oliveira (1976) que, en la descripción de una identidad étnica social se debe partir de la investigación de los mecanismos producidos en la construcción de dicha

identidad, también conocido como proceso, por consiguiente, *“no existe, ni existirá ninguna identidad esencial”* (Bartolomé, 2014, p.126).

Desde esta perspectiva, la cosmovisión se define como:

“el conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo” (López Austin, 2014, p.20).

En este tenor, que un individuo sea portador de una cosmovisión, incluye que dicho individuo sea producto de esa sociedad, y que el pensamiento de esa sociedad sea reflejado en ese individuo. Es decir que, cada individuo ostentará una cosmovisión diferente, la cual se conoce y reconoce en las relaciones sociales (López Austin, 2014).

En este sentido, la historia construida da cuenta que las sociedades mexicanas antiguas estaban configuradas por una estructura gubernamental centralizada, la cual se sustentaba por el tributo extraído a los productores directos, miembros de las comunidades (López Austin, 2014).

Al respecto, se sabe que la producción básica era la agricultura. Para ello, la mayor parte de las tierras eran usufructuadas por los agricultores, quienes eran los responsables de hacer la distribución de la misma entre las familias productoras, es decir, el término esclavitud no se concebía en términos prácticos, pero sí de carácter ideológico impregnado en una nueva forma de esclavitud en y para hombres libres. En tanto, el resto de las demás tierras eran propiedad comunal, por tanto, dichas propiedades se trabajan en común, y los beneficios se devolvían a la comunidad (López Austin, 2014); sin embargo, la comunidad se convertía en el medio más cómodo para la extracción del tributo.

Es así, como en todo este entramado de conceptos quedaban ensamblados tres elementos: el aparato gubernamental, el grupo privilegiado y el complejo de los linajes

gobernantes. Todos estos elementos conjugados y configurados, conformaban el denominado *Tlatoani* o *Señor supremo* que se valía de su poder para comunicarse con las deidades, y de su identificación y respeto por parte de los indígenas para realizar dichas tareas de una forma favorable y efectiva para el grupo dominante (López Austin, 2014).

En relación con la cosmovisión del cuerpo, se tiene el dato que las primeras aproximaciones a dicho conocimiento devienen de la paleografía y de los documentos de *Sahagún*, los cuales fueron la fuente original de los códices *Matritense* y *Florentino*. Fue a partir de estos documentos que se pudieron obtener los nombres de algunas partes corporales, así como de los elementos semánticos. Posteriormente se desarrolló la traducción etimológica y la investigación del sentido real, con relación al vocabulario elaborado por Fray Alonso Molina (López Austin, 2014).

Cabe mencionar que, los problemas encontrados en la traducción de dichos documentos fueron: 1) los criterios de nominación; 2) las técnicas para percibir la ubicación de los órganos; y 3) las particulares divisiones que en el México antiguo se hacían del cuerpo. Específicamente, estas tres dificultades fueron derivadas por la diversidad interétnica de cosmovisiones, en relación con las del mundo occidental (*ibis*).

En términos nominales, la relación que existía entre las partes del cuerpo con el estado anímico, psíquico, sentimientos, atributos morales, fuerzas vitales, niveles de percepción, conciencia, voluntad, procesos patológicos o mágicos presentes en la conciencia, honra y fama de la persona, eran inconmensurables de ser interpretados y traducidos con la misma intensidad que para los nahuas representaba, sobre todo en el carácter lingüístico (*ibis*).

La recopilación histórica prehispánica se inició con Fray Bernardino Sahagún y Fray Alonso Molina, quienes en el año 1529 arribaron a la Nueva España. En este caso, fue

Sagahún quien se instaló en Tepepulco (dominio de Aculhuacan) para empezar a recopilar parte de la historia. A este respecto, López Austin (2014) especifica que para el año 1561 se trasladó a Tlatelolco y Tenochtitlan para dar continuidad al documento más representativo del siglo XVI.

En materia de salud, de los documentos desarrollados por Sagahún surgió el códice Matritense, mismo que fue consensuado, aprobado y traducido por médicos indígenas, posteriormente, este texto facilitó la formación del códice Florentino con su versión en castellano. Cabe mencionar que las partes del cuerpo fueron distribuidas en dos listas: la primera de ellas abordaba los nombres de las partes externas o por encima del cuerpo, en tanto, en la segunda lista figuraban los nombres asignados a las partes internas (*ibid*).

La **geometría del universo** era uno de los conceptos clave dentro de la cultura indígena mesoamericana. Al respecto, los nahuas hacían una oposición dual entre las materias que segmentan el cosmos, todo ello para comprender la diversidad, orden y movimiento en cada una de las polaridades de los términos, no es como pudiera pensarse, que era para crear una utopía de conjugación entre los polos opuestos. Entre esas oposiciones duales figuraban cielo y tierra, calor y frío, luz y oscuridad, hombre y mujer, fuerza y debilidad, arriba y abajo, lluvia y sequia (*ibid*).

A este respecto, Austin (2014) apunta que el universo para los nahuas estaba dividido por un plano horizontal que separaba a la gran madre y al gran padre, por consiguiente, esta división primaria daba paso a otras estructuras más complejas. Sin embargo, en el extremo del gran padre estaba colocado el lado polar de la fuerza.

Asimismo, esta estructura primaria dual conformaba la representación colectiva con relación al cuerpo, la enfermedad y las medicinas, las cuales se ubicaban en el binarismo

entre frío y caliente. Por tanto, la salud de las personas dependía del equilibrio corporal de ambas polaridades, mismas que podían haber sido perdidas por fuerzas externas o internas.

Dentro de este cosmos, los indígenas hacían la división de los trece pisos celestes y los nueve pisos del inframundo. En cada piso celeste y del inframundo existía dioses o seres sobrenaturales menores que los habitaban, quienes frecuentemente se presentaban en parejas de cónyuges, como parte de esa representación cósmica dual. Uno de los dioses más representativos, era el Dios de la dualidad, o también nombrado *Ometéotl* sobre el que se decía, habitaba el décimo segundo piso (López Austin, 2014).

En general, esta cosmovisión entre el cielo y la tierra ofrecía los elementos para reconstruir el sistema de ideas, sobre el mundo inferior, terrestre y acuático, los cuales daban origen a los ríos, arroyos, manantiales, vientos y nubes. Y esta relación entre los recursos y la concesión o distribución de los mismos, por parte de las deidades, era lo que le daba el valor celestial a la relación (López Austin, 2014).

Dentro de esta concepción indígena, los montes se identificaban como los depósitos de agua, por tanto, también se reconocían como dioses que proveían de lluvias, pero también de enfermedades y muertes producidas por accidentes o meteoros acuosos dañinos para las cosechas. Dentro de esta clasificación *Tlalocan Tecuhtli* se reconocía como el dueño de la montaña arquetípica, la fuente máxima de las aguas y de las plantas domésticas que nutrían al hombre.

Como señala Austin ...

“del mundo superior, celeste y masculino, también llegaban bienes indispensables para la vida y males temidos por los hombres. Era el cielo, como se ha dicho antes, el gran fecundador; pero descendían de él fuerzas dañinas que alteraban la superficie de la tierra y penetraban en el cuerpo humano para causarle enfermedades” (2014, p.64-5).

En este sentido, la tierra y madre se creía de forma rectangular y rodeada por las aguas marinas, es así que, sus extremos se extendían en cuatro pilares o árboles cósmicos, quienes sostenían a los pisos celestes superiores.

Asimismo, para la interpretación de la cosmovisión indígena, es necesario incluir elementos como el espacio y el tiempo, sin los cuales es insostenible la concepción del mundo indígena. Al respecto, la historia relata la presencia de cuatro tiempos: el tiempo de los dioses, el tiempo de los mitos (interacción más cercana con los hombres), el tiempo calendárico y el tiempo de los hombres (Austin, 2014). Es por ello, que el comienzo de un día, para los indígenas, estaba matizado por una serie de ciclos, signos, números, posiciones y demás influencias que descendían de los cielos, o ascendían del inframundo. Desde esta perspectiva, el hombre siempre se encontraba entre dos polos: la estabilidad de la propia existencia y la del peligro de la desaparición del hombre actual (*ibid*).

A partir de estas representaciones sobre el cosmos y el origen de la vida, los indígenas desarrollaron una propia representación sobre las partes corporales y su relación con el entorno y el cosmos en general. Es así que, para los nahuas, el nombre más común dado al cuerpo humano, era denominado como “*nuestro conjunto de carne*” o *tonacayo*, por contemplar al cuerpo en toda su integridad. Asimismo, Austin (2014) afirma que, este mismo término fue empleado para nombrar los frutos de la tierra, principalmente, el maíz. Esto permitió crear una relación más profunda entre el cuerpo y el maíz que lo alimentaba, incluso, dentro de los códices, se mostraba que la mitología indígena establecía que el hombre había sido enviado por los dioses, pero elaborado a partir de la semilla o masa del maíz (Austin, 2014).

En todo este recorrido histórico, se podía observar una relación entre la cosmogonía, la organización política y la división del cuerpo. En este sentido, López Austin afirma:

“según el mito, el monstruo cósmico originario fue segmentado por el centro de su cuerpo para con ello dividir los sectores que constituían el cielo y la tierra. Se puso una porción sobre otra, y fueron separadas por las columnas de los cuatro extremos del mundo. Quedó así dividido el universo en dos porciones llamadas, es de suponerse, tlactli y tlalchi (...) los dos supremos gobernantes de México-Tenochtitlan correspondían a la separación cósmica del cielo y de la tierra, representando uno el aspecto celeste y masculino (Tlatoani, el que habla), y el otro el femenino y terrestre (Cihuacóatl, serpiente femenina)” (2014, p.174).

La otra división del cuerpo, estaba conformada por el lado izquierdo y el lado derecho. La raíz o *yec* hacía referencia al lado derecho, el cual representaba a la bondad, limpieza, pureza, suavidad, protección, hermosura, justicia, paz, conclusión, gracia, prueba, ensayo, destreza y habilidad. En tanto, el lado izquierdo tenía el valor añadido por colocarse del lado del corazón, y el que ocupaba el delegado más próximo a una autoridad, debido a que representaba el sitio más privilegiado para ejercer el mando (Austin, 2014). En el plano horizontal se distribuía el curso de los astros. Es decir, en frente, se posicionaba el lado occidente del cuerpo; en la espalda, el este; a su izquierda, el sur; y a su derecha, el norte.

Cabe mencionar que, en esta representación corporal, el lado izquierdo era el ocupado por los dioses, por consiguiente, era el sitio donde se ubicaba la fuerza sobrenatural. En la actualidad, en algunos pueblos indígenas, la mano izquierda posee la fuerza del lado del corazón y del mundo sobrenatural, en tanto, la derecha está más ligada a las actividades cotidianas. Asimismo, la zona delantera o pecho (*elpantli*) y trasera o espalda (*cuitlapantli*) del cuerpo, también tenían un amplio significado en la cosmovisión indígena, por ejemplo, la espalda estaba relacionada con el miedo súbito o *mocuitlapammauhtiqui* “la espantada en su dorso”, es decir, la sensación de escalofrío que produce un fuerte susto sobre la columna vertebral, porque en dicha zona anatómica, se podía ubicar al miedo (Austin, 2014).

Dentro de las estructuras anatómicas, la carne llena de sangre y grasa se describía como el sustento de todo el organismo, por consiguiente, la reducción o endurecimiento de la misma, era considerado como una señal de enfermedades graves, como cansancio o golpes sufridos. Para ello, los baños de vapor eran la mejor opción para reblandecer la carne. En tanto, los huesos eran pensados como depositarios de las fuerzas vitales de los individuos. Las articulaciones, se consideraban los puntos débiles y vulnerables por los que podrían penetrar al organismo fuerzas sobrenaturales, que se alojaban entre los huesos para causar los trastornos. Es así, que el dolor en las coyunturas, de acuerdo a la cosmología náhuatl, era ocasionado por el descenso de la temperatura y aumento de la humedad, debido a la invasión de seres fríos conocidos como aires (López Austin, 2014).

Al respecto, Austin explica el siguiente ejemplo:

“en la antigüedad, cuando la madre y el recién nacido eran saludados por parientes y amigos, los niños visitantes debían ser protegidos de la maléfica influencia del parto, para lo cual sus padres les fregaban con ceniza las coyunturas; de otro modo sus articulaciones se aflojarían” (2014, p. 178).

Los nervios, ligamentos y tendones, solo se concebían como las distintas ataduras de las diversas partes del cuerpo. En cambio, el pulso no se relacionaba con la circulación de la sangre, sino con el latido de los nervios o *tlálhuatl itetecuica*. Por tanto, el daño a éstos era precedida del exterior, o de la opresión de las flemas producidas por el cuerpo o las fiebres acuáticas (Austin, 2014).

Con relación al ombligo, éste tenía una serie de significados asociados al mismo, por ejemplo, los nahuas decían que el ombligo era el centro de distribución del resto de conductos, por consiguiente, Austin (2014) hablaba de dos creencias en torno a esta estructura: 1) éste era la vía de acceso de la medicina, por tanto, se frotaba *píciatl* en el interior

de este sitio para disminuir el cansancio corporal; 2) el vínculo entre el ser humano y un sitio determinado, a través del ombligo, consecuentemente, el destino del recién nacido se aseguraba con el entierro del cordón umbilical (hombre/en el campo de batalla y mujer/junto al hogar).

Consideraciones finales

En general, la cosmovisión indígena establece un mundo estructurado y geométrico en el interior de un cosmos, el cual se dinamiza y gira en torno a diversas fuerzas y deidades que circulan en vías del aparato cósmico. En este sentido, la simetría, numerología, el tiempo y espacio analizados a través del calendario, constituían las bases científicas para la organización política, social, económica y de salud de los pueblos indígenas mesoamericanos, debido a que las combinaciones de estos elementos originaban el devenir cambiante y la sucesión de los acontecimientos entre dichos pueblos (Austin, 2012).

Asimismo, en esta cosmovisión indígena se puede percibir que el ser humano interactúa constante y armónicamente en un conjunto de relaciones sociales, cósmicas y naturales. Esto debido a los vínculos y representaciones en relación con sus semejantes en las interacciones cotidianas y de reciprocidad con la naturaleza, el cosmos, las deidades, el humano y los muertos; todo ello, en un diálogo permanente y continuo (Austin, 2012).

Es importante, reconocer el valor asignado que estos pueblos indígenas adjudicaban a la colectividad humana, la cual fue constituida en un periodo histórico determinado, empero, estos grupos apremiaban, (in) corporaban y aprehendían el carácter holístico para y en la comprensión y manifestación de su ser en interacción con sus semejantes y con el entorno.

Según Austin (2012), el complejo holístico que los indígenas trataban no se concebía como un producto acabado, sino como un proceso en constante transformación. Por tanto, Austin (2012) apunta que el complejo holístico:

“se caracteriza tanto por su fuerte permanencia como por su constante adecuación al devenir histórico. Sus componentes se encuentran en perpetuo reacomodo. En términos braudelianos, el complejo está inscrito en los distintos ritmos de la historia (...) La parte medular del complejo pertenece a la muy larga duración, al “tiempo frenado”, a lo que se encuentra “en el límite de lo móvil”, lo que posee la falsa apariencia de ser inmune al tiempo. Otros componentes del complejo se transforman en la larga duración, Otros más son más lábiles al golpe de la historia, y así hasta llegar a los verdaderamente efímeros.”

(p. 5).

En este sentido, el núcleo duro dentro del complejo holístico indígena, será el que se reivindique, se reifique y deconstruya con el paso de los tiempos, por tanto, es el núcleo duro el que se alimenta y constituye en el interior de una sociedad, y en la interacción interpersonal y con el entorno.

En conclusión, en el México prehispánico las ciencias indígenas se encontraban en estrecha relación y cimentadas en la cosmovisión con perspectiva holística, que como ya se mencionó, el hombre formaba parte integral y activa del cosmos, la naturaleza y la sociedad, es decir, en esta cosmovisión indígena no existía un binarismo entre la materia y el espíritu, por el contrario, se trataba de una visión dinámica y dialéctica del cosmos y de la vida, del cosmos y del cuerpo y del cuerpo y el espíritu (Broda, 2012). Por tanto, la observación constante de la naturaleza constituía una de las tareas fundamentales, para mantener el equilibrio del cosmos, del mundo de la naturaleza y de los seres humanos.

2) Cosmovisión indígena sobre salud y enfermedad en Latinoamérica

Uno de los principales escritos indígenas documentados sobre procesos de salud/enfermedad, corresponde al de Martín de la Cruz y su *libellus de medicinalibus indorum herbis*, así como el escrito recuperado por el Franciscano Fray Andrés de Olmos, que llegó a México en 1528. De igual forma, entre los antropólogos importantes se mencionan a Fray Bernardino de Sahagún y a Gonzalo Aguirre Beltrán, quienes dieron a conocer los procesos de aculturación entre los indígenas, así como las cosmovisiones que éstos ostentaban sobre salud/enfermedad (Villaseñor, 2015).

Como afirma Villaseñor (2015), cada cultura y pueblo tiene su propia cosmovisión que contribuye a forjar la identidad cultural. A su vez, esta identidad cultural está compuesta por significados, tradiciones, costumbres, creencias y sentidos. Por ejemplo, en el caso de los Nahuas, la medicina, los médicos y los medicamentos estaban dedicados al hombre en su totalidad y siempre contemplaban el contexto cultural. Desde esta perspectiva, los nahuas no concebían al hombre segmentado por sus partes.

En síntesis, para los Nahuas el cuerpo no se oponía al espíritu, ni el individuo a la sociedad, tal y como ocurre con las sociedades contemporáneas. Es decir, el hombre siempre se mantenía en armonía con su cosmos (Villaseñor, 2015). Como señala Soustelle, las nociones entre salud y enfermedad se mezclaban con la religión, la magia y la ciencia; este último comprendía el conocimiento amplio sobre las propiedades de las plantas y los minerales, y sobre el uso de la sangría y de los baños (en Villaseño, 2015).

Cabe mencionar, que los nahuas hacían una distinción entre las “enfermedades malas” originadas por la magia negra; y las “enfermedades buenas” causadas por los Dioses, por tanto, la intensidad de cada una de estas enfermedades radicaba en el origen (Villaseñor, 2015).

Con relación al término enfermedad, desde el punto de vista antropológico es más conveniente utilizar dolencia en lugar de dicho término. Dolencia según Flores (2004) “es una condición de falta de salud sentida por un individuo, grupo o población”. Por ende, los conceptos que se atribuyen a buena o mala salud, son nociones construidas socialmente.

Por tanto, como afirma Flores (2004) la construcción sociocultural que se ha desarrollado de la enfermedad, siempre irá acompañada de una serie de signos, aquellos que pueden ser visibles para todas las personas; y por un sinnúmero de síntomas, que corresponde a aquellas dolencias que sólo pueden ser percibidas y manifestadas verbalmente por la persona que las adolece.

En el caso de la medicina tradicional occidental, también se plantean todas estas premisas, no obstante, para esta medicina existen enfermedades asintomáticas, así como también dolencias somáticas (sintomatologías sin enfermedad) (Flores, 2004).

Desde esta perspectiva, en tanto que, para la medicina occidental, la enfermedad es producida sólo por agentes patógenos externos; para la medicina tradicional la dolencia puede ser la condición percibida por el individuo como una falta de salud “*condición emic*”, y ante esta condición sólo se requiere de la expresión y aceptación del individuo que la padece, para reconocer la presencia de una enfermedad (Flores, 2004).

También es importante reconocer, que las dolencias de un pueblo a otro varían en cantidad y manifestación, por ello, la atención e intervenciones que se destinen para mantener, conservar y recobrar la salud, dependerá de esas construcciones socioculturales; y quizás como señala Flores (2004):

“no es extraño que ciertas enfermedades hayan sido controladas o prácticamente erradicadas en ciertas sociedades, en tanto que, en otras, se desconocen algunas

enfermedades y su aparición puede incluso colocar en peligro la viabilidad de una cultura”.

En general, los términos de salud y enfermedad desde la concepción de los sistemas de salud indígenas, a partir de Adair (1973) quien los describe como “un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos _sean explicables o no_ relativos a las enfermedades físicas, mentales, o desequilibrios sociales en un pueblo determinado” (en Flores, 2004).

El sistema de salud de los indígenas atiende las dolencias de una forma holística, es decir, para su interpretación como alteración de la salud, se contemplan los medios naturales, sociales, culturales, los cuales pueden darle una explicación más real de cómo deben atenderse dichas manifestaciones (Flores, 2004). A continuación, se muestra el siguiente cuadro, que comprende las diversas concepciones de salud, dolencia y enfermedad entre las distintas culturas indígenas de Iberoamérica.

Tabla 7: principales concepciones salud-dolencia y enfermedad

Cultura	Concepto de salud, dolencia y enfermedad
Kichwa del Ecuador	En esta cultura se define la salud como el logro de la armonía y el equilibrio de lo físico, lo mental y lo espiritual en el individuo, la comunidad, la cultura, la naturaleza y la tierra o Allpamama, que permite el desarrollo humano en lo biológico, en lo social y en lo espiritual. La enfermedad, por lo contrario, es la ruptura del equilibrio y la falta de armonía que provoca el excesivo trabajo, el maltrato, la tristeza, la desorganización, la contaminación y agotamiento de los recursos naturales.

Aymara de Bolivia	Desde el punto de vista semántico, resulta difícil hallar un vocablo equivalente a salud. El concepto más aproximado sería —kankañal que significa bienestar, paz moral e integridad física. Este puede ser el concepto que más se acerque a salud. Por otro lado, para el Aymara, la enfermedad es un desequilibrio fisiológico y social que puede ser originado por un cuerpo extraño o por la voluntad de los dioses a consecuencia de una serie de faltas (pecados) que pudo haber cometido el individuo, igualmente puede resultar de la acción de los hechiceros. La dimensión religiosa de la enfermedad y la curación es parte fundamental de esta cultura.
Shipibo-Conibo y Asháninca de las comunidades indígenas amazónicas del Distrito de Tahuanía -Ucayali, en Perú.	La salud se presenta como un estado de normalidad y equilibrio entre: hombre/espíritu, hombre/familia, hombre/grupo social, hombre/naturaleza. La pérdida de ese equilibrio trae sufrimiento, tristeza y necesidad del restablecimiento de un nuevo equilibrio. El equilibrio supone buena provisión de recursos, buena respuesta de los elementos naturales, auto-respeto, consideración social, relaciones familiares buenas, confianza en los propios valores, valorización del propio grupo. Es así que la salud no debe ser considerada como una falta de enfermedad, o de bienestar únicamente, sino como calidad de vida y forma armónica de vivir
Pueblos indígenas ubicados en el Vaupés, sureste de Colombia.	La explicación que hace la medicina de estas poblaciones con respecto a la salud y la enfermedad se basa en la —convivencialidad —positiva o negativa—del sujeto con relación a la comunidad tanto biológica como social. La medicina del pueblo indígena Tucano es una medicina

Grupo mayoritario:	ecológica, ya que, al enfermarse la relación de los seres vivos con la
Tucano	naturaleza, se enferman las personas.
Cuna de Panamá	Para el indio cuna, la enfermedad es el resultado de la lucha entre las fuerzas del mal y el hombre. Los espíritus malignos están por todas partes, siempre dispuestos a hacer daño al ser humano. Hay, sin embargo, enfermedades que no reconocen este origen, y el indio explica su etiología por medios naturales. Pero en la mayoría de los casos, el rapto del alma por los demonios es la causa de la enfermedad.
Ngöbe de Panamá	La salud para los ngöbes es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses. Al romperse la armonía con el medio ambiente y con los dioses, se produce la enfermedad, que se expresa en el individuo y que afecta a toda su familia.
Miskitos del Río Coco de la Costa Atlántica de Nicaragua	Persona sana es una persona alegre, se viste mejor, tiene apetito, se mira gordo, está contento en su trabajo, se pasea por su vivienda, le gusta su vida. En el caso de las mujeres, se pinta la cara, está contenta y puede andar por cualquier parte sin pensar en nada. La salud, pues, está configurada por sus experiencias históricas y su visión espiritual del mundo.
Huichola de la Comunidad de San Andrés Cohamiata, Jalisco, México	En la visión del huichol, las causas de todas las enfermedades y de la muerte que no son atribuidas a la vejez, han de encontrarse en lo sobrenatural. Existe creencia de que algunas deidades ofendidas envían enfermedades por haber faltado a un ceremonial obligado. Una segunda

causa de enfermedad es la brujería o magia malévola, y un tercer peligro para la salud y la vida es la "pérdida del alma"

Nota: Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán _ Dirección de Investigación OPS/OMS – Honduras, 2002, en Flores, 2004.

Al respecto, el tratamiento para dichas dolencias comprenderá de procedimientos mágicos y empíricos. Por ejemplo, en el caso de los Mapuches, dentro del diagnóstico adivinatorio o mágico es posible encontrar el *pewetún* (ritual diagnóstico que se hace por medio de la ropa), así también los exámenes físicos se realizaban por medio de la palpación, la observación visual, la anamnesis y el pulso. Finalmente, para el tratamiento los mapuches utilizan infusiones, masaje, compresas, enemas, vómitos, entre otros (Flores, 2004).

Para complementar el párrafo anterior, Villaseñor (2015) afirma:

“la unidad dialéctica fundamental entre los nahuas consistía en la polaridad frío-calor y en el registro de sus cambios. Todo se clasificaba según su calor o su frío. El hombre participaba de esas dos propiedades. Algunos órganos eran más calientes que otros. Esta división dual respecto a la integridad corporal del hombre, de la enfermedad, de los alimentos y de los medicamentos aún se proyecta hasta nuestros días. De tal forma que los medicamentos poseían sus propiedades térmicas y eran utilizados en función de las características de las enfermedades siguiendo esta polaridad fundamental”.

Con base en estas premisas, se apunta que la medicina del hombre prehispánico no se basaba exclusivamente en el diagnóstico del experto, sino que tomaba en cuenta las sensaciones y emociones expresadas por el paciente, por ende, como señala Villaseñor (2015) *“los medicamentos eran seres completos, con un significado espiritual jerarquizado según sus efectos”.*

En general, todas las cosmovisiones indígenas sobre la salud van mucho más allá que la ausencia de la enfermedad, como afirma Santiago (2006) ...

“la salud se refiere a la capacidad del individuo de ser normativo con respecto al mundo, es decir, de instituir normas vitales propias y transformar de manera armónica, el entorno de acuerdo a las necesidades; es una forma particular de ser y estar en el mundo, una experiencia que se aprehende y se ejerce a través de la cultura” (en Callejas, Camargo, Correal, et.al., 2010).

En este sentido, la expresión del sufrimiento y dolencia está estrechamente asociados con el bienestar de la madre tierra, es decir, si la madre tierra enferma por consiguiente el hombre también enfermará.

Conviene agregar sobre la influencia de la cultura y medicina occidental, en la construcción contemporánea indígena de salud-enfermedad, la cual se ha visto permeada por ideas dominantes del sistema capitalista. Por ejemplo, para la cultura *muisca* en su concepción primitiva y ancestral el individuo se estudiaba en su interrelación con el grupo social al que pertenecía (colectividad), no obstante, en la actualidad y debido a la hibridación de los conocimientos occidentales y tradicionales, los indígenas *muisca*s atienden al individuo enfermo desde un individualismo metodológico (la salud como bien individual) (López, 2016).

Referencias

- Broda, J. (2012). Observación de la naturaleza y ciencia en el México prehispánico: algunas reflexiones generales y temáticas. En Von Mentz, B. (2012). *La relación hombre-naturaleza. Reflexiones desde distintas perspectivas disciplinarias*. México: Siglo XXI editores, pp. 102-35.
- Camargo, S.P.; Correal, M.I.; Cruz, G.F.; Hernández, G.A.; Reina, C.L.; Reina, S.S.; Rotavista, A.J.; Zamudio, R.H. y Pacheco, P.A. (2010). *Cosmovisión ancestral y*

comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6 (6): 35-46.

- Flores, G.R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*, 10: 1-9. <https://semanariorepublicano.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/14783/15122>
- López, A. (2012). *Cosmovisión y pensamiento indígena*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales.
- López, A. (2014). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- López, C.P.; Ramírez, V.A. y Sarto, Y.W. (2016). La memoria histórica indígena Muisca un camino al fortalecimiento de la identidad cultural. Bogotá: Fundación Universitaria los Libertadores. Facultad de Ciencias de la Educación. <https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/664/L%C3%B3pezCa llejasPaolaAndrea.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Villaseñor, B.S.; Rojas, M.C. y Berganza, C.C. (2015). La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua. *Investigación en Salud*, IV (3): 1-13. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14240304.pdf>

Cosmogonía, cosmovisión y cosmología indígena en Quialana Oaxaca

1) Los mitos y rituales en la cosmogonía de Quialana

En las formas en las que los indígenas se insertan en el mundo, en la que conciben el trabajo, en la forma armónica de relacionarse con la naturaleza, con lo sobrenatural y con el sentido

de pertenencia con la comunidad, tiene estrecha relación con la manera de mirar la vida, la sociedad, la naturaleza, el cuerpo y el mundo en general (Villela, 2009).

Todas estas características son parte de lo que se denomina “cosmovisión”, la cual habla de esta visión estructurada conformada por todas las representaciones de los miembros de la comunidad, respecto a la forma de interpretar el medio ambiente y el cosmos en que posicionan la vida del hombre (Broda, 2001). En general, la cosmovisión permite entender la manera de interpretar, vivir y pensar el mundo por un grupo de personas.

Al respecto, Florescano señala *“la cosmovisión tiene en la cosmogonía uno de sus soportes, ya que trata de las creencias sobre el origen del cosmos, de la vida y de los grupos humanos”* (2000, p.2).

En este sentido, la cosmogonía contempla las creencias relacionadas con el origen del universo, de la vida, del hombre, de la sociedad, de los animales, de la naturaleza, de las cosas, de las normas de convivencia, de los seres malignos y benignos, para ello, los mitos pertenecen a un elemento fundamental para comprender dicha cosmogonía (Villela, 2009).

En este tenor, Durkheim (1912) refería que las mitologías se han representado bajo una multiplicidad de formas, sin embargo, éstas no dejan de manifestar la causa objetiva, universal y eterna de las sensaciones implantadas por la sociedad, como un ente *sui generis* sobre las formas de manifestar la vida y las acciones (en Austin, 2012).

Como señala López Austin (2012) es importante reconocer que los medios por el que nos introducimos al océano del pasado, devienen de las historias contadas a través de las tradiciones mesoamericanas, principalmente, las originadas por la tradición cristiana evangelizadora del siglo XVI, episteme que se fundamenta entre lo humano y lo no humano moralmente; entre el arbitrio y la involuntariedad de la conducta; entre la ética y la salud; entre la religión y el derecho; entre lo sagrado y lo profano; entre el trabajo y el deber sagrado.

En este entendido, se presume que las tradiciones indígenas, no compartían los binarismos culturales característicos de la tradición mesoamericana, específicamente, López Austin (2004) señalaba:

“nada hay que autorice a suponer que en el pensamiento mesoamericano existiese una dicotomía cuerpo-alma. La materialidad de las entidades anímicas según el pensamiento indígena es, por el contrario, manifiesta” (p.8).

Dentro de la conceptualización y descubrimiento de la cosmovisión indígena, que para este trabajo tiene, primero se debe enfocar la relación entre el pensamiento indígena, con la época histórica e ideológica que trascendió en la representación indígena del mundo.

Como señala Victor Turner (1987), los mitos narran cómo una situación dio paso a otra, cómo se pobló el mundo despoblado, cómo esos seres andróginos se transformaron en hombres y mujeres, es decir, cómo el mundo que hoy conocemos surgió de otro mundo. Es así que, para este apartado cobra relevancia entender cómo se constituyó lo que hoy se conoce como Quialana.

En términos generales, Quialana fue fundado en el año 1442, sin embargo, fue hasta el año 1614 que se le expidieron los títulos. Atendiendo a la historia de Oaxaca, se conoce que la religión católica apostólica y romana desde el tiempo de la conquista española, es la que ha dominado todo el territorio de Oaxaca, obviamente, Quialana no fue la excepción, un ejemplo de ello, es el templo construido en el pueblo, el cual data del siglo XVI, y según datos de los pobladores, éste fue edificado sobre y con las piedras de un *teocalli*⁶ de los viejos abuelos del pueblo (Sánchez, 2012; Gay, 1881).

⁶ El **teocalli** para las comunidades mesoamericanas era el templo o literalmente, la casa de Dios. El mismo era construido en la cima de una estructura monumental y claro, era un lugar sagrado.

En este sentido, se observa que el templo católico está construido sobre una de las montañas más altas de la población, por tanto, Broda (2012) señalaba que, dentro de la cosmovisión indígena mesoamericana, las prácticas de cultos y rituales indígenas se realizaban sobre los cerros o cimas, entre ellos, figuraban la petición para las lluvias “*yalo tepetl*” o ida al cerro.

Foto 1: Templo católico de San Bartolomé Quialana



Fuente: Mijangos, F.K., 2020

Aunado a lo anterior, se pueden observar indicios de templos zapotecas construidos en la población, por ejemplo, el cerro del calvario, uno de los más representativos de la población, presenta desde sus faldas, grandes escalones elaborados de piedra, y según pobladores quialanenses, éstos siempre han estado presentes desde la memoria colectiva del pueblo; ya estando en la cima del calvario, se observan cimientos de construcciones prehispánicas; incluso, Hernández Alma (2020) una de las informantes clave de esta investigación apuntaba que, su abuela le contaba que en la cima de dicho cerro existe una cueva, la cual comunica a este *teocalli* con el gran templo de Mitla. A este respecto, ella señalaba que su abuela nunca pudo caminar a través de la cueva, sin embargo, ella refería que dicha cueva tuvo que ser cerrada porque hubo un tiempo en que las personas se perdían en el trayecto de la misma.

Asimismo, el cerro del calvario aún conserva parte de ese misticismo y ritualidad indígena, del cual habla toda la historia mesoamericana. En este sentido, Hernández Alma (2020) contaba que todos los días primero de cada año, se realiza en dicho cerro, la ceremonia de petición. Durante la misma, las personas de Quialana se reúnen en familia para subir el cerro, en este ritual, las personas llevan, además de alimentos, ciertos objetos que habrán de colocar y vender en la cima del calvario. Hernández Alma (2020) contaba con mucha emoción que, es uno de los días más esperados por los pobladores, porque justo en la cima del cerro se construye una ciudad en miniatura, y cada familia se apropia de una porción de terreno, en la cual habrá de permanecer el resto del día. No obstante, en esta ceremonia cada una de las familias construye sobre el terreno elegido, los objetos que espera obtener durante el año de favor de Dios.

Por ejemplo, Hernández Alma (2020) decía que las familias llevan animales elaborados de barro, casas de madera, automóviles, entre otros objetos que colocan en su territorio, respetando el espacio correspondiente a las calles de la ciudad construida. Ella también mencionaba que, después de construida la ciudad en el interior del calvario, las personas recorren la misma haciendo un ejercicio de simulación de compra de objetos. Cabe mencionar que, pese a que los pobladores desconocen el origen de dicho ritual, como consecuencia según López Austin del sincretismo entre la época prehispánica y colonial, ellos continúan desarrollando las prácticas de petición de favores a los Dioses en lo alto de los cerros.

Foto 2: Ritual de petición del primero enero en el Calvario



Fuente: Sánchez, 2012

Por otro lado, el cerro del picacho y/o piedra negra o tiznada también representa uno de los símbolos y emblemas de la población, dicho cerro tiene una forma de lagarto y puede ser visto desde la carretera que conduce al istmo de Tehuantepec. De este cerro se añade, según datos de pobladores quialanenses que en la cima de dicho monumento natural existe una cueva, la cual no ha sido explorada por los pobladores actuales; sin embargo, muchos quialanenses apuntan que el agua consumida en el pueblo deviene de manantiales que se originan en el cerro, el cual no solo contiene el elemento vital, sino también, éste posee una gran cantidad de animales en su interior. Sumando a ello, Doña Juana, la curandera principal del pueblo comentaba que justo en esta montaña, es donde se encuentran las plantas medicinales más importantes.

En este sentido, la mitología indígena sobre la concepción de los cerros como grandes templos de agua, de Dioses, de animales y de plantas maravillosas, se repite y reproduce en las comunidades indígenas como Quialana (Broda, 2012). Es por ello que, el valor que adquiere el cerro del picacho en Quialana es trascendental, porque no solo se habla de un símbolo de la comunidad, sino de una madre que provee a sus hijos de elementos naturales

para su subsistencia. En este tenor, se puede observar el gran respeto y admiración que los pobladores de Quialana tienen y sienten hacia el cerro, por ello, Hernández Alma (2020) decía que las personas de Quialana han defendido al cerro de invasores nacionales y extranjeros, quienes han deseado explorarlo y construir sobre su cima torres de electricidad, medios de comunicación y medios turísticos como teleféricos.

Este cerro, además de ser una madre que provee a sus hijos de bienes naturales, también fue el camino y vereda para muchos de los antiguos pobladores de Quialana, quienes emprendían grandes caminatas y peregrinaciones para llegar a otros templos y ciudades, por ejemplo, Doña Basilia (2020) recordaba que ella emprendía caminatas de una semana para poder llegar a la Ciudad de Oaxaca, así como de un mes aproximadamente, para poder arribar al templo mariano de Juquila, uno de los más importantes de Oaxaca.

Con base en el cuestionamiento sobre quiénes fueron los primeros pobladores de Quialana se tiene poca información, pues muchos de los pobladores desconocen el origen y evolución del mismo, sin embargo, las personas adultas hablan sobre un matrimonio que llegó a habitar Quialana, el cual era originario de un pueblo vecino denominado San Juan Guelavia. Los pobladores de Quialana asocian este hecho al idioma zapoteco que hoy se habla en el pueblo, pues ellos afirman que el subtipo de zapoteco que se habla en San Juan, es el más parecido al que se habla en Quialana. A este respecto, la historia de Oaxaca presume que los pueblos zapotecas se vieron obligados a permanecer en serranías y profundos barrancos para defenderse de los habitantes pre-existentes (Gay, 1881). Quizás esta es una de las explicaciones sobre porque esta pequeña comunidad zapoteca se instaló entre barrancos y montañas.

Solamente queda añadir que la ideología y mitología indígena de Quialana sobre el posible asentamiento de un matrimonio procedente de otras tierras, es equiparable con la

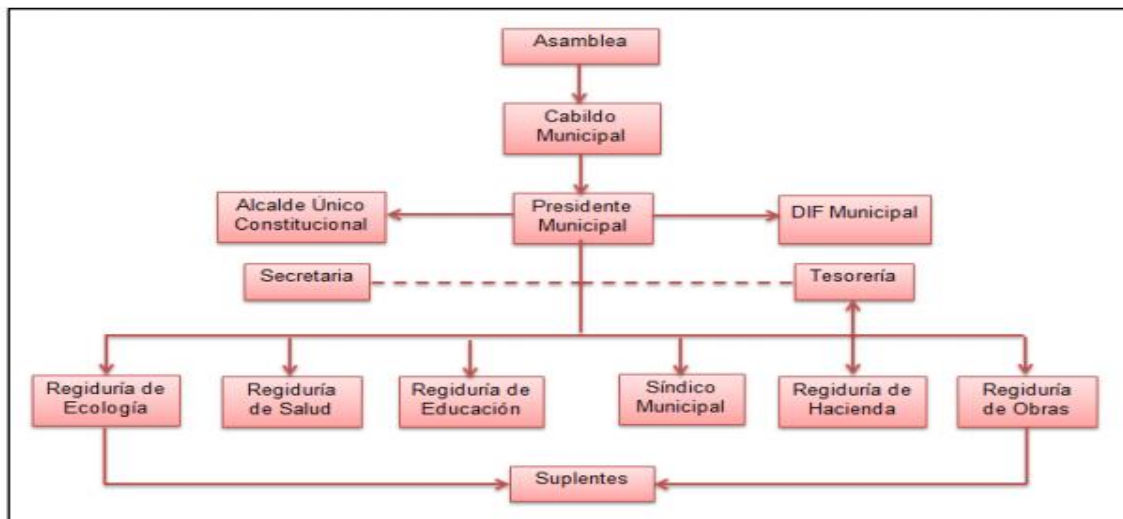
historia y origen de los pueblos mesoamericanos. En este sentido, se dice que la mayor parte de pobladores de la Ciudad de Oaxaca vinieron del Noroeste atravesando Asia, en tanto, el resto de pobladores surgió del sureste, ya de las Antillas, ya de Centro América. En esta línea, la historia habla de familias que se asentaban en diferentes regiones del Estado, las cuales se iban reproduciendo, fundando y estableciendo al mismo tiempo más zonas y regiones. También en ello, radica la comprensión de la diversidad y variedad de los idiomas, los cuales hacían una especie de hibridación lingüística y sintáctica (Gay, 1881).

2) Tradición cultural indígena de Quialana

Diversos historiadores y antropólogos de las culturas indígenas, refieren que, para el estudio y comprensión de la cosmovisión de los pueblos indígenas es imprescindible conocer y estudiar la tradición cultural de cada uno de los pueblos.

En este tenor, para fines de este apartado se hablará de la organización, artes y costumbres de Quialana. En una aproximación a la organización política, se adhiere que la comunidad se rige por la ley de usos y costumbres. Para ello, el Ayuntamiento o cabildo municipal se conforma de forma general, por un presidente municipal, un síndico, cinco regidores, autoridades auxiliares y organismos auxiliares (comisiones) (ver diagrama 1). Esta forma de organización política se fundamenta en la Ley de Planeación del Estado de Oaxaca, la cual permite propiciar el desarrollo integral del Municipio, atender las demandas prioritarias del pueblo, utilizar de manera racional los recursos económicos de la comunidad, así como asegurar la participación de la población en las acciones de gobierno municipal (PND 2014-16)

Diagrama 1: Organigrama Municipal de San Bartolomé Quialana



Fuente: Elaboración propia con datos del H. ayuntamiento.

Cabe mencionar que el cabildo municipal se elige por medio de una asamblea comunitaria precedida por todos los ciudadanos de la población. Como se describe en el PND 2014-16 *“la comunidad decide la forma de elección, generalmente es por ternas para cada uno de los cargos a concejales municipales. Una mesa de debates conformada por tres o cuatro ciudadanos nombrados al momento es la encargada de organizar la elección”* (p.121).

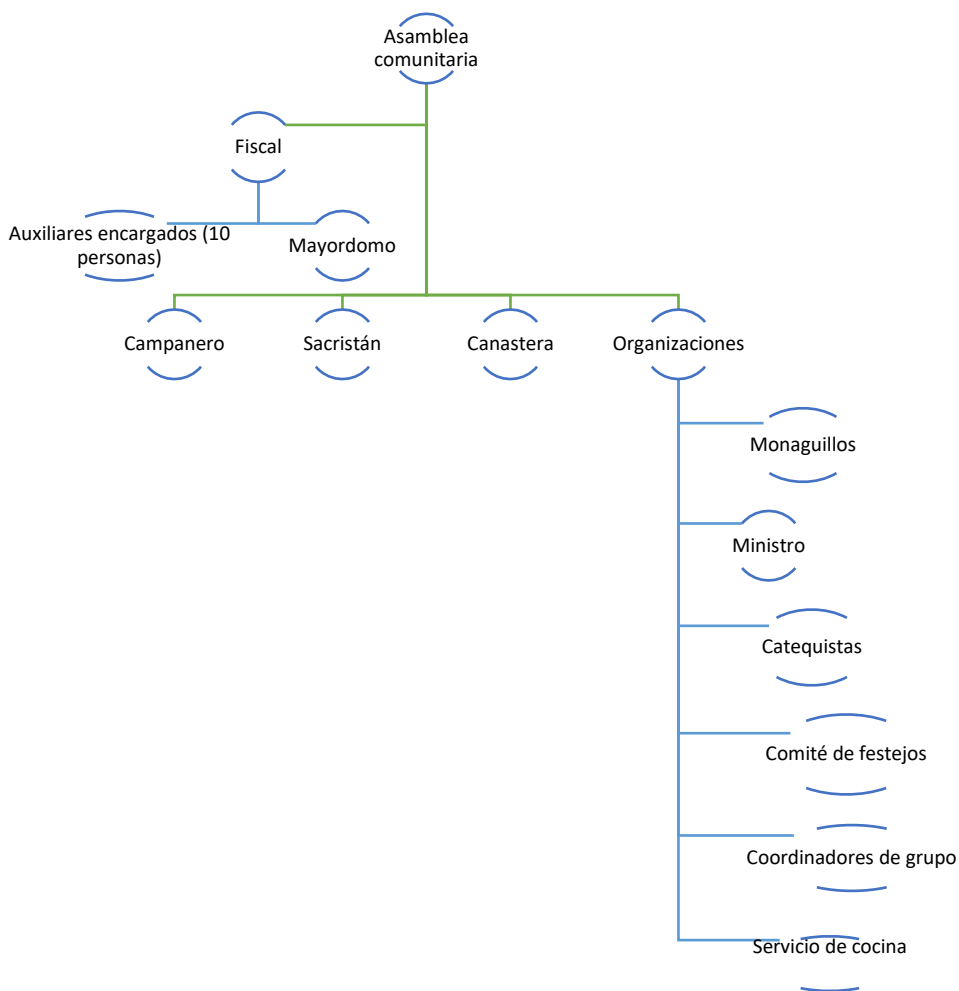
Dentro de esta organización política municipal, también destaca el sistema de impartición de justicia, el cual no dista de las antiguas culturas zapotecas asentadas previamente en dichos territorios, pues se habla de un sistema autónomo de impartición de jurisprudencia. En este sentido, el actual síndico municipal señalaba que los principales delitos perseguidos dentro de la comunidad se clasifican dentro de las violencias intrafamiliares, pues la mayoría de delitos castigados, tienen relación con el maltrato a la mujer dentro de sus hogares.

A este respecto, el Síndico Municipal refería que dentro de esta oficina se cuenta con el apoyo de un abogado, quien de forma horizontal apoya en la resolución del caso. Como primer paso, después de detectado o denunciado el caso, las autoridades municipales llaman a los implicados para que expliquen el proceder del delito, en este caso, todo el cabildo municipal estará presente y será testigo de lo que en dicha reunión se recopile. Posteriormente, el síndico municipal en colaboración con el abogado y el resto del cabildo municipal toman las mejores decisiones para la resolución del caso. En este sentido, se habla de sentencias comunitarias que van desde realización de tequios municipales, pago con trabajo o mercancías, hasta encierros de corta o mediana duración en la prisión municipal.

Es así que, las autoridades municipales autónomamente establecen la gravedad de la sentencia y el tipo de delito que se va a calificar en cada caso; sin embargo, cobra relevancia el valor de la colectividad que se adhiere en todos estos procesos, debido a que las decisiones que se toman en el interior del cabildo municipal emanan de todos los miembros de dicha autoridad, por tanto, el sentenciado actúa con respeto y obediencia a las sugerencias y castigos por dicha autoridad.

Dentro de los sistemas e instituciones de poder, también la iglesia católica desempeña un papel fundamental en la trasmisión de costumbres y tradiciones en Quialana (ver organigrama).

Diagrama 2: organigrama de la iglesia católica de San Bartolomé Quialana



Con respecto a este diagrama, cobra relevancia señalar que el Fiscal debe ser elegido anualmente a través de la asamblea comunitaria, y mediante una celebración eucarística, se festeja su función y aceptación para dicho rol. Es en esta autoridad religiosa, en quien se insertan una serie de responsabilidades sobre la festividad del Santo Patrón del pueblo, además que éste será capaz de coordinarse con el resto de autoridades eclesiásticas para el desarrollo de todas las festividades.

Al indagar sobre el origen de esta organización eclesiástica, los pobladores más antiguos de esta población referían que desde que ellos eran niños ya existía dicha

organización, pero que desconocen su origen y antigüedad, por lo que consideran, fue una tradición devenida del colonialismo y adoctrinamiento cristiano.

Además de esta organización estructural y funcional, también se añaden las tradiciones propias del festejo a San Bartolomé Apóstol, las cuales se desarrollan a partir del 23 hasta el 28 de agosto de cada año. Dentro de las principales tradiciones, se inicia con una anunciación de la fiesta, a través de una calenda dirigida por la representante de las canasteras, los encargados de la iglesia, las autoridades municipales y la comunidad en general. Esta anunciación, se culmina con la quema de fuegos artificiales y del castillo.

Asimismo, dentro de las tradiciones y festividades a San Bartolomé se habla de mañanitas, celebraciones eucarísticas, jaripeo ranchero y de competencia, bailes, regada de dulces y presentación de guelaguetza. Este último concepto, junto con el tequio son de las costumbres que han perdurado y conservado a través de los tiempos. La Guelaguetza es una práctica común y muy antigua de los pueblos oaxaqueños usadas para actividades agrícolas y de compromiso social, en ésta, todos los miembros de una colectividad se comparten de los productos, bailes y tradiciones que sustentan, todo ello, para hacer la convivencia más amena, de cooperación y de empatía (PND 1996-98).

Se dice que la guelaguetza es una de las tradiciones más antiguas, puesto que dicha festividad y acción colectiva de los pueblos de Oaxaca se vincula con las fiestas prehispánicas que se realizaban en honor al *Diosa Centéotl* o Diosa del maíz. Esta festividad o leyenda descrita por Camacho (1927) comienza señalando que el cerro del Fortín o *Daninayaaloani*, o también conocido por los zapotecas comandados por *Ahuitzotl*, como Cerro de Bella Vista, conformaba una vigía fortificada que protegía a los zapotecas de posibles ataques hacia la Ciudad denominada como *Huaxyácac* (en Lizama, 2015).

Cabe mencionar que, en esta fiesta ritual, el pueblo ofrecía anualmente las primicias de los frutos cosechados en los campos, por tanto, las flores más bellas, las semillas más preciadas, las legumbres mejor cultivadas y las plantas de más exquisitos aromas se destinaban para agradecer a la Diosa del maíz todos los favores concedidos (Lizama, 2015). Posteriormente, ya se habla de una ampliación de la tradición en la que los pueblos de Oaxaca se reunían en dicho centro ceremonial para ofrecer no solo frutos, sino animales y bailes, los cuales intercambiaban con otros pueblos, además de mostrar a todos los participantes de dicho ofrecimiento espiritual, los bailes y tradiciones de cada uno de sus pueblos.

Es por ello que se dice que la guelaguetza es una tradición cultural que persiste en el imaginario actual de todos los pueblos de Oaxaca, además de reconocer en esta acción, una forma de hermandad del pueblo oaxaqueño. Asimismo, el tequio se clasifica como un sistema de cooperación obligatoria, a través del cual se realizan diversas tareas en beneficio de la comunidad (PND 1996-98). Este servicio debe ser realizado por personas entre 15 y 60 años, de preferencia, entre hombres casados y mujeres viudas (PND 1996-98).

Entre otra de las reconocidas tradiciones de Quialana, se localizan las actividades de sostenibilidad económica, las cuales versan sobre la producción agropecuaria, seguida de la venta de fuerza de trabajo en el mercado de Tlacolula, la migración hacia los Estados Unidos iniciada en la década de los noventa, corte y confección, elaboración de artesanías, así como otros oficios relacionados con la conducción de transportes de servicio de taxi tipo colectivo, motos tipo carro, albañilería, comerciantes, trabajo de multinivel o de redes (Herbalife, Avon, Fuller).

Con respecto a la producción agrícola, existe un reconocimiento entre los pobladores, que esta actividad ha sido una de las más antiguas de la población. A este respecto, se dice entre los quialanenses que anteriormente ellos se basaban en la observación del tiempo y del

cosmos para determinar las temporadas para la siembra y la cosecha. Asimismo, Doña Basilia (2020) refería que, en la historia del pueblo, los dueños de los terrenos contrataban a los distintos mozos para realizar la actividad agropecuaria. Por tanto, el dueño junto con los trabajadores o mozos se iban desde muy temprano al campo, en tanto que, las mujeres eran las responsables de llevar el desayuno y el téjate a los hombres que estaban trabajando las tierras. En este sentido, Doña Basilia (2020) apuntaba que las mujeres desde las cuatro de la mañana ya estaban moliendo el maíz en el metate, y preparando la masa para la elaboración de la bebida ancestral o téjate, así como para la preparación de las tortillas y el desayuno.

Otro de los elementos tradicionales del pueblo de Quialana, es sobre los enlaces matrimoniales, mismo que cobra relevancia y especial tratamiento dentro de esta tradición cultural. Dentro de esta cosmovisión, se sabe a través de las descripciones por parte de las personas de Quialana que, éste constituyó durante muchos años una forma de sumisión y obediencia hacia los padres.

Una de las informantes clave, Doña Basilia (2020) contaba su historia sobre esta tradición, al respecto, ella añade que, cuando tenía 16 años su padre le dijo que ya estaba en la edad para casarse, porque incluso, había mujeres que desde los 14 años ya lo habían hecho. Ella señalaba que muy asustada, y sin conocer realmente a qué se asociaba el concepto de matrimonio, dijo a su padre que estaba bien, que ella obedecía lo que él mandaba. Doña Basilia explicaba que solo una vez pudo observar al que sería su esposo, y justo fue, cuando ella salió a comprar algunas cosas a la tienda y se percató que alguien la seguía, en ese momento, ella refirió sentir miedo, sobre todo, cuando este hombre le dijo que se quería casar con ella.

En su descripción, Doña Basilia asegura que, al entrar a su casa, ella le comento el hecho sucedido a su padre, quien le respondió que esperarían la visita del hombre junto con

sus padres y el *Huehuete*⁷. Esto significaba que, el padre estaba dando la aprobación para un posible enlace matrimonial entre aquel joven y su hija.

Ya pasado este acontecimiento, Doña Basilia (2020) platicaba que fueron tres tiempos para la pedida de la mano. En la primera vez, sólo el Huahuete le comentó a su padre sobre la propuesta que el joven le hacía a su hija y al resto de la familia. En esa ocasión, Doña Basilia recuerda que su padre le dijo al Huehuete que él necesitaba consultarle a su hija sobre dicha propuesta, antes de darles una respuesta.

Continuando con la descripción, para la segunda visita ocurrida a la semana de la primera, ya se esperaba que la familia tuviera una respuesta. Doña Basilia comentaba que la respuesta fue dada en función de las recomendaciones y sugerencias de su padre, es por ello que, ella le respondió a su padre que sí él consideraba que era la persona y el momento para casarse, pues ella lo aceptaba. Fue entonces que el padre de Doña Basilia, salió para comunicarle al Huehuete y a la familia del novio que ya podían seguir con el resto de los preparativos.

La tercera pedida ocurrió al mes de la segunda, para esta visita ya se hacía la pedida formal del matrimonio. Doña Basilia explicaba que, previo a la llegada de la familia del novio, ellos debían preparar un altar con una veladora, un petate para hincarse y unas bancas pequeñas de madera para que se sentarán las mujeres de ambas familias. A la llegada del Huehuete y la familia del novio, éste entraba a la casa de la novia recitando un “Ave María Purísima” en voz alta, se dirigía al altar, hincaba a los novios, él también se inclinaba, y

⁷ Huahuete, es el término que se adjudicaba al responsable y representante que daba crédito y validez al compromiso matrimonial en el interior de las comunidades indígenas. Se puede decir, que el huahuete era un tipo de fiscal o juez espiritual que daba formalidad al compromiso verbal entre ambas familias. Para ello, éste debía ostentar ciertas características, ser intelectual, tener habilidad para el discurso, conocer los textos de las sagradas escrituras, hablar con propiedad, ser una persona respetable dentro de la comunidad. Además, éste tendría conocimiento sobre el manejo de oraciones y rosarios.

comenzaba a rezar tres padres nuestros. El resto de las mujeres se sentaba en los bancos de madera, en tanto que, los hombres se inclinaban o sentaban sobre el petate.

Posterior a este ritual de petición, la familia del novio entrega a la novia los siguientes objetos: seis a siete cartones de cervezas, quince cajetillas de cigarros, setenta panes resobados grandes, cincuenta marquesotes, dos velas de concha, cinco medidas de mezcal, cincuenta guajolotes, doce panes de yema, doce panes amarillos para el atole, un kilogramo de chocolate, doce almudes de tortillas (60 tortillas tipo tlayuda). Seguido de este ritual de entrega, ambas familias se van a la casa del novio para degustar de los alimentos preparados por la familia del mismo. Algo de gran significado, es que Doña Basilia (2020) platicaba que justo en este momento es cuando pudo mirarse de frente con su futuro esposo.

Ya en el día de la boda, el novio debía acudir a la casa de la novia para recogerla, por consiguiente, ésta era transportada en unas anditas durante un recorrido por las principales calles de la población, hasta llegar a la iglesia. Durante dicho recorrido, también se hacía una regada de dulces, y actualmente, de trastes y demás regalos. Las personas acompañantes también debían portar el metate, el baúl de objetos para la novia, entre otros obsequios para la nueva pareja. Al entrar a la iglesia, el padre incensaba el lugar con copal, se festejaba la ceremonia religiosa, posteriormente, en el lugar de la fiesta se dejaba escuchar el tocadiscos con el tema de las mañanitas. Finalmente, a la hora de la fiesta se sintonizaba el gavilán pollero y el comer palomo⁸, posteriormente, se continúan con la fiesta y el baile.

Finalmente, dentro de las tradiciones más importantes de Quialana se recupera la información sobre la vestimenta. Actualmente, la vestimenta de la mujer consta de una blusa blanca de seda con un bordado a mano, una tela de cuadros que se utiliza como enredo que

⁸ Este baile consiste en que la novia habrá de compartir el primer bocado de la comida, dándoles a los hombres en su boca, en tanto, el novio hace lo contrario alimentando a las mujeres.

cubre de la cintura los tobillos o unos 15cm arriba del mismo, dicho enredo se sostiene con un ceñidor de 10cm aproximadamente, el cual se sujeta fuertemente a la altura de la cintura, cabe mencionar que, este ceñidor es elaborado y tejido a mano, así mismo, sobre este enredo se coloca un delantal tipo mandil. Sobre la blusa blanca se coloca una sobre blusa de colores vistosos hecho de tela tipo encaje. El cabello es cubierto por una pañoleta de colores y floreada. El calzado que se utiliza son huaraches de plástico tipo sandalias. En el caso de las señoritas, en años anteriores, ellas usaban un vestido largo de seda o encaje, actualmente, el vestido es usado por mujeres de todas las edades.

Foto 3: vestimenta de la mujer quialanense



Fuente: Mijangos, K.I., 2020.

Asimismo, se dice sobre la vestimenta que, ésta ha sido la principal muestra de mayor hibridación existente en la comunidad, pues dicha vestimenta se ha visto modificada a lo largo de los años. De acuerdo a la consulta realizada en la comunidad, se dice que en los años ochenta la vestimenta era exclusivamente de manta blanca, la pañoleta que cubría el cabello era de seda roja, o también, se colocaba un rebozo negro de seda con puntos blancos; y posteriormente se utilizó un rebozo rojo proveniente de Guatemala, hasta llegar a la pañoleta floreada.

Foto 4: transformaciones de la pañoleta y rebozo



Nota: Elaboración propia, a partir de álbum de Familia Hernández, 2020.

En el uso de la vestimenta femenina, también se pueden ver las transformaciones no solo en el uso de la pañoleta o rebozo, sino en el material y diseño que ha tenido la misma, por ejemplo, se puede observar que en los años ochenta, la blusa era de manta y cerrada completamente en su parte posterior, seguido de ello, se observan blusas con abertura en la parte posterior, hechas de seda floreada, terciopelo y actualmente de encaje y estilizadas.

Foto 5: transformaciones de la blusa a través del tiempo



Nota: elaboración propia, a partir de la familia Hernández, 2020.

Cabe mencionar que, en el proceso de hibridación del vestuario de las mujeres, el factor migratorio ha desempeñado un papel fundamental, pues los pobladores de Quialana

señalan que previo a la migración hacia los Estados Unidos, la cual comenzó a producirse en los años noventa, las personas de Quialana migraban hacia Centro América, específicamente hacia Guatemala, por tanto, el uso del rebozo rojo sobre la cabeza, la tela cuadriculada tipo enredo y el diseño de la blusa con abertura en la parte posterior y elaborada con diversa telas, entre ellas, el encaje, devienen y se originan de esta migración centroamericana.

Posteriormente, la migración hacia Estados Unidos originada en los años noventa, se produjo cuando diversos empresarios norteamericanos, específicamente, del sector agropecuario se dirigieron a diversos pueblos de México en búsqueda de trabajadores agricultores. Desde esta perspectiva, Doña Basilia (2020) refería que en esos tiempos, llegaban autobuses que contrataban a hombres del pueblo, quienes estuvieran dispuestos a trabajar el campo en el país vecino del norte. A este comunicado, fueron muchos los pobladores de Quialana que emprendieron este nuevo viaje, conquistando nuevas fronteras y oportunidades de crecimiento personal y familiar.

Es así como, se habla de familias completas que quedaron incompletas, sin la presencia del jefe de familia, sin embargo, y atendiendo al tema del vestuario, algunos quialanenses describían que estos familiares radicados en EUA fueron los que introdujeron el concepto de la pañoleta floreada y colorida en toda Quialana. Esta pañoleta según datos de los pobladores es de origen oriental, proveniente de China, la cual fue adquirida en Estados Unidos e introducida a Quialana como objeto o regalo de los hombres hacia sus esposas, madres e hijas. En este tenor, la pañoleta fue sustituyendo el uso del rebozo, debido a su practicidad, su suavidad, su ligereza para ser colocada sobre el cabello, además que, las mujeres de Quialana añaden el valor estético que ésta tiene.

La pañoleta floreada y multicolorida es el actual símbolo de las mujeres quialanenses, quienes portan dicho atuendo con orgullo, con magia y dinamismo. La pañoleta presenta dos

modalidades para su uso: una de ellas es para protegerse de la intemperie del sol, puesto que se señalaba que las mujeres antiguas de Quialana caminaban entre el sol para llevar el desayuno a los trabajadores del campo, y debido a la escases de objetos protectores contra el sol, como los sombreros, gorras o vísceras, el rebozo adquiría ese valor funcional sobre dichos productos; por otro lado, la pañoleta también parte de una cosmovisión y tradición de respeto entre las personas, pues muchos pobladores referían que la cabeza descubierta de las mujeres, representaba un distanciamiento entre las personas que interactuaban, además que, la pañoleta o rebozo sobre el cabello de las mujeres durante los años ochenta, las clasificaba como mujeres comprometidas en matrimonio.

Con respecto a la indumentaria del hombre, ésta no ha tenido tantas transformaciones como el de las mujeres, sin embargo, se habla de una vestimenta tipo mestizo: pantalón de mezclilla, lino u otro tipo de tela, playera blanca, camisa lisa de un solo color, huaraches de piel de toro o botas de hule y sombrero (PND 2014-16). No obstante, se sabe por los pobladores que el vestuario que utilizaron los primeros quialanenses consistía en pantalón y camisa de manta, como en muchos pueblos mesoamericanos.

Foto 6: vestuario de los hombres de Quialana



Fuente: Mijangos, K.I., 2020.

3) Cosmovisión indígena de Quialana en relación a la salud y enfermedad

El primer día que llegue a Quialana, fue el día dos de enero de 2020, desde ese momento sabía que mis oídos, mis ojos, mis manos, mi olfato debían estar alertas a todo lo que pudieran percibir con relación a la concepción y prácticas de salud/enfermedad entre los pobladores de Quialana.

Es así que el primer acercamiento al conocimiento fue gracias a Doña Basilia, una señora de 90 años, quien no sólo era poseedora de una herencia histórica milenaria, sino que se convertía en una persona clave dentro de la investigación, debido a que, fue ella quien abrió los horizontes ontológicos y epistemológicos sobre una cosmovisión que habría de indagarse y sumergirse en ella para entender un nuevo mundo de vida.

El mundo de las brujas y los perros negros. Para contextualizar dicho encuentro, comienzo diciendo que, al entrar en la casa de Alma, vi sentada a una señora mayor, ella se miraba recién bañada desde el aspecto de su piel, la cual se observaba y percibía como fresca, brillante y con un aroma a jabón recién rociado sobre el cuerpo; hasta el aspecto aterciopelado grisáceo y terso del cabello, el cual se observaba sin ligaduras ni trenzados.

Al sentarme junto a ella, Alma me comento que se trataba de su abuelita, entonces me dirigí a ella para presentarme y explicarle el motivo de mi visita en Quialana. Al mismo tiempo, le pregunté sobre su edad, a lo que ella respondió que tenía noventa años. Fue sorprendente mirar como una mujer de su edad se mantenía tan sana, con una excelente memoria de largo y corto plazo, con una buena capacidad de entendimiento y discernimiento, así como una gran facultad para entender y hablar el español, además de su idioma natal.

Durante mi presentación con doña Basilia, pude constatar que para ella era más cómodo hablar en su lengua natal, debido a que existen palabras que son difíciles de interpretar al español, entonces, atendiendo dicha necesidad, le comenté a Alma, si ella podía

hacer el rol de interprete y traductora entre su abuela y yo. Es así, como desarrollamos la conversación, y durante el trascurso de la misma, Doña Basilia describió que tenía seis hijos, pero que tres de ellos habían muerto desde pequeños, al indagar sobre las causas que originaron dichos descensos, ella comentaba que normalmente los niños de antes no duraban mucho tiempo vivos, porque no existían las vacunas como ahora, por tanto, los niños morían de sarampión, viruela, tosferina y fiebre intensa de varios días; también Doña Basilia señalaba que antes no habían tantas medicinas y doctores que los atendieran.

A este respecto, se puede observar que las representaciones sociales también se van transformando con las interacciones, pero también basadas en experiencias previas. Por ejemplo, Doña Basilia reconocía el valor de las vacunas y la gran trascendencia que existe desde su aparición, así mismo, ella daba un valor añadido a los profesionales de la salud, por tanto, se dice que existe un sincretismo entre la medicina occidental y tradicional que permite el posible diálogo intercultural entre ambas.

Continuando con la conversación, le pregunté a Doña Basilia si algunas muertes de los niños estaban asociadas con las brujas, y ella respondió que precisamente uno de sus hijos se lo había llevado la bruja. En ese momento surgió la duda, sobre cómo Doña Basilia se había dado cuenta que la bruja se había llevado a su hijo, por consiguiente, Doña Basilia narró que un día había dejado a su hijo durmiendo en uno de los cuartos, posteriormente, cuando ella fue a ver al niño, notó que éste estaba tapado de su cara con una de las sábanas, ella se acercó más, le retiró la sábana y se percató que el niño ya no respiraba, Doña Basilia dijo ...

“en ese momento me puse a llorar y le dije a mi hijo que, porqué se había muerto, lo movía, pero él no respondía (...) en ese momento salí rápido a decirle a mi mamá que mi hijo había muerto ¡ay Dios mío!”

En esta descripción, llamaba la atención cómo las personas podían distinguir la muerte de los niños que eran producidas por las brujas, dado que hasta el momento de la descripción no se lograba entender la causalidad. Fue entonces que, al cuestionarle a Doña Basilia a este respecto, ella comentó que, los niños que eran asesinados por las brujas presentaban moretones en todo el cuerpo como si alguien los sujetará muy fuerte, incluso, ella señalaba que también había presencia de moretones en el cuello; así mismo, ella añadía que, en el resto del cuerpo aparecían señales de los dientes, que era justo, donde las brujas mordían o chupaban a los niños, los que normalmente, tenía que ser de sangre dulce, es decir, tenían que ser niños de carácter dulce.

Dentro de toda esta explicación, cobraba relevancia conocer la identidad de la llamada “bruja”, por tanto, Doña Basilia señaló que éstas eran mujeres que siempre andaban con el cabello suelto, es decir, eran mujeres normales que sufrían una especie de metamorfosis, y en esa transformación, sus pies se miraban como patas de *guajolote* o pavo. Ella refería que, las personas que en algún momento las llegaron a ver transformadas, reconocían la identidad de éstas, incluso, sabían la ubicación de sus casas y familias, sin embargo, ella reconocía que nunca pudo ver alguna. Dentro de esta descripción mitológica, Doña Basilia no solo hablaba de brujas, sino también de perros negros que correspondía a personas del sexo masculino. En su narración, ella apuntaba que los perros negros eran los que hacían la metamorfosis de las mujeres a brujas, a este respecto, ella también afirmaba que nunca vio ninguno.

Con base en ello, la pregunta era, cómo las madres lograban proteger a los pequeños de estos seres cósmicos, por consiguiente, ella explicó que las madres elaboraban un costalito con semillas de mostaza, alcanfor y unos alfileres en forma de cruz, dichos costales se ubicaban en cada una de las esquinas de las casas, y con ello, lograban ahuyentar a las brujas.

A este respecto, la abuelita de Alma contó que otra de sus hijas siempre fue perseguida por la bruja, la duda en ese momento era, de qué forma, ésta fue perseguida por la bruja, a lo que Doña Basilia narró que cuando su hija era pequeña, en un momento dado, dejó de comer, ya no dormía y se veía en general muy triste y débil, por tanto, ella tuvo que llevarla con una adivina o hechicera del pueblo, quien le comentó que su hija había tenido un contacto con la bruja, por ende, ésta debía curarse; entonces la adivina procedió a curarla, para ello, primero le succionó la boca a la niña, posteriormente, la niña comenzó a expulsar mucha saliva tipo espuma por la boca, consecuentemente, ésta regreso a su casa ya en estado normal. Sin embargo, Doña Basilia comentó que muchos años después, cuando su hija ya era mayor falleció a causa de la bruja, porque ella tiene la idea que la bruja fue quien empujo a su hija para que se cayera, se complicara y enfermara más hasta morir. Esto lo asume, porque la hija antes de morir le comentó a su madre que ella sintió que alguien la empujo para que cayese, y también, porque los médicos nunca supieron explicar la verdadera causa del fallecimiento de su hija.

Uno de los cuestionamientos que también surgían dentro de esta cosmovisión, era sí las brujas también llegaban a asesinar a sus propios hijos, entonces, Doña Basilia narró que ella supo del caso de un matrimonio que tenían un hijo. Sin embargo, el esposo siempre sospecho que su esposa era una bruja, consecuente, una noche éste se hizo el dormido con su hijo entre los brazos, cuando la bruja se percató de ello retiró al niño de los brazos de éste, y en su lugar colocó la mano del metate, empero, como el esposo no estaba dormido, despertó y vio cuando la esposa se llevaba al niño entre sus brazos, por tanto, cuando la bruja se dio cuenta que había sido descubierta, ésta se murió, porque según datos de los pobladores, ellas no podían ser descubiertas, de lo contrario fallecían, tal y como ocurrió en esta historia.

Otro de los acontecimientos importantes que Doña Basilia contaba, era que las parteras desde que atendían el parto, ya podían identificar a las niñas que iban a ser brujas y a los niños, quienes serían perros negros. A este respecto, comentaba que las parteras lograban saber esto, debido a que ellas contaban que los recién nacidos quienes estaban destinados para ser algunos de estos seres mitológicos traían una telita que les cubría todo el rostro. Por consiguiente, dicha telita tenía que ser retirada muy cuidadosamente desde la parte posterior o nuca hacía adelante, porque de hacerlo en sentido opuesto, el recién nacido moría. En este sentido, la abuelita auto reflexionaba y se preguntaba, cómo es que los doctores de ahora atienden a estos bebés para que no se mueran, al final, ella agregaba ...

“ya hasta ni creo eso de las brujas, ya ni se, si existían, quién sabe (...) porqué entonces, cómo les hacen los doctores ahora.”

En ese momento, y después de narrar todas estas cosmovisiones, se podía reflexionar y pensar que las representaciones sociales que ostentan en Quialana sobre este fenómeno de morbi-mortalidad, también puede ser modificado de acuerdo a las propias experiencias de vida, tal y como ocurría con Doña Basilia al cuestionarse sobre la existencia de la bruja; así como al estado de conciencia y sentido común que se va deconstruyendo en la interacción con otras personas, y otras épocas, la cuales se van incorporando al conocimiento colectivo de la comunidad.

La cosmovisión de la alimentación sana. Durante el trabajo de campo desarrollado en la comunidad de Quialana, en el Estado de Oaxaca, durante el periodo comprendido entre el 02 y el 30 de enero del año en curso, se pudieron establecer ciertas metodologías y estrategias de estudio para conocer las representaciones sociales sobre salud y enfermedad entre profesionales de la salud y usuarios indígenas de dicha comunidad.

En esta dirección, durante la primera etapa de la investigación, se preguntó a diversas personas de la comunidad sobre los numerosos elementos necesarios para mantener una “salud sana”, al respecto, muchos de ellos hablaban de un concepto fundamental denominado “alimentación sana”. Al insertarse en este concepto y, por supuesto, profundizar en el mismo, se les cuestionaba sobre la connotación de dicho término.

En este tenor, los pobladores de Quialana definen una alimentación sana como aquella que está libre de químicos como los fertilizantes, por ende, la alimentación sana se basa en el consumo de alimentos producidos por la propia comunidad y regada por un sistema de aguas limpias, libre de contaminantes. Asimismo, a su definición de alimentación sana, añadían los alimentos de origen animal, pero propiamente originado en la comunidad, es decir, aquellos animales que son alimentados en el entorno de sus hogares, por medio de fuentes no contaminantes, ni a base de hormonas.

A este respecto, Doña Basilia decía ...

“yo no consumo esas cosas que venden en Tlacolula, los enlatados me dan miedo, eso si no mire, nada de enlatados (...) usted cuando va al mercado de Tlacolula ve unos pollos gordos, grandotes y chulos, pero están inyectados, le meten no sé qué para que crezcan, o también, le dan alimento de engorda, pero eso es puro químico, yo por eso les doy puro maíz a mis animales, y..., no, no como esos animales de afuera” (fragmentos de la entrevista, 2020)

Cuando le preguntaba sobre, cómo ella podía darse cuenta de que los animales que consumía no eran “criollos” o criados en el hogar, como ellos los denominan. Ella me decía:

“A porque, la carne luego se siente, mire, cuando usted come el pollo que no es criollo, la carne se deshace solita, y luego cuando la prueba, sabe fea esa carne, ni sabor tiene. Pero si come el pollo criollo, la carne es dura, el sabor luego se siente, yo luego me doy cuenta (...) y pues la verdad, esos animales son los que enferman a la gente (...) lo mismo

pasa con las hierbas, usted ve la lechuga y las frutas bien grandotas y bonitas, pero luego éstas las traen de Puebla, o no sé de dónde, y están regadas con aguas negras, y también, les ponen muchos químicos para que crezcan, esos alimentos ya no tienen nada nutritivo, porque esos fertilizantes le quitan todas las propiedades a la tierra, y pues, ya no le pasan eso a las frutas y verduras (...) todo eso mire, todo eso enferma a las personas, por eso la gente de antes no se enfermaba, porque todos sembraban sus alimentos y eran sanos” (fragmentos de la entrevista, 2020).

Asimismo, las personas de la comunidad añadían que, las personas que viven en el municipio de Tlacolula y demás pobladores que habitan la ciudad de Oaxaca, no reflexionan sobre este fenómeno, ya que ellos se percataban que, al ir a vender sus productos al mercado, la gente de la ciudad prefiere comprar los alimentos que se ven relucientes, grandes y por, sobre todo, que portan una etiqueta, por ejemplo, el señor Pedro (pseudónimo) señalaba:

“la gente quiere comprar las frutas que se ven chulas, así grandotas y bonitas, y cuando ven nuestras frutas chiquitas, no las compran, a veces sucede que algunos animalitos como las abejas, pues pican la fruta, y la gente nada más, ya no la compra, porque se ven feas, pero pues, nuestras frutas son sanas, nosotros las regamos, no le echamos nada a la tierra, o le echamos, pero, abono de toro y de los mismos árboles, eso es lo que le echamos, nunca usamos los fertilizantes (...) el gobierno luego nos da esos polvos, pero a mí no me gustan, prefiero que los alimentos crezcan solitos” (fragmentos de la entrevista, 2020).

Ellos al hablar de alimentación sana, no hablaban de un enfoque biólogo basado en los conceptos de equilibrio, variabilidad, completo y exacto, sino hablaban de alimentación sana, enfocados al término de calidad del propio alimento, desde su origen y producción del mismo. En este sentido, uno de los entrevistados mencionaba ...

“De que sirve que yo coma muchas frutas y verduras, si están llenas de químicos; no me estoy alimentando bien, le estoy metiendo a mi cuerpo esos químicos, y pues, luego me enfermo” (fragmentos de la entrevista, 2020).

En el punto que trata sobre el concepto “dieta exacta”, conviene agregar, que los pobladores de Quialana no lo tienen como un elemento de representación simbólica sobre la alimentación sana, por tanto, ellos no llevan un control sobre la cantidad de alimentos que consumen. En parte, por la desigual distribución y producción de los alimentos entre los hogares, el cual no es tan accesible y asequible, derivado de la localización geográfica, pero también de las intemperstades del tiempo, mismas que no son previsibles.

Por otro lado, ésta no representatividad de dieta exacta o suficiente, tiene que ver con aspectos culturales como la enfermedad asociada con el cuerpo delgado, ya que los pobladores referían que, en la década de los noventa, las mujeres que no presentaban un cuerpo con sobrepeso, no eran atractivas a los ojos de los hombres, por tanto, las mismas eran vulnerables a quedar solteras. Además, el cuerpo delgado, se percibía como un cuerpo enfermo. Actualmente, esta representación se ha transformado, y con ello, también se ha transformado su *habitus* de la alimentación, por tanto, ahora se observa que las nuevas generaciones de mujeres lucen con un cuerpo más delgado.

Sin embargo, esto no sucede con los niños, quienes se les observa con sobrepeso y obesidad, al respecto, las personas de Quialana comentaban que, al ser una población migrante, las personas al volver de Estados Unidos traen ciertos hábitos alimenticios que insertan en la comunidad, tal es el caso, del consumo de la pizza, hamburguesas y tacos, los cuales fueron aceptados muy favorablemente por la población infantil y joven.

Asimismo, durante la estancia de investigación en la población de Quialana, se pudo distinguir que las personas, no consumían fuera del pueblo, y cuando éstos tenían que salir,

se llevaban sus propios alimentos fabricados en casa. Sin embargo, Quialana tampoco está libre del sistema capitalista y modelo consumista, en esta disyuntiva, también se pudo constatar que los productos envasados como los refrescos y jugos de fábrica, fueron notablemente aceptados entre sus prácticas alimentarias.

Desde esta perspectiva, los habitantes de Quialana suelen consumir este tipo de alimentos envasados, principalmente, durante las horas de comida. A este respecto, se puede agregar que uno de los elementos que favoreció la aceptación de este producto en la comunidad, tiene una fuerte correlación con determinantes culturales asociadas con el consumo de agua potable.

El agua potable representa un elemento simbólico para la comunidad, el cual se ve sumergido en un mundo de ideas, en relación a su cuidado y consumo. Es así, como el agua potable en Quialana, no se mira como un líquido que pueda ser consumido directamente por las siguientes razones: 1) el agua potable se mira como un alimento exclusivo para el mantenimiento de los animales, por consiguiente, muchos pobladores, específicamente personas adultas señalaban en un lenguaje metafórico “*agua, ni que fuera buey para tomar agua pura*”; a partir de ello, el consumo de agua potable se ve tergiversado por una idea de exclusividad animal; 2) el agua sana, la cual consiste en el líquido vital devenido directamente de un manantial, es decir, ellos no consideran como agua potable todos los líquidos transparentes que vengan embotellados por la idea enmarcada en el uso de los químicos; a partir de ello, éstos sólo prefieren tomar agua entubada y no tratada, pero, que venga directamente del manantial, la cual distinguen como una fuente de la naturaleza; 3) el sabor del agua, los pobladores de Quialana hablaban del sabor del agua tratada o hervida, el cual era desagradable para ellos, por tanto, éstos preferían consumir otros líquidos embotellados diferentes a la misma; y 4) consumo del tejate como líquido que alivia la sed.

De esta última razón, se desprende el carácter simbólico que la bebida tradicional del tejate posee en Quialana. El tejate es una bebida ancestral elaborada a base de maíz, cacao y rosita de cacao, la cual es tradicional de todo el Estado de Oaxaca, sin embargo, en Quialana no sólo es una bebida que se consume esporádicamente, sino que representa uno de los elementos más importantes en la dieta de los quialanenses.

En este sentido, el tejate existe desde épocas inmemoriales en la vida de los quialanenses. A este respecto, los pobladores de la comunidad referían que en la década de los ochenta y noventa las mujeres se levantaban muy de madrugada para preparar el tejate, bebida que tenía que estar disponible para cuando los hombres se iban a trabajar al campo, de esta forma, las mujeres se dirigían muy temprano con el desayuno y el tejate al campo, donde se encontraban sus esposos y trabajadores o “mozos”, como ellos les denominan.

Este rol de las mujeres en Quialana era desarrollado diariamente, además se decía que, cuando los miembros de la familia manifestaban sed, ellos tenían a la disponibilidad y accesibilidad el tejate que, además, ellos referían, es una bebida que les refresca y les gusta tomar siempre. Como efecto histórico y tradicional, el tejate aún se presencia en la vida de todos los quialanenses, y no existe hogar alguno que prescindiera de dicha bebida y del fundamento simbólico que para ellos tiene. En este sentido, el uso de agua potable queda excluido por el uso del tejate, y actualmente, del refresco o jugo.

Cosmovisión de lo frío y lo caliente. Como muchas comunidades indígenas, la cosmovisión de lo frío y caliente cobra valor cuando se habla de enfermedades. Es este tenor, en Quialana cuando se les preguntaba a ciertas mujeres que estaban reunidas en una festividad de Reyes en el atrio del templo católico, sobre la causa por la que personas quialanenses se enferman, ellas añadieron que la principal causa se debía a los cambios bruscos del tiempo, es así que decían:

“pues la gente se enferma mucho de gripa, eso principalmente (...) se enferman por el aire, porque les toca salir afuera y pues les toca ese aire frío o caliente, entonces se enferman (...) antes las mamás se cuidaban mucho, ellas se cubrían la cabeza cuando tenían que salir afuera, al patio, a la calle, nunca se bañaban cuando el cuerpo estaba caliente, mmmm, ahora ya nada de eso, la gente ya no se cuida, por eso se enferman”
(informante clave, 2020).

En esta descripción, se observa la permanencia en el tiempo sobre la connotación de lo frío y caliente, por ejemplo, Doña Juana, la principal curandera del pueblo comentaba que existen enfermedades de frío y de caliente, por consiguiente, si la enfermedad era por frío se le tenían que dar tratamientos calientes, a este respecto, ella señalaba que cuando las personas presentan fiebre “*calentura*” no se le debe poner una inyección, porque los medicamentos son calientes, y eso empeora la situación.

A este respecto, es importante entender la relación entre las enfermedades y los tratamientos implementados, los cuales van estrecha asociación, por eso Doña Juana explicaba que siempre es relevante poder entender el tipo de enfermedad, para poder discernir entre enfermedades producidas por lo caliente o lo frío, antes de poder dar un tratamiento, porque incluso, ella hablaba de hierbas calientes y frías.

La enfermedad del chaneque o del coraje. Durante las visitas a la casa de Doña Juana le preguntaba sobre las enfermedades más comunes en Quialana, ella explicaba que la enfermedad más importante es el *chaneque*. Esta es la enfermedad producida por el coraje, o su estado más grave, la muina, el susto, la tristeza, el berrinche o algún problema fuerte de la persona. Ella explicaba que posterior al acontecimiento *sui generis*, éste entraba al cuerpo en forma de aire y se alojaba en las articulaciones de la persona, para desarrollar posteriormente, un tipo de engarrotamiento, pérdida total de la movilidad, artritis, encorvamiento y mucho dolor.

Asimismo, ella narraba que las personas cuando están adolecidas por un acontecimiento como los ya explicados, no se debía bañar, ni permitir que le tocará el aire frío, porque de lo contrario desarrollaría el chaneque, ella añadía:

“nunca la persona después de tener un coraje se debe bañar con agua fría, porque el cuerpo está caliente, el coraje pone caliente al cuerpo.”

En esta línea, se preguntaba sobre las complicaciones más graves del chaneque, y Doña Juana decía que los efectos oscilan desde la pérdida de la movilidad, artritis hasta la muerte de la persona. Por ejemplo, ella señalaba:

“mira los doctores sólo conocen la artritis, por eso le dan medicamentos para el dolor, pero ellos no curan la raíz de la enfermedad, de ese malestar pues, yo eso es lo que trato, la raíz de lo que ocasiona la artritis, que es el chaneque.”

Entre otras complicaciones mencionaba a la embolia, la pérdida de la vida o conocida en el mundo occidental como la depresión.

Dentro de las complicaciones del coraje, también Doña Juana decía que los “nervios” pueden afectar a las mujeres embarazadas, porque justo esto es lo que complica el parto de éstas, por tanto, ella también les daba algunas hierbas para poder contralar sus nervios y así evitar alguna complicación del parto.

Antes de terminar la conversación con Doña Juana le preguntaba sobre el tipo de elementos que empleaba para diagnosticar a las personas, ella decía que la principal herramienta era platicar con ellos, pero también, ella les pasaba un huevo y a través de éste, ella podía observar la enfermedad, así como sí dicha enfermedad la tenía que tratar ella, o el caso le correspondía al médico.

A este respecto, ella decía *“cuando el huevo lo hechas en un vaso con agua, y se ve limpio, quiere decir que la enfermedad que tiene la debe curar el médico, pero si el huevo*

sale con mucho aire o figuras, entonces ya veo qué le está ocasionando la molestia a la persona”.

Asimismo, Doña Juana explicaba que cuando llegaba la persona, ella le observaba y medía el pulso, pero ella aclaraba que, la observación del pulso no solo era ver cuántas veces pulsaba, sino se observaba si estaba muy caliente, si la sangre se sentía muy espesa, entre otras características. Además, ella observaba ambos pulsos, porque el del pulgar es el pulso del corazón, en tanto, el pulso del dedo meñique corresponde al cerebro. Por tanto, desde ahí ya podía mirar si se trataba de una enfermedad del corazón o del cerebro.

Atendiendo a todas estas cosmovisiones, se recupera el valor de la salud mental dentro de las comunidades indígenas, porque precisamente muchas de las enfermedades devienen de ese desequilibrio del cuerpo con el cosmos, de esa no reconciliación del cuerpo con aquello que lo hizo molestar, por ejemplo, y cabe mencionar que una de las mujeres de Quialana cuando andaba trabajando en la siembra, comentaba que cuando ella se enferma de gripa, ella se dedica a trabajar y la enfermedad se va solita, así mismo, ella decía que diariamente subía al cerro para acarrear agua, y nunca pensaba en la adversidad o lo difícil que era hacer eso diariamente.

El concepto de infección. Se toma como premisa el concepto de infección, dada la importancia que retoma en estos momentos epidemiológicos, pero también, porque en las historias y cosmovisiones indígenas, los desequilibrios corporales, como el resfriado, son devenidos de un cambio cósmico y climático, en esta línea, el término infección parece no existir en la representación social de las comunidades; sí que es un concepto que existe en las comunidades, pero no ostenta un significado incorporado, por consiguiente, no es atendido, ni problematizado (López Austin, 2012).

Estas premisas tienen relación con los datos de morbi-mortalidad de las comunidades indígenas, las cuales siempre muestran entre las principales causas de mortalidad, a las infecciones respiratorias agudas y diarreicas. En este sentido, vemos que la transición epidemiológica de las comunidades continúa de forma semejante a siglos pasados.

Cabe mencionar que muchas de las causas añadidas a estos datos se asocian con la pobreza, desigualdad, marginación y espacio geoterritorial, sin embargo, la propia Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2017) reconoce que:

“las diferencias entre los puntos de vista científicos e indígenas continúan creando barreras que no permiten un pleno intercambio y colaboración entre ambos (...) las poblaciones locales e indígenas tienen modos propios de entender la cultura, la ecología, sus prácticas de conservación y formas de manejo de recursos”.

Basando los datos en el desarrollo del trabajo de campo realizados. Se observa que no existe una representación social sobre infección en la comunidad de San Bartolomé Quialana, por ejemplo, en un encuentro que sostuve con algunas personas quialanenses les preguntaba, por qué se enferman las personas de gripa, a lo que ellos respondían:

“la gente se enferma, por los cambios de clima, ve, porque la gente a veces está haciendo sus tortillas, está en lo caliente y de repente sale, le toca todo ese aire, eso es lo que enferma a las personas, o también, por los cambios constante de clima” (informantes clave, 2020).

A este respecto, les cuestionaba *“¿si yo tengo gripa y me acerco a usted, le paso la enfermedad?”*, entonces, ellos respondían: *“no, no pasa nada, yo no me enfermaría, como le decía, el aire es lo que me enfermaría, o también, porque mi cuerpo estuviera muy débil” (informante clave, 2020).*

Referencias

- Broda, J. (2001). Introducción. En Broda, J., y Báez, J.F. *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*. México: FCE-Conaculta, pp.15-45.
- Broda, J. (2012). Observación de la naturaleza y ciencia en el México prehispánico: algunas reflexiones generales y temáticas. En Von Mentz, B. *La relación hombre-naturaleza. Reflexiones desde distintas perspectivas disciplinarias*. México: Siglo XXI editores, pp. 102-35.
- Durkheim, E. ([1912] 2012). *Las Formas Elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento)*. México: FCE, UAM, UIA.
- Florescano, E. (2000). La visión del cosmos de los indígenas actuales. En Florescano, E. *Desacatos*. México: Ciesas.
- Gay, J.A. (1881). *Historia de Oaxaca*. México: Imprenta del comercio de Dublán Y.C.
http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1080013211_C/1080013210_T1/1080013210_MA.PDF
- Lizama, J. (2015). Los rituales de la Guelaguetza. México: Trabajo de tesis.
<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8415/p.TextoRituales.pdf?sequence=17&isAllowed=y>
- López, A. (2012). *Cosmovisión y pensamiento indígena*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales.
- PND. (1996-98). Plan Nacional de Desarrollo 1996-98. San Bartolomé Quialana Oaxaca.

- PND. (2014-16). Plan Nacional de Desarrollo 2014-16. San Bartolomé Quialana Oaxaca.
- Sánchez, S.B. (2011). Subsistencia ante la marginación. Tesis de Licenciatura en Criminología. San Bartolomé Quialana Oaxaca: Colegio Libre de Estudios Universitarios.
- Turner, V. (1987). Mito y símbolo. En Sills, D. *Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Editorial Aguilar.
- UNESCO. (2017). Sistemas de conocimiento locales e indígenas. Gestión de los recursos indígenas. UNESCO. Ciencias Naturales. Áreas prioritarias. <http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/priority-areas/links/biodiversity/>
- Villela, F.S. (2009). *Cosmovisión indígena. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. https://www.academia.edu/36356164/Cosmovisi%C3%B3n_ind%C3%ADgena.pdf

**COLONIALIDAD DEL PENSAMIENTO
LATINOAMERICANO SOBRE LA SALUD
Y LA ENFERMEDAD**



Fuente: Escudo de Quialana. Mijangos, F.K., 2020.

CAPITULO III.- COLONIALIDAD DEL PENSAMIENTO LATINOAMERICANO SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Pensamiento latinoamericano y pensamiento eurocéntrico enraizado en la colonización

Para hablar de pensamiento colonizado, primero se debe analizar y cuestionar críticamente, tanto el pensamiento actual o moderno de América Latina, así como el pensamiento eurocéntrico o colonizador. En este sentido, las relaciones de poder, el carácter totalitario y las complejas identidades entre los países denominados centro y las llamadas periferias, también se hacen presentes en la comprensión e interpretación de este pensamiento.

A partir de esta premisa, se puede especificar que el pensamiento moderno latinoamericano comenzó con la constitución de América y la institucionalización del capitalismo colonial, sucesos que tendían hacia una globalización y universalización basada en el modelo eurocéntrico como nuevo patrón de poder mundial (Quijano, 2014).

Con relación a este patrón, tal y como señala Aníbal Quijano, en todos los procesos de colonización de los pueblos americanos basados en este modelo eurocéntrico se instituyó la identidad y clasificación social de las poblaciones a partir de elementos como la raza, la etnicidad, el género, la clase social, así como por el proceso de legitimación y naturalización de las relaciones de dominación (en Assis, 2014). Sin embargo, el pensamiento eurocéntrico también requería de elementos de colonialidad, como es el caso del poder hegemónico.

Hablando en términos de hegemonía, se reconoce que todas las teorías e historias de los territorios latinoamericanos se fueron construyendo alrededor del contexto institucional, económico, político, social, cultural y estructural postcoloniales, por tanto, esto obligó a los pueblos a reconfigurar una identidad y organización propias. Asimismo, estas habilidades y competencias adquiridas de los agentes en cada uno de los territorios les otorgaba las posibilidades para el desarrollo, la cooperación y la gestión de condiciones exógenas, así

como el disfrute pleno de derechos políticos y civiles en el marco de reconocimiento de la diversidad, el cual no siempre procede (Oliva, 2008).

En este punto, cabe mencionar que la nueva identidad basada en la evolución histórica de la humanidad se reconstruyó a partir de una no simultaneidad, en este entendido, se reconoce una gran cantidad de sociedades simultáneas, pero no todas son simultáneas en el tiempo. Esta no simultaneidad, se consigna porque al intentar reconstruir la historia, no se contaba con elementos comprobables o verificables sobre el pasado, por tanto, ésta solo se edificó basada en elementos racionales sobre un patrón evolutivo en el tiempo desde un estadio inferior a otro superior (Castro, 2005).

Desde esta perspectiva, la medicina occidental también se posiciona dentro de un estadio superior de evolución, conocimiento, raciocinio, intelectualidad, capacidad moral y cultural, por ende, los saberes tradicionales se identificaron como diversos, múltiples y probablemente como contemporáneos en el tiempo y espacio, pero no simultáneos con el saber biomédico moderno, por consiguiente, desde la identidad del Estado y de la sociedad civil de la Nueva España, estos grupos y saberes se consideraban inferiores evolutivamente, y no aptos para ser centro de organización, conocimiento, fuente y referencia de políticas públicas.

A este respecto, Gramsci habla de una posible fisura entre la política como instrumento de conquista y reconfiguración del poder y la política como una acción directa del gobierno, quienes solo se mantienen unidas en y para la implementación de políticas públicas, siempre y cuando, éstas se encuentren preferentemente influenciadas y dirigidas por y para el grupo social que ejerce mayor poder y supremacía a través del dominio intelectual y moral (en Oliva, 2008).

En este sentido, el poder hegemónico es otorgado a un grupo social particular que tendrá la autoridad y los mecanismos para dominar y dirigir el territorio nacional en una relación entre gobernantes y gobernados. Es así que, las políticas públicas y privilegios emanados por este grupo estarán basados en los intereses particulares y en los proyectos económicos, políticos, sociales e intelectuales que sirvan a dicho poder hegemónico, tal es el caso del poder intelectual médico y el modelo biomédico en la institucionalización del sistema de salud, el control de las masas y la reorganización de la sociedad (Oliva, 2008).

En este tenor, se puntualiza que el poder hegemónico construido desde el colonialismo se concentra en un grupo privilegiado para la sociedad, tal es el caso de la comunidad médica y científica, por tanto, a partir de ellos es que se emanan todas las normas, leyes y prácticas que han de guiar, ordenar y controlar la salud de toda una nación. Asimismo, los practicantes de dicha medicina y poder hegemónico tendrán el reconocimiento legal y la redistribución económica por el trabajo realizado; en tanto, los “*otros*” saberes como el médico tradicional e indígena quedan desprovistos de todo reconocimiento legal e intelectual y expuestos al desahucio.

Llegados a este punto, cabe hacer un paréntesis para explicar que en México se da un proceso de reconstitución del Estado nación después de la Revolución mexicana y desde entonces no se han establecidos consensos y mediaciones adecuadas entre los grupos, principalmente, cuando se constituyó el Partido Nacional Revolucionario dirigido por la alianza militar y los grupos de poder local, quienes perpetraron actos de autoritarismo, violencia e intimidación en las regiones periféricas (Oliva, 2008). Por tanto, es en este periodo en el cual la clase política se disputa de manera violenta la hegemonía para imponer un nuevo proyecto nacional basado en la diversidad de intereses hegemónicos, en la segmentación y explotación de grupos no privilegiados por este poder.

Desde esta posición se advierte que los intereses entre los grupos hegemónicos operan en un amplio margen territorial, por tanto, afectan directa o indirectamente a ciertos conjuntos del territorio nacional, especialmente a los grupos más vulnerables como el caso de los indígenas; consecuentemente, entre más heterogéneos son los grupos, como el caso de México, mayor diversidad e intereses diferenciados habrá, y el impacto será mayor para el resto de los grupos no hegemónicos (Oliva, 2008).

Al inicio del presente texto, también se apuntaba que el modelo eurocéntrico, además del modelo hegemónico, empleó algunos otros elementos de colonialidad como la institucionalización del sistema capitalista, el cual se explica a continuación.

Durante el proceso de conformación de Latinoamérica, se precisó también de mecanismos de control y explotación del trabajo y de control de la producción, apropiación y distribución de los productos y el capital (capital-salario) dentro de una lógica de mercado y economía mundial (Quijano, 2014). Esto surgió, debido a que, según datos históricos los pueblos pre-colonizados se basaban en una economía de subsistencia, es decir, los hombres de aquella época asignaban el valor a los productos extraídos de la naturaleza con base a la satisfacción de necesidades básicas de los mismos (Castro, 2005).

Por tanto, para Locke y otros pensadores de la época, la salida del estado de naturaleza surgió con la invención del dinero y la aparición del valor de cambio, es así que, la densidad poblacional aumenta, la división geoterritorial se hace más tangible y la lucha entre los pueblos para la obtención de los recursos a través de un comercio normado y de la división del trabajo se hacen más patentes y necesarias (Castro, 2005).

Dentro de este no reconocimiento de las simultaneidades, la Europa occidental no acepta y legitima la presencia de otras formas de subsistencia; para ellos las sociedades prehispánicas vivían en una escasez permanente porque no existía el mercado como elemento

generador de riqueza, es más, no existía el dinero como elemento o valor de cambio (Castro, 2005). En este sentido, según la hegemonía europea, las sociedades al no ser simultáneas en el tiempo, tenían que evolucionar desde la caza, el pastoreo y la agricultura hasta el comercio como elemento que marcara el progreso de todos los pueblos.

Esta idea evolucionista sobre el progreso de la humanidad, también atraviesa la médula espinal de la medicina occidental, la cual se reconstruye a partir del siglo XVII con base a los principios del capitalismo mundial, y como consecuencia, la praxis médica adquiere un valor de cambio, comercialización de la salud y cosificación del cuerpo. En esta línea, la medicalización pasa a ser uno de los instrumentos de mayor alcance y funcionalidad para el sistema biomédico y capitalista.

Así, los saberes tradicionales se conciben como una práctica antigua, primitiva, poco productiva y afín al modelo neoliberal. Esto se sostiene, porque además de la escasa capitalización de dichos saberes, también la interrelación del cuerpo con la naturaleza y el cosmos que se trabaja dentro de la medicina tradicional conlleva a un proceso más completo de la atención e interacción entre el sanador y la persona, por tanto, se genera una atención más espaciada, más personalizada, más aproximada a las necesidades del cuerpo de la persona, que de las leyes de producción, distribución y obtención de riquezas.

Al respecto, se puede observar en la realidad práctica, que la terapéutica médica a través de la medicalización de las sociedades ha tenido un efecto más rápido y efectivo para las necesidades de las personas (muy acorde a las necesidades del sistema capitalista); a diferencia de las otras alternativas de tratamiento que tienen un proceso más tardado, devenido de la complejidad misma del propio concepto de sanación. En esto vemos un posible posicionamiento de dominio y poder del saber médico sobre otros saberes, justo en el carácter y actitud de sanador efectivo.

Esto me lleva a pensar en el trabajo de campo realizado en Quialana. Ahí se observaba entre los pobladores un fuerte desplazamiento de la medicina tradicional por la medicina occidental. A este respecto, muchas personas de la comunidad reconocían el valor y uso de la medicina tradicional, pero también aceptaban que estos tratamientos tienen una acción terapéutica más espaciada, por consiguiente, algunos pobladores de Quialana preferían acudir con el médico alópata, independiente del costo que conlleva dicha acción, porque ellos sabían que el médico apoyado con la tecnología que posee, le es más fácil emitir un diagnóstico y tratamiento certero desde el primer contacto. Así, podemos observar que la medicina tradicional aún resiste a los embates que ha sufrido a través de un fuerte resquebrajamiento por la medicalización desmedida e impuesta por la modernidad.

En el ejemplo anterior, cobra relevancia especificar que los quialanenses también reconocen que los medios terapéuticos empleados por el médico suelen ser más artificiales y dañinos para el cuerpo, pero la experiencia les ha enseñado, tanto a usuarios como a profesionales que las dolencias pueden desaparecer o desvanecerse del cuerpo inmediatamente después de consumir el tratamiento. En este sentido, también se observa que las ideologías derivadas por el modernismo sobre la mercantilización y la cosificación de la salud, toman su mayor colonialidad del saber y del ser por su fundamento empírico y racional instrumental.

Este nuevo modelo “capitalismo mundial” constituido y basado en la división del trabajo, también se reforzó de categorías como la clase social y la raza para condicionar la mixtura perfecta y así legitimar su poder y dominio. En esta asociación, y posterior a la abolición de la esclavitud, los indígenas fueron confinados para el trabajo de servidumbre, el cual consistía en el intercambio de la fuerza de trabajo en calidad de siervos, pero sin

mercado. No obstante, se otorgó la excepción de dicho trabajo para algunos indígenas quienes ejercían el rol de intermediarios entre la raza dominante y dominada (Quijano, 2014).

En este sentido, los hombres pertenecientes a la raza dominante o clase burguesa eran los únicos que podía percibir un salario y tener un empleo o comercio independiente. Asimismo, los llamados nobles tenían el privilegio hacia los puestos de gobernanza, administración colonial, civil y militar. Cabe mencionar que, en el siglo XVIII muchos de los mestizos, quienes eran hijos de mujeres indígenas y hombres españoles podían ascender a los privilegios de raza dominante, sin embargo, solo los indígenas más “ablancados” eran seleccionados para dichos puestos; aunque la historia también reafirma que el proceso de legitimación de estos últimos durante el periodo colonial, era un proceso retardado debido a la condición de esclava de las madres indígenas (Quijano, 2014).

Incluso para la formación y el ejercicio de la práctica médica se requería de una coloración y descendencia blanca para poder adquirir los privilegios de la raza y ciencia dominante. Por consiguiente, era una medicina formada desde una raza blanca o “ablancada” para satisfacer las necesidades del grupo hegemónico. Es decir, los constructos sobre salud y enfermedad se debían edificar desde la raza dominante para el proyecto de nación, sin embargo, ésta no estaba destinada para favorecer la salud de todos los grupos, como consecuencia, los territorios periféricos estaban destinados a la exclusión, al no reconocimiento ni remuneración de sus prácticas, a la escasa o nula participación sobre políticas sanitarias desde sus cosmovisiones médicas, a la extinción justificada de sus tradiciones médicas y al abandono sanitario de sus comunidades (genocidio).

Entonces, esta categorización racializada y divida del trabajo derivó en una clasificación de blanquitud social, como condición necesaria y suficiente para el tipo y cantidad de salario, así como para la modalidad del trabajo y puesto de cada aspirante; dicha

representación de clase social es la que adapta el nuevo pensamiento latinoamericano para la reconstrucción de la medicina moderna.

Como se puede observar, todas las narraciones y subjetividades moderno/coloniales de los médicos y de los indígenas cobran real sentido, porque la identidad de ambos se construye en la distinción étnica frente al otro, característica de la primera geo-cultura del sistema mundo. En este sentido, la efectividad de la terapéutica médica se legitima por su rapidez de acción, pero más que por esta caracterización, se instituye como única práctica capaz de curar debido a la ideología colonial sobre la identidad del grupo étnico de blancos quienes la proponen y ejercen; sin esta característica racializada, la efectividad y superioridad del conocimiento médico sobre otros saberes, hubiera desembocado en una utopía.

En esta línea, Castro (2005) afirma:

“el discurso ilustrado de la elite criolla, con su énfasis en la objetividad del conocimiento, no entra en contradicción sino que refuerza el imaginario étnico de la blancura (...) los criollos “borran” el hecho de que es precisamente su preeminencia étnica en el espacio social (la limpieza de sangre) lo que les permite pensarse a sí mismos como habitantes atemporales del punto cero , y a los demás actores sociales (indios, negros y mestizos) como habitantes del pasado” (p.59).

Dentro del valor racializado se señala que la diferencia en función de esta categoría se hizo eminente desde la pronunciación de Kant sobre las cuatro razas (blanca/Europa, negra/África, amarilla/Asia y roja/América), las cuales se perfilan como diversas desde una geografía territorial y un fenotipo, sin embargo, la mayor envergadura del valor racializado se adquiere en la diferenciación del carácter moral de los pueblos (Castro, 2005).

Desde esta aproximación, el efecto colonizador del pensamiento eurocéntrico y universal inyectaba en los pueblos indígenas latinoamericanos una ideología basada en una im(possibilidad) para superar el determinismo de la naturaleza, es decir, para educar la

naturaleza moral impregnada y adherida a cada hombre de determinada raza. En este sentido, la raza blanca se colocaba como el indicador para el ideal moral de la humanidad, por ende, las otras razas se consideraban inmaduras para alcanzar ese ideal, así como para obtener un nivel adecuado de acción racional.

Por tanto, la acción racional y el ideal moral de la humanidad no podía ser patrimonio y característica de los pueblos indígenas, por consiguiente, las prácticas derivadas de ellos también se consideraban como inmaduras y poco o nada racionales (Castro, 2005). En esta mirada de inmadurez moral racializada, la Ciencia que propone Kant se basa en una jerarquía moral basada en el color de la piel, misma ideología que se traduce al lenguaje letrado de la medicina occidental, una medicina que se construye desde una máscara blanca y piel negra en términos de Frantz Fanon, es decir, una medicina que se construye desde y para los indios pero que se encuentra embestida de un dominio y privilegio blanco.

En este sentido, en tanto Turgot y Condorcet negaban toda simultaneidad de conocimiento, anteponiendo una nueva ciencia y economía de mercado como status e indicador evolutivo de “progreso”. Kant se atrevió a negar toda simultaneidad de las formas culturales, por ende, las prácticas, costumbres y tradiciones derivadas de las denominadas razas inmaduras también se sustituían por las prácticas culturales de las razas blancas, por ejemplo, las prácticas de higienización, las dominaciones heteronormadas en las relaciones sociales, la práctica y acción medicalizada, la patologización y locura de las prácticas tradicionales, la individualidad metodológica, la sanitización de las sociedades, entre otras prácticas que legitimaron la cultura patriarcal y biomédica de la ciencia moderna (Castro, 2005).

Entre los efectos de este pensamiento eurocéntrico, la también llamada inferioridad racial de los indígenas condicionaba a éstos para no ser y sentirse dignos de recibir un salario

o una atención médica adecuada y oportuna, y en caso de recibir un salario o una atención en los años posteriores, solamente recibirían un sueldo por una cantidad de trabajo igual o mayor al de los blancos. Asimismo, Europa también se clasificaba geográfica y privilegiadamente en el circuito principal del capital y entre los países centro del sistema mundo (Quijano, 2014).

Para el caso de México, y como ya se ha mencionado en diversos apartados, la época de la revolución mexicana fue la que entronizó al mestizo en el imaginario y dispositivo capaz de fijar una identidad nacional, porque se decía que solo el mestizaje lograría la homogeneidad biológica y cultural, de ahí que se hiciera latente la necesidad de todos los procesos de aculturización y enculturización indígena, incluyendo la universalización de los saberes sobre salud y enfermedad (Yankelevich, 2020).

Justo en esta interpretación del mestizaje, la etnicidad toma sentido, pues se pensaba que esta categoría producía grupos sociales étnicamente heterogéneos, así como el atraso para el desarrollo de la nación. Consecuente, el fundamento revolucionario cobró mayor importancia entre los revolucionarios indígenas y europeos, sobre todo, cuando se exhortó a forjar la identidad nacional mestiza, condenando así a las poblaciones originales a un sistema ordenado, permanente y jerárquicamente estructurado en beneficio de las élites blancas y mestizas (Yankelevich, 2020). No obstante, como señala Yankelevich (2020):

“en la imagería nacionalista, la defensa de la mezcla racial fue el antídoto para combatir la fragilidad de los vínculos sociales y culturales que deberían sustentar genuinos sentimientos nacionales.”

En esta valoración y aprehensión identitaria, se reconocían dos orígenes de mixtura, el europeo y el indígena, éste último se clasificaba como la raza inferior, debido a que el primero se tomó como el sistema de calidad racializada, por ende, la marca biológica y

genética continuaron siendo el marcador por excelencia al que todos anhelaban alcanzar, manteniendo con ello una marcada diferencia y desigualdad social, económica y política devenida y edificada principalmente en esta época de la historia de México.

Esta característica de mixtura europea como indicador de normalidad y calidad racializada de la persona, fue la base para la construcción de la medicina occidental en Latinoamérica, es decir, a partir de dichas características se establecían los parámetros de crecimiento y desarrollo de los niños, de corporalidad deseada y sana para todas las personas, la connotación de “estilo de vida sana”, el control de la emociones y subjetividades, así como para el ejercicio y normatividad de toda la medicina alópata.

A este respecto, Quijano refiere:

“desde entonces [la raza] ha demostrado ser el más eficaz y perdurable instrumento de dominación social universal, pues de él pasó a depender inclusive otro igualmente universal, pero más antiguo, el intersexual o de género: los pueblos conquistados y dominados fueron situados en una posición natural de inferioridad y, en consecuencia, también sus rasgos fenotípicos, así como sus descubrimientos mentales y culturales. De ese modo, raza se convirtió en el primer criterio fundamental para la distribución de la población mundial en los rangos, lugares y roles en la estructura de poder de la nueva sociedad” (2014, p.780).

Como ya lo dijo Quijano, otro de los elementos del pensamiento colonial lo conforman la heterogeneidad y heteronormatividad, los también llamados catecismos, debido a que éstos tejieron una historia repleta de experiencias dominantes intelectuales, políticas, éticas y estéticas basadas en un eurocentrismo, el cual no sólo atiende a la objetividad sino a la conquista del pensamiento y de toda la subjetividad global.

Esta heterogeneidad histórica y estructural de poder, subjetividad e instituciones puede ser explicada teóricamente a través de la revisión de conceptos como totalidad,

estructura, clase social, poder o capitalismo. En este sentido, la clasificación social desde Aníbal Quijano ...

“son los procesos de largo plazo, en los cuales las gentes disputan por el control de los ámbitos básicos de existencia social, y de cuyos resultados se configura un patrón de distribución del poder, centrado en relaciones de explotación/dominación/conflicto entre la población de una sociedad y en una historia determinadas [...]el poder, en este enfoque, es una malla de relaciones de explotación/dominación/conflicto que se configuran entre las gentes, en la disputa por el control del trabajo, de la naturaleza, del sexo, de la subjetividad y de la autoridad”(en Assis, 2014, p.27).

Esta imposición colonial tuvo sus efectos en las relaciones entre hombres y mujeres indígenas, y de éstos con los colonizadores. Al respecto, Ochoa (2019) señala que a las poblaciones colonizadas se les quito toda posibilidad de obtener el estatus de pueblo, así como la capacidad de autodeterminación, autogestión y para la constitución de sujetos/as con derechos plenos, porque desde el pensamiento heterogéneo los indígenas poseían un carácter bestial, una condición de salvajismo o animalidad y de no humanidad, por tanto, muchos segmentos sociales fueron anulados o destinados al carácter de “no existencia” o sobrevida, consecuente, de no reproducción material, espiritual y simbólica de sus vidas.

En esta línea, el concepto de colonialidad del género de María Lugones toma sentido como un constructo social y colonial del pensamiento latinoamericano y europeo; debido a que este concepto habla de una discriminación racializada y de clase, pero también de género favoreciendo menos a la mujer indígena, porque desde el pensamiento eurocéntrico se construye el binarismo entre mujeres de primer y tercer mundo. En este sentido, dice Tapalde (1991) las mujeres de tercer mundo se clasifican como ignorantes, pobres, sin educación, tradicionales, domesticadas, orientadas a la familia y al cuidado, pero, por, sobre todo, victimizadas (en Mendoza, 2019).

En este tenor, se entiende que tanto hombres como mujeres indígenas eran explotados laboralmente, pero a diferencia del mundo prehispánico en el que la mujer aparecía como agente activo del sistema de político y económico, incluso, dentro de las deidades indígenas también se hablaba de mujeres diosas. No obstante, con el advenimiento de la época colonial, la mujer quedó invisibilizada y mayormente explotada más que el hombre. En este sentido, la heteronormatividad europea propició las condiciones para que los hombres indígenas perpetuaran actos de violencia contra las mujeres, porque dentro de un sistema totalmente opresor y violento, los hombres indígenas podían recuperar su dominio y poder solamente en el interior de sus hogares. Y para ello, la institución de la religión tuvo un papel fundamental (Ochoa, 2019).

A este respecto, en América Latina, y particularmente en México, la idea de religión y espiritualidad se asocia con las creencias y devociones del catolicismo impuestas durante el colonialismo (Marcos, 2019). En este sentido, se habla que cuando llegaron los colonizadores al “nuevo mundo” en el siglo XVI requerían de ciertos elementos civilizatorios y colonizadores hegemónicos, como fue el caso de la religión, el cual tenía la función de romper con las “idolatrías” previamente existentes entre los colonizados, las cuales transgredían las formas de espiritualidad, culturales, cristianas, curativas y simbólicas de los dominantes (Itzá, 2016).

Esta categoría colonial de idolatría fue la que fundamentó toda clase de violencia y acto contra los indios y sus prácticas espirituales y curativas, para ello, el principal sustento fue la doctrina derivada de la biblia cristiana que señalaba:

“no tendrás dioses ajenos delante de mí. Ni te harás imagen, ni ninguna semejanza de lo que esté arriba en el cielo, ni abajo en la tierra, ni en las aguas debajo de la tierra. No te inclinarás a ellas, ni las honrarás” (Éxodo 20, en Itzá, 2016, p. 57).

Es así que, el grupo colonizador inicio una campaña de adoctrinamiento cristiano católico en toda América Latina, anulando toda maldad infundida por la idolatría, los actos “paganos” o salvajes, y de esta forma, los colonizadores justificaban todos los actos violentos y de guerra implementados contra el grupo dominado como una estrategia para combatir la infidelidad y/o blasfemia, así como el exterminio violento de prácticas sociales clasificadas como “incorrectas” desde la mirada eurocéntrica y cristiana (Itzá, 2016).

A través del adoctrinamiento cristiano, el pensamiento latinoamericano colonizado en su ser por estas ideas de pecado e idolatría, transformó la razón de ser de los indígenas, quienes imaginaron cometer actos de pecado debido a sus cosmovisiones, además de ser clasificados como ignorantes e inferiores mental e intelectualmente por dichas prácticas culturales. Por otro lado, los colonizadores fueron los que narraron los significados de la cultura indígena, a partir de una retórica y discurso colonizador que legitimaba el poder hegemónico europeo, además que reconstruía la historia de los dominados desde los dominantes (Itzá, 2016).

Consideraciones finales

Desde los estudios y análisis realizados, se observa que son los pueblos indígenas quienes han tenido que resistir frente a este modelo colonial de occidente, el cual ideologizó una explotación y aniquilamiento físico desmedidos en función del modelo capitalista y eurocentrista, un modelo altamente paternalista que permeó el deseo de “blanqueamiento” y de asimilación cultural y religiosa (Lang, 2013).

Aunado a ello, en esta colonialidad del poder sobre los “otros”, la sociedad ha constituido algunas instituciones para garantizar su legitimidad de poder, tal es el caso de la religión, el derecho, la educación y la medicina. Este último, es el que ha servido para

desplazar todo conocimiento ancestral sobre la salud y la enfermedad, o como lo denomina Boaventura de Sousa “epistemicidio de saberes tradicionales”.

A este respecto, se conoce a la fecha de hoy que muchas de las prácticas prehispánicas fueron extinguidas, otras más sufrieron una especie de metamorfosis o hibridación, sin embargo, muchas de las prácticas originales aún persisten, pese a que, muchos de los pobladores no puedan emitir una argumentación nítida sobre la razón de dichas prácticas coloniales, devenido todo ello, de una colonización del ser y del saber indígena.

Con base en este tema de extinción de estos conocimientos, y como una posible explicación, Lang (2013) apunta que las prácticas descritas en los libros y en la propia historia de los pueblos *“siguen promoviendo miradas eurocéntricas en lugar de partir de un análisis histórico y situado de la cultura y sociedad concretas que les rodeaban en América Latina”* (p.7), el cual permitiría construir y fortalecer Estados y sociedades plurinacionales.

Empero, estas deconstrucciones de las miradas eurocéntricas se encuentran atravesadas por profundas tensiones, dualismos y pugnas de los intereses más diversos, mejor posicionados y más dominantes. Es así que, la medicina occidental se construye desde esa mirada colonizadora y eurocéntrica, misma que la ha posicionado en un lugar privilegiado de poder y dominación, por consiguiente, ésta no se ha permitido compartir sus conocimientos y posiciones con otros saberes, como los tradicionales. Y de esta posible relación dialógica, permitir la emancipación de la colonialidad misma que ha transgredido la relación y convivencia entre los saberes médicos tradicional y occidental (Lang, 2013).

En este sentido, Boaventura señala:

“el estudio de las relaciones entre la justicia indígena [el sistema de salud indígena] y la justicia ordinaria [el sistema de salud occidental u ordinario] no es un estudio de las relaciones entre lo tradicional y lo moderno. Es más bien un estudio entre dos

modernidades rivales, una indocéntrica y otra eurocéntrica. Ambas son dinámicas y cada una de ellas tiene reglas propias para adaptarse a lo nuevo, para responder ante las amenazas, en fin, para reinventarse” (en Lang, 2013, p.8).

Referencias

- Assis, C.D. (2014). *Aníbal Quijano Cuestiones y Horizontes. Antología esencial de la dependencia histórico/estructural a la colonialidad/decolonialidad del poder.* Ciudad de Buenos Aires: CLACSO.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140424014720/Cuestionesyhorizontes.pdf>
- Castro, G.S. (2005). *La hybris del punto cero.* Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana
- Itzá, E.E. (2016). Invención, colonización y memoria indígena en la narrativa de Fray Bernardino de Sahagún. *Diálogo andino*, 49: 57-72.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rda/n49/art08.pdf>
- Lang, M. (2013). *Cuando los excluidos tienen derecho: justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad.* Fundación Rosa Luxemburg. Ecuador Quito: Editorial el Conejo.
- Mendoza, B. (2019). La colonialidad del género y poder: de las postcolonialidad a la decolonialidad. En Ochoa, M.K. *Miradas en Torno al problema colonial. Pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los sures globales.* México: Akal/Inter Pares.
- Ochoa, M.K. (2019). *Miradas en Torno al problema colonial. Pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los sures globales.* México: Akal/Inter Pares.

- Oliva, V.A. y Isunza, B.A. (2008). La hegemonía en el poder y desarrollo territorial. *Rev. Pueblos y fronteras digital*, 6: 1-36. <https://www.redalyc.org/pdf/906/90611974005.pdf>
- Quijano, A. (2014). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En Assis, C.D. Aníbal Quijano Cuestiones y Horizontes. Antología esencial de la dependencia histórico/estructural a la colonialidad/decolonialidad del poder. Ciudad de Buenos Aires: CLACSO. <file:///E:/Descolonización/colonialidad%20del%20poder,%20eurocentrismo%20y%20America%20Latina.pdf>
- Yankelevich, P. (2020). Mestizaje y racismo en México. *Otros Diálogos de El Colegio de México*, 11. <https://otrosdialogos.colmex.mx/mestizaje-y-racismo-en-mexico>

Colonialidad del saber: saberes médico occidental y tradicional

“El colonialismo no se conforma simplemente con imponer su dominio sobre el presente y el futuro de un país dominado. El colonialismo no se satisface con mantener a un pueblo entre sus garras y vaciar el cerebro del nativo de toda forma y contenido. Por una suerte de lógica perversa, se vuelve al pasado del pueblo oprimido, lo distorsiona, lo desfigura y lo destruye. Frantz Fanón, los condenados de la tierra (1961)” (en Mignolo Walter, 2010, p.7).

A partir de la colonialidad del poder y su aplicación en la política, y propiamente en la acción política del Estado fundamentado en el modelo neoliberal y/o capitalista, se ha mantenido la exclusión, segregación y explotación de los territorios periferia, propiciando aún más las desigualdades, las injusticias, las inequidades sociales, la precarización de la vida y la degradación de la democracia y la política (Dos Santos, 2015).

Sin embargo, también recordamos que Aníbal Quijano mencionaba que la colonialidad no era exclusiva del poder, sino también abarcaba al saber y al ser en su

totalidad. Desde esta visión, Dos Santos refiere que previo a esta época de colonización, se sabía que todos somos pueblos indígenas y todos vivíamos en colectividad hasta que tuvimos propietarios, amos y jefes, y con ello, también aprendimos a tener y a imaginar nuestra vida con miedo (2014).

En este sentido, el modelo neoliberal como teoría económica y fundamento del discurso hegemónico buscaba un proyecto civilizatorio homogéneo, o una sociedad liberal moderna que incluyera a los seres humanos, la producción y distribución de los recursos y del capital, la historia, el progreso, el conocimiento y el control de los cuerpos y emociones (Lander, 2000). Asimismo, para la construcción de sociedad liberal también se incluyó a la tecnología como elemento indispensable para el progreso de la sociedad, o de las llamadas ciudades industriales como un nuevo régimen de orden social sin ideologías, con un modelo civilizatorio único, globalizado, universal y apolítico.

En esta conformación de la sociedad liberal universal, el pensamiento hegemónico se sustentó y fundamentó en un tipo de conocimiento homogeneizado, el cual se muestra como un único y posible conocimiento obtenido a través del método científico, invalidando así, otros de tipos de conocimientos como el sentido común.

Esta supremacía del saber y del conocer eurocéntrico, en comparación con el saber no occidental o tradicional, tiene sus principios y valores en la colonización del pensamiento y del ser occidental, el cual puede ser explicado por medio de dos orígenes y dimensiones: 1) a través de los procesos separatistas entre el “mundo real” razonado y científico y el mundo pre-científico o imaginado y; 2) a través de los procesos que explican la relación entre el conocimiento moderno occidental y la organización del poder del mundo moderno (las relaciones coloniales/imperiales del poder) (Lander, 2000).

Dentro de la primera dimensión de colonialidad del saber sobre los procesos separatistas, Lander (2000) refiere que el primer proceso separatista es de origen religioso, el cual deviene de la doctrina judeo-cristiana y que separa a Dios (lo sagrado), el hombre (lo humano) y la naturaleza. En este sentido, el Dios cristiano es inalcanzable, además poderoso y creador del propio hombre, cediéndole a éste los derechos para la apropiación y explotación de la naturaleza. Empero, como refiere Lander (2000) esta connotación cristiana a diferencia de otras religiones, no estipula a los hombres un límite o respeto para el uso y control de la naturaleza.

Asimismo, esta primera separación religiosa surgida en la época colonial produjo más binarismos, por ejemplo, razón/emoción, cuerpo/alma, razón/naturaleza, entre otros dualismos que constituyeron el pensamiento latinoamericano, fundamentando dicho pensamiento en la filosofía cartesiana y platónica de la razón y mundo de verdad (Lander, 2000).

En esta línea, la razón ontológica construida por el modernismo, era una ontología descontextualizada del mundo y ontologías indígenas, para esta nueva ontología del saber la relación hombre/cosmos no tenía cabida, por ende, la ruptura del cuerpo con el alma se da sin preceptos, dando paso a un conocimiento fundado en la razón, pero no en la emoción, es decir, todo conocimiento occidental solo llega a tener validez cuando existe evidencia objetiva, además de ser aprobada por la doctrina cristiana; verdad que queda subjetivada en el pensamiento de los colonizados.

Como señala Weber la verdad y razón como ontología moderna produce una radical separación no solo corpórea y descontextualizada, sino también hace mayor la escisión entre la metafísica y la religión, así como entre la población general y el mundo de los especialistas o expertos. Entonces, la separación cultural de la modernidad se sustenta en la ciencia, la

moral y el arte, por tanto, las visiones modernas se ajustan a una sola verdad, un derecho normativo, una autenticidad y belleza (Lander, 2000).

Es así que, la institucionalización de la ciencia moderna, el discurso científico, las teorías morales, la jurisprudencia y la producción y crítica del arte se hacen necesarias para conformar una nueva ontología y visión del mundo (Lander, 2000). Esta ontología, como refiere Dos Santos (2006) consta de un paradigma positivista y determinista que mira la realidad separando al sujeto del objeto; a la naturaleza de la sociedad o cultura; así mismo reduce la complejidad del mundo a simples leyes matemáticas y normativas; una distinción estricta entre el conocimiento científico y el conocimiento común y; superioridad de la causalidad funcional y centradas en la manipulación y transformación de la realidad.

Como consecuencia de esta superioridad del conocimiento moderno occidental, devino un epistemicidio de otros tipos de conocimiento. En este sentido, se ignoró, estigmatizó y erradicó violentamente otros tipos de paradigmas de la vida que se consideraban fuera del campo altamente intelectualizado y racionalizado, por ende, las emociones, pasiones, intuiciones, sentimientos, afectos, los valores, los mitos, las creencias y las fes quedaban fuera, o simplemente no existían por considerarse irracionales, peligrosos e insignificantes (Dos Santos, 2014).

En este tenor, los procesos separatistas de conocimientos y/o epistemicidios dejó sin voz a los pueblos periferia, así como a todos sus legados y saberes tradicionales. Uno de los conocimientos primordiales de dichas sociedades indígenas antes de la colonización, la conformaban las prácticas curativas o medicinales, así como los procesos de adivinación y sanación del cuerpo. No obstante, éstos carecían de fundamento según los principios de científicidad, en cambio, las prácticas médicas surgidas en occidente se constituían bajo una verdad aceptable de conocimiento moderno y cristiano, por consiguiente, la verdad médica

occidental debía constituirse como la única verdad en el nuevo mundo, erradicando así toda práctica de medicina tradicional o adivinación, simplemente por ser inconmensurable con la moral y los principios y leyes de la nueva ciencia.

Como afirma Dos Santos (2014) el mundo colonizado a partir de la colonialidad del saber y poder quedó dividido por dos fronteras: 1) las que aceptamos sin reservas, que corresponden a las fronteras nacionales; y 2) las que rechazamos sin reservas, que se conforman por los muros, puestos de control, y principalmente, los mapas que han trazado las divisiones abismales en el inconsciente de las personas, de las leyes y políticas, desterrando a un vacío y oscuridad a aquellos “otros”, es decir...

“vivimos en el otro lado de la línea que alguien trazó mientras pensaba en nosotros, pero con el ánimo de jamás volver a pensar en nosotros (...) tenemos, como mucho, pasado, pero no futuro. Nunca se nos permitió escribir los libros de historia” (p. 24)

Después de hablar del primer origen en la colonialidad del saber, el cual trata los procesos separatistas, ahora queda re-plantear el segundo origen propuesto por Lander (2000) que comprende la relación entre el conocimiento moderno occidental y la organización del poder del mundo moderno.

Se comienza señalando que la conquista del llamado “nuevo mundo”, permitiéndome usar dicho término, sin incidir en usos dogmáticos y separatistas del mismo, es decir, sólo se traerá a contexto debido a que los colonizadores adjudicaban el concepto “nuevo”, no a la aparición de un territorio carente de historia y seres humanos previo a la conquista, que sabemos no fue así, sino por el contrario, éstos utilizaban el término nuevo o joven a un territorio que desde su mirada occidental carecía de los instrumentos para el progreso, tales como el caballo y el hierro, además hablaba un lenguaje extraño, vivían como los salvajes y tenían prácticas culturales equiparables con las “razas inferiores”; esto conformaba el

verdadero sentido de llamarles nuevo mundo, un mundo que debía evolucionar y progresar hacia el modelo eurocéntrico.

En este sentido, la conquista de América trajo consigo la organización colonial, por ende, la constitución colonial de los saberes, los lenguajes, la memoria y el imaginario, en sí, toda una subjetividad impregnada de principios eurocéntricos. En esta organización colonial y narrativa universal, se articulan todas las culturas en jerarquías cronológicas, se niega toda simultaneidad y se inicia la masiva formación discursiva entre el europeo y el indio, dando el mayor privilegio y posición al poder colonial e imperial europeo (Lander, 2000).

Como señala Lander (2000) *“al construirse la noción de universalidad a partir de la experiencia particular (o parroquial) de la historia europea y realizar la lectura de la totalidad del tiempo y del espacio de la experiencia humana a partir de esa particularidad, se erige una universalidad radicalmente excluyente”* (p. 17).

En esta idea de universalismo, nada universal, el colonizador niega todo derecho al liberal y/o colonizado, circunscribiendo el no derecho a la propiedad privada individual, inclusive, la negación del derecho individual para producir dicha tierra. Es decir, se considera jurídicamente que América es un territorio vacío, y no porque no existan hombres, sino porque éstos no corresponden con los requerimientos de la propia concepción de hombre, ocupación y explotación apropiada de las tierras basadas en las leyes de mercado internacional (Lander, 2000).

En la inclusión del universo jurídico y expropiación de la propiedad privada a los colonizados. El indígena, además de adquirir una posición subordinada, se mantiene en un sitio que ya no es suyo, a reserva que se muestre dispuesto a renunciar completamente a su cultura, lengua, conocimientos y prácticas, así como colaborador en la destrucción de sus comunidades para integrarse a un único mundo constitucional del derecho occidental

(Lander, 2000). Por tanto, en este periodo se inicia una fase de aculturación masiva, la cual se hace más profunda con la revolución mexicana, pero que se naturaliza en un proceso interminable de etnocidio y epistemicidio justificado.

Este mismo universalismo occidental posiciona a los pueblos indígenas como carentes de soberanía, de autonomía, de autodeterminación (porque los colonizadores son quienes los definen) y de razón de conocimiento, por tanto, se dice que éstos solo ostentan una existencia empírica omniválida.

En este sentido, los conocimientos generados por los pueblos indígenas son desplazados por los conocimientos occidentales. Por ejemplo, el saber médico se posiciona como el único conocimiento capaz de aliviar y tratar a las enfermedades, por tanto, es la única ciencia que puede ser enseñada, transmitida y reproducida a través de las Universidades, en tanto, la medicina tradicional se asume socialmente como una práctica iletrada y estigmatizada por su supuesto carácter de pseudo-ciencia, además, no se considera como un conocimiento que contribuya y legitime al sistema capitalista de mercantilización y acumulo de capital.

En México esta relación de supremacía científica se fortaleció con los efectos de la revolución mexicana, pero también con la transición en los años 80 de un modelo comunitario y preventivo de la salud, hacia un modelo de atención clínica directa, el cual primaba la patologización y la terapéutica. Así, la ciencia de la salud se convirtió en una ciencia de la enfermedad, una disciplina basada en la prescripción de tratamientos farmacéuticos indicados directamente por el médico, sin co-presencia, co-aceptación y co-operación del usuario, es decir, se convierte en una disciplina y conocimiento autoritario, centralizado y verticalizado.

Dentro de la historia de las especialidades médicas basadas en la clínica terapéutica, se narran las preferencias de los profesionales de la salud hacia esta adquisición del conocimiento, quienes tendían a mirar la especialización, el avance y expansión de su disciplina y conocimiento mediada por la complejización de los saberes biomédicos, el uso eficaz de las tecnologías avanzadas y las investigaciones basadas en experimentos de laboratorio. En tanto, el saber comunitario quedaba como algo delegado a personas sin sentido, profesionales conformistas de un saber básico, además de representarse como una especialidad poco o nada remunerada, hablando en términos mercantiles y de cosificación de la salud, sobre todo, porque en las comunidades se trataba a personas inferiores racialmente y poco privilegiadas para el sistema.

Es por ello que la práctica médica en Latinoamérica se instituyó bajo los principios imperialistas y capitalistas de la individualidad, la cosificación de la salud, el consumismo descontrolado, la objetividad como constructo de verdad, la competitividad, la connotación de salud en función del carácter productivo y estético de la persona, el trabajo colaborativo y en pro de las clases privilegiadas de la sociedad, en este sentido, habría que proteger a las grandes urbes, de las poblaciones empobrecidas y “productoras” de enfermedades.

Este pensamiento médico occidental se articula directamente con la cosmovisión de la modernidad que engloba cuatro dimensiones, las cuales se abordaran en profundidad en los siguientes apartados:

“1) la visión universal de la historia asociada a la idea del progreso (a partir de la cual se construye la clasificación y jerarquización de todos los pueblos y continentes, y experiencias históricas); 2) la “naturalización” tanto de las relaciones sociales como de la “naturaleza humana” de la sociedad liberal capitalista; 3) la naturalización u ontologización de las múltiples separaciones propias de esa sociedad; y 4) la necesaria

superioridad de los saberes que produce esa sociedad ('ciencia') sobre todo otro saber"

(Lander, 2000, p. 22).

Es por ello que esta nueva forma de organización y relación de poder y dominio, transformó y colonizó el pensamiento, actuar y forma de ser de las sociedades latinoamericanas, institucionalizando para ello un único saber "normal", desarrollado y modernizado, a decir, el saber médico. Por consiguiente, las otras formas de conocimiento y organización social, se interiorizaron e incorporaron en el imaginario social como diferentes, subalternas, arcaicas, primitivas, tradicionales y pre-modernas, enfatizando en ello su inferioridad racial; característica que se considera una imposibilidad para evolucionar en el pensamiento moderno (Lander, 2000). Desde esta mirada occidental, es en el pensamiento moderno donde se concibe la acción civilizadora para evolucionar de un primitivismo o atraso, por tanto, también esto justifica el epistemicidio de otros conocimientos como la sabiduría y medicina tradicional.

Consideraciones finales

Como se ha señalado existen muchos nudos que complejizan el entramado de historias, relaciones e interacciones sociales intersubjetivas, uno de ellos es la polarización entre lo local, étnico, particular, frente a lo universal, general y global (Oliva, 2014). En este sentido, lo global parece identificar y reconocer el valor real de lo local, así mismo, éste se posiciona como un único grupo social evolucionado, o por lo menos, deseable en todas sus dimensiones y aprehensiones; en tanto, también lo global se considera como el centro de toda generalización de particularidades desde las estructuras geo territoriales hasta las simbólicas y de pensamiento.

Así, lo global que emergió desde el colonialismo llegó para quedarse en la modernidad y destruir toda tradición, alteridad, religión, lengua y forma de conocer y vivir.

En esta perspectiva, el saber médico occidental que se instituyó como lo global y universal, pudo definirse, en palabras de Dussel como un “ego” descubridor, conquistador y colonizador de la alteridad encubierta por la modernidad (1994).

En este tenor, el médico occidental se posiciona en la historia del mundo moderno como un científico que actúa sanando, sabiendo, previniendo y ordenando (Laín, 1958). El médico practicante de la medicina occidental se identifica como científico, porque a diferencia de la acción de la taumaturgia, de la curandería y de la ayuda natural al enfermo, la acción del médico se define por su carácter técnico en dos sentidos: 1) el médico occidental cura sabiendo científicamente y; 2) su saber consiste en un conocimiento racional sobre las propiedades naturales de los recursos terapéuticos, así como todo lo que concierne a la naturaleza del “*enfermo*” (Laín, 1958).

Por tanto, se dice que el médico cura a los enfermos a través de lo que conoce de la naturaleza (*physis*) del mismo, empleando en la lógica práctica su razonamiento humano (*logos*), por consiguiente, la fisiología y patología como ciencias que conforman la medicina se convierten en la columna vertebral de la ciencia médica, creando una estructura de representaciones sobre y en sí misma (Laín, 1958).

Dentro de las representaciones, la razón científica se posiciona como la principal, y en ella se instala la idea de la supremacía de un conocimiento lógico y comprobable, el cual se ocupa más del recurso terapéutico en carácter de sustancia activa, así como de aquello que se intenta curar, llámese estructura anatómica, función del cuerpo, molécula o enfermedad. Que a diferencia de la medicina mágica o también llamada “pseudociencia”, presta mayor atención a tres elementos en la sanación de la persona: el quién desarrolla la curación (*chaman, mago o curandero*), el dónde (*lugar terapéutico*) y el cómo (*el rito curativo*) (Laín, 1958). Por consiguiente, para la medicina occidental el rito y el quién realiza la curación es

lo menos importante, porque la lógica de la modernidad y del neoliberalismo le ha incorporado el valor mercantil del cómo curar, y para ello, la cosificación de la persona y de la salud se convierten en su ontología.

Pese a su carácter de científicidad y razonamiento fundamentado en la investigación, también el médico en su actitud de sanador tiene un determinado número de prácticas que sabe son funcionales, pero desconoce el origen o razón de su funcionalidad, es decir, también es un sanador empírico y basado en experiencia, al igual que los practicantes de otras medicinas; sin embargo, el dominio y poder instaurado en esta ciencia hace que ni los propios practicantes de la misma se cuestionen su “no conocer” y su “no razonamiento o científicidad”.

Empero, las actitudes empíricas, racional y creencial frente a la curación son en palabras de Weber, “los tipos ideales” o ideológicos de la medicina moderna occidental. Es decir, los efectos de la curaciones o sanaciones de los médicos occidentales obtienen mayor prestigio, ganancia e influencia, cuando el enfermo curado corresponde con el de una persona influyente de la sociedad, tal es el caso de la cirugía que salvó la vida de Charles Francois Félix, sin la cual Francia no hubiese tenido la misma historia (Laín, 1958).

Como afirma Laín (1958) *“la acción curativa del médico contribuye de manera eficaz a que la historia de la Humanidad sea la que efectivamente es; y esa contribución debe ser referida a lo que la acción curativa concede al hombre enfermo: la capacidad de disponer plenamente de sí mismo”* (p.14).

En esta perspectiva, las representaciones creadas desde el centro étnico son pre-científicas, porque se concentran en una particularidad cultural muy específica, y así se piensa el mundo del saber en general, por tanto, la representación “verdaderamente” científica, racional y objetiva parte del lugar de observación para universalizar o generalizar todo sobre

el espacio (Castro, 2005). En sí, este imaginario de Europa como centro de observación, verificación y validación del grado del desarrollo del resto de la humanidad, se trasladó al mundo científico del conocimiento, por ende, tanto científicos como no científicos naturalizaron esta realidad como única verdad para la lectura y sobrevivencia en el nuevo mundo.

En este sentido, la categoría geopolítica de conocimiento tiene mayor trascendencia en la modernidad, puesto que las particularidades culturales de conocimientos, como es el caso de los saberes tradicionales, son invisibilizados y convertidos en un lugar sin lugar, porque se universalizan dice Mignolo. En esta lógica la tradición e historia cultural local y particular de un pueblo o de una sociedad en todo su esplendor, se homogeniza y representa en función del centro global de poder geo-político, el cual enuncia y produce todo conocimiento (Castro, 2005).

Así, los conocimientos producidos fuera de ese circuito y centro globalizado, simplemente se consideran irrelevantes, pre-científicos, irreales, pretensiosos e iletrados, por ende, en esta cartografía centralizada, los espacios periféricos, como son los pueblos indígenas, solamente se consideran como consumidores de los conocimientos generados por la medicina moderna, por consiguiente, se dice que no es la prontitud de la acción terapéutica la que influye, sino el valor racializado y colonizado del saber (Castro, 2005).

Referencias

- Castro, G.S. (2005). *La hybris del punto cero*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana
- Dussel, E. (1994). *1942 El encubrimiento del otro. Hacia el origen del “mito de la modernidad”*. La Paz Bolivia: Centro de Información para el Desarrollo CID.
- Laín, E.P. (1958). *El médico en la historia*. Madrid: Taurus Ediciones.

- Lander, E. (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Oliva, E.; Stecher, L. y Zapata, C. (2014). Frantz Fanon desde América Latina. Lecturas contemporáneas de un pensador del siglo XX. *MERIDIONAL Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos*, 3: 218-25.
- Santos, S.B. (2006). *Conocer desde el sur. Para una cultura política emancipatoria*. Lima: Programa de Estudios sobre Democracia y Transformación Global. Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales/Unidad de Posgrado.
- Santos, S.B. (2014). *Justicia entre saberes: Epistemologías del sur contra el epistemicidio*. Madrid: Ediciones Morata.
- Santos, S.B. (2015). *Revueles de indignación y otras conversas*. Bolivia: Proyecto ALICE.

Retórica de la modernidad y lógica de la colonialidad en los saberes médico y tradicional.

La modernidad es un término que se debe atender cuando se trata el tema de colonialidad, porque precisamente el primero sustenta y motiva a desarrollar el segundo. Es así que la modernidad se enraizó en las sociedades colonizadas para justificar la propia explotación, exclusión y discriminación de los colonizados.

Es por ello que todo crítico decolonial, debe tener claro que no se puede hablar de modernidad sin colonialidad, y viceversa, no existe colonialidad sin tomar en cuenta la modernidad. En este sentido, más que mirar y analizar ambos términos en su connotación y denotación, debemos comprender que ambos conceptos se encuentran estructuralmente conectados en pensamiento y acción (Mota, 2018).

Pareciera ser que cuando se habla de colonialidad, se hablará de un proceso rememorado y recordado dentro de las historias de los pueblos, pero simplemente como elemento histórico, es decir, sin trascendencia o institución del término y de la práctica política del mismo. Sin embargo, la colonialidad sigue presente en los procesos de globalización, por ende, la pregunta hasta aquí es, cómo la modernidad puede hacer del proceso de colonización un aliado para la conformación de un nuevo orden social y, específicamente, de un nuevo régimen de conocimiento basado en un solo saber.

En este sentido, dentro del discurso decolonial cobra relevancia el término modernidad, desde esta perspectiva Mignolo (2010) dice del mismo que éste ...

“se naturaliza como un proceso universal, global y punto de llegada que oculta su lado oscuro, la reproducción constante de la colonialidad [concepto que alude a la parte invisible y constitutiva de la modernidad propuesto por Anibal Quijano]” (p.9).

En términos contextuales, la modernidad se relaciona con un fenómeno exclusiva y esencialmente de Europa (Mignolo 2010). Un concepto que nace con y desde lo europeo, pero que también se in-corpora en las sociedades no europeas para su propia interpretación y lógica de organización. En este sentido, Dussel afirma que el concepto de modernidad surge cuando Europa se consideraba el centro del mundo, por ende, las periferias se localizaron solo como parte de esa espacialidad, empero, el poder y dominio lo siguieron asumiendo los países centro.

En este sentido, cuando Quijano incluía el término de colonialidad en su retórica, éste trataba estos esbozos coloniales en función del poder, pero también en relación de las subjetividades negadas desde el saber y el ser, por consiguiente, descolonizar la mente (*thiongo*) y el imaginario (*Gruzinski*) también comprende descolonizarse de un conocimiento

que transgrede la libertad y el reconocimiento de otras formas de ser, hacer y de saber (Mignolo, 2010).

Esta transgresión del ser y del saber se originaron en la modernidad, debido a que en ésta se crea un mito irracional dentro del cual se justifica la violencia genocida, la razón moderna o razón del terror (Mignolo, 2010). Este mito irracional, es el que se mantiene en el horizonte de sentido de la humanidad, tanto de los colonizadores como de los colonizados, porque a través de este mito se mira al genocidio y epistemicidio como una estrategia para mejorar la raza, la humanidad y en general toda la sociedad.

Desde de esta perspectiva, la expresión “liberación” cobra sentido dentro de los movimientos descolonizadores, a partir de dos procesos: la decolonización política y económica y la decolonización epistemológica o desprendimiento epistémico (Mignolo, 2010). Es por ello que, Fanon insistía sobre desarrollar el proceso de descolonización no solo desde y para los colonizados, sino desde y para los colonizadores, porque precisamente, estos últimos son lo que conservan la estructura de poder, dominio y lógica colonial, por consiguiente, los procesos descolonizadores principalmente buscan desvincularse, desarticularse y desanclarse de esta tiranía de la matriz colonial y/o epistémica de poder, la cual fractura el tejido social y relacional entre ambos agentes (Mignolo, 2010).

Este discurso cobra relevancia porque el proyecto descolonizador permite replantear el cruce de fronteras, más que físicas, conceptuales o epistémicas. Se dice que la frontera es epistémica porque el pensamiento monocultural “*pensée unique*” es justamente el pensamiento occidental moderno con sus complementos liberal/neo-liberal, marxismo/neo-marxismo y cristiano/neo-cristiano, los cuales instituyen la civilización occidental, las lenguas imperiales y las bases griegas y latinas para leer y comprender el mundo (Mignolo, 2010).

A este respecto, Mignolo (2010) señala que el desprendimiento de esta matriz colonial del poder y de la lógica del *pensée unique* implica:

“instalarse en una epistemología fronteriza, y en alternativas a la modernidad (y no en modernidades alternativas): el desprendimiento y el proceso de descolonización tienen por horizonte un mundo trans-moderno, global y diverso” (p.24).

Dentro del *pensée unique* y de la lógica de la modernidad, se habla de una monocultura que rechaza la diversidad, incluyendo dentro de ésta, otras formas de construir, concebir y manejar la salud, y que son alternas a la medicina occidental. En esta línea, la medicina occidental y moderna como sistema hegemónico de salud dentro de las naciones, se instituyó en una lógica colonial eurocéntrica, la cual tiene como fundamento el método cartesiano de científicidad y razón, excluyendo conocimientos alternos a la ciencia positivista. Así, los saberes tradicionales y alternativos para la salud fueron excluidos, negados y cuestionados, porque significaban un riesgo e incompatibilidad con la cultura occidental, con sus valores, principios, creencias y dogmas (Ponce, 2015).

Un ejemplo de diversidad, consiste en comprender y analizar que los conceptos de salud/enfermedad se conciben y aplican de diferentes modos entre la medicina tradicional y occidental moderna y científica. En este sentido, en la medicina tradicional se contempla la esencia misma del hombre desde la subjetividad construida y encarnada en éste. Esta sabiduría tradicional no separa al hombre por binarismos, no lo mira como una persona sin interacciones, por el contrario, todo el contexto histórico, estructural, funcional, político, emocional y social del hombre se contempla en su comprensión, interacción, diagnóstico y curación. Es ahí, donde las confusiones e inconmensurabilidades de interacción juegan un papel primordial para la interculturalidad y dialogo de saberes (Granados, 2005).

Además, se mencionó que el propio término de modernidad contempla una oculta verdad de genocidio y epistemicidio justificado por la raza, la clase, el género, la etnicidad, las prácticas culturales, religiosas, políticas, económicas y sociales no compatibles con este modelo único de la realidad visto y construido desde occidente, como centro del mundo y de la verdad.

Generalmente, el sistema médico moderno según la Organización Mundial de la Salud “*es el modelo biomédico imperante, oficial en los Ministerios de Salud, y validado por la formación académica de las facultades de medicina del mundo*” (Granados, 2005, p.100).

Este último punto es importante para puntualizar que la modernidad, también trajo consigo la reproducción de la mono-cultura médico moderna por medio de la educación formal de la misma, desde la cual se reproduce la ontología, epistemología y metodología occidental hasta la actualidad.

En este sentido, las prácticas médicas tradicionales debían ser sustituidas, o en el mejor de los casos, erradicadas por otras prácticas médicas que sustentaran el crecimiento del modelo económico neoliberal, a través de la patologización generalizada de las poblaciones y el uso justificado y masivo de los fármacos, así mismo, que fomentara una cultura hacia el evolucionismo biológico y genético y que se construyera bajo un modelo heteronormativo, autoritario, jerárquico, individualista, determinista y estructural-funcionalista sobre la realidad de la salud y la enfermedad de las poblaciones.

En esta línea, el concepto de terapias complementarias y alternativas creado por la medicina moderna, muestran el resultado de hipótesis planteadas por un determinado número de personas, quienes han buscado incluir la alteridad y diversidad en la interpretación del fenómeno salud/enfermedad. Y como una posible respuesta a esto, se incluyó el término de terapias alternativas en el interior de los ministerios de salud, sin embargo, se enfatizó que

todas éstas serían terapias alternativas, porque solo la medicina occidental es la única que tiene identidad legal y simbólica para ellos, por ende, hablar de medicinas alternativas es incorrecto, ilegal y hasta ilusorio (Granados, 2005).

Incluso en algunos países de Latinoamérica se prefiere hablar peyorativamente de *medicina popular*, haciendo alarde al termino en relación con las creencias, conceptos y prácticas de salud/enfermedad construidas espontáneamente y bajo asociaciones espurias y fortuitas en el interior de una determinada cultura “inferior”, por tanto, estas prácticas carecen de un sistema formal de conocimiento, de una eficacia tangible o no, así como de elementos y criterios de cientificidad y autoridades médicas suficientes para ser denominado modelo o sistema médico (Granados, 2005).

En esta disyuntiva sobre los criterios suficientes, se presenta que las medicinas tradicionales son diversas, no existe una especificidad y universalización de una sola medicina tradicional, porque los diversos pueblos indígenas han construido su modelo médico basado en conocimientos empíricos acerca de la relación del cosmos, la naturaleza y la persona a través de la observación, por tanto, estas prácticas médicas tradicionales presentan un arraigo histórico, cultural y social en la estructura y conformación de un pueblo; añadiendo que estas prácticas tradicionales sobre salud/enfermedad se transmiten de generación en generación, por consiguiente, dichas prácticas y creencias se convierten en el patrimonio de un pueblo (Granados, 2005).

Consideraciones finales

En general, la medicina occidental moderna se instituyó como organismo que legitima, define y autoriza los procesos de salud y enfermedad dentro de todas las naciones. Este monoculturalismo de saber médico desarticuló violentamente otras formas de ser y saber, por ello, se dice que colonizó el pensamiento de los locales hasta provocar el epistemicidio; sin

embargo, aún persiste en nuestras sociedades la desobediencia epistémica para erradicar sus saberes, es decir, existe una resistencia de los pobladores por la subjetividad negada desde la colonización, así mismo, se vive la presencia de un deseo desmedido de liberación y descolonización epistémica de poder.

Como señala Mignolo (2010) “*la descolonialidad gira el radar e invierte las éticas y las políticas del conocimiento*” (p.28). A este respecto, se habla de una tuerca mental que recupera otras formas de hacer y ser éticas, otros lenguajes e idiomas desahuciados, otras categorías de pensamiento y subjetividades negadas por la retórica de la modernidad, la medicina occidental y la aplicación imperial de la lógica colonial.

En esta postura no se habla de erradicar las prácticas médicas ya instauradas en el sistema de salud, sino por el contrario, de incluir las otras prácticas, saberes y cosmovisiones sobre salud/enfermedad, así como la propia de-construcción del modelo biomédico por un modelo intercultural, intercientífico y trans-disciplinar.

Referencias

- Fraser, N. y Butler, J. (2000). *¿Reconocimiento o redistribución? Un debate entre marxismo y feminismo*. Madrid: Editorial Traficante de sueños
- Granados, A.S.; Martínez, L.E.; Morales, P.; Ortiz, G.R.; Sandoval, H. y Zuluaga, G. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (1): 98-106. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56230113.pdf>
- Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Argentina: Ediciones del signo.

- Mota, A. (2018). Colonialismo y modernidad. Historización crítica de un debate. En Chaparro, A.A.; Castro, A.; Ciriza, A.; Rueda, E.; Orjuela, E.L.; Semeraro, G.; Villavicencio, S.; Grueso, D.; Oviedo, H.A.; Larrea, M.A.; Zamora, M.K.; Castillo, A. y Barreto, L.M. *Modernidad, colonialismo y emancipación en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Ponce, M.M. (2015). *Las sabias en los sistemas de salud indígenas. Conocimientos y biodiversidad de los pueblos Quechua y Shawi del Perú*. Lima: CHIRAPAQ Centro Cultural Indígenas del Perú.

Elementos conceptuales en/para la construcción de políticas públicas en materia de salud indígena en México

1) Antecedentes, definición y evolución del concepto “indígena dentro de las políticas de salud en México

La revisión bibliográfica realizada a partir de la revolución mexicana a la fecha actual, apunta que el término “*indio*” se deriva y construye a partir de una asociación pseudocognoscitiva de los colonizadores españoles, quienes pensaban que habían llegado a la India en vez de a la Nueva España, como fue denominada posteriormente. Por tanto, la palabra “*indio*” era acuñada por éstos para referirse a los habitantes del pueblo recién descubierto (Bartolomé, 2014).

En términos generales, esta palabra no debiera ser peyorativa debido a que hace referencia al origen de una nación que no tiene ninguna relación con los indígenas mexicanos. No obstante, el concepto “*indio*” fue incorporado y utilizado despectivamente por los colonizadores españoles del siglo XVI para referirse a los pueblos indígenas en términos de ignorancia, salvajismo, pobreza, marginación, carentes de cultura, entre otros prejuicios y

estigmas que han construido la ideología y representación social de la población mexicana a lo largo de los siglos (Navarrete, 2008).

Supeditado a este hecho, el vocablo “*indio*” con todo su significado implícito, continuó siendo de gran utilidad en los ulteriores gobiernos para el desarrollo y construcción del “imaginario nacional”, de los programas, políticas públicas e instituciones dirigidas a estas comunidades. Sin embargo, a principios de los años setenta a nivel nacional se dio un cambio paradigmático en el concepto, que va desde el término de “*indio*” al de “*indígena*”, éste último se incluyó en el discurso político porque se decía que era menos despectivo que el primero (Navarrete, 2008).

Cabe mencionar, que la palabra “*indígena*” en su acepción más básica, personificaba al “*originario de un país*”, quien también abraza significados culturales, económicos y políticos (Navarrete, 2008). Empero, la palabra “*indígena*” no lograría desvanecer los imaginarios, prejuicios, estigmas y todas las representaciones construidas por la sociedad mexicana a partir de todos los discursos producidos y transmitidos desde la colonización, los cuales siempre segmentaban a una minoría⁹ que es diferente y desigual a los mestizos, quienes representan a esa gran mayoría de los habitantes nacionales.

No fue, sino hasta el año 1994 con el surgimiento del movimiento zapatista iniciado en el Estado de Chiapas que se promovió la reforma constitucional 2002, preponderando los derechos de los indígenas, todo esto devenido por la transgresión, exclusión y escasa representatividad de estos pueblos en el sistema democrático, por consiguiente, también se sugería la modificación en la definición del término (Gamboa y Gutiérrez, 2008).

⁹ “Son pueblos que aspiran a la independencia nacional o aquellas regiones antaño colonizadas que reclaman en la escena internacional la equiparación en dignidad de sus respectivas culturas” Habermas (1999: 191)

Atendiendo a estas peticiones, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hizo una propuesta en la definición de “*indígena*” que a la letra decía:

“son aquellos que conservan totalmente o parcialmente sus idiomas, instituciones y estilos de vida tradicionales que los distingue de la sociedad dominante, y que habían ocupado un lugar particular antes de la llegada de otros grupos poblacionales” (Gamboa y Gutiérrez, 2008).

Contribuyendo a este concepto, la constitución política mexicana en su artículo 2º define a los pueblos indígenas como “*aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.*” (Gamboa y Gutiérrez, 2008)

Justo en este punto, conviene hacer una pausa, para analizar las dos definiciones más importantes que hasta la actualidad han trazado la identidad del indígena, la creación de políticas y normas, el reconocimiento del indígena mexicano como individuo de derechos y obligaciones, así como la exclusión del mismo en todos los marcos jurídicos, políticos, económicos y sociales.

Se puede observar, que ambas definiciones conciben a los pueblos indígenas mexicanos como aquellos que se mantienen estáticos y momificados en la historia, y expuestos en los principales museos contemporáneos, es decir, no progresistas, rezagados, altamente marginados, incultos, de difícil acceso porque viven en las periferias más alejadas del país, en síntesis, son “los olvidados” y las “minorías” excluidas y aisladas porque no contribuyen con el progreso de la nación, ni coinciden con el prototipo de mexicano que se aspira.

No obstante, García Canclini (1989) y Estermann (2010) señalan que los procesos donde se elabora la significación de las estructuras sociales se reproducen y transforman constantemente, porque sin este cambio cultural, la supervivencia y sobrevivencia de estos pueblos estaría en peligro de extinción.

Retomando las definiciones otorgadas por estos organismos, se perfila que las instituciones se conservan igual que antes de la llegada de los colonizadores. Al respecto, la historia da cuenta de la transición desde un viejo institucionalismo a uno nuevo, precisamente porque Thomas Hobbes durante la guerra civil inglesa, ya defendía la necesidad de construir instituciones que fueran fuertes para salvar a la humanidad de los peores instintos (Guy, 2003). Es decir, se requería de instituciones con estructuras más democráticas, como sugería John Locke (Guy, 2003).

Desde estas miradas teóricas, ya se hablaba de la ley como una institución formal del Estado, *“la cual impone a la sociedad normas y valores claramente articulados” (...)* *“la ley representa el elemento fundamental del ejercicio del poder”* (Guy, 2003, p. 19).

En este sentido, se puede dilucidar que los pueblos indígenas no sólo veían vulnerada su libertad individual y colectiva a través de la instauración de leyes, sino que advertían sobre la desigualdad en la institucionalización de la identidad colectiva del *“ser indígena”* en un sistema mundo, al cual no pertenecían, en tanto en calidad de individuos, pero sí como periferia para la explotación de sus recursos (Wallerstein, 1983).

En otras palabras, se interpreta que las instituciones no son estáticas porque en ellas debe haber cierto sentido de valores compartidos, de lo contrario, los incentivos no funcionan igualmente entre todos los participantes de la institución y, es ahí, cuando se promulga por una transformación o erradicación de dicha institución, tal y como ocurre con los movimientos indigenistas (March, et.al., en Guy, 2003, p.37).

Asimismo, la Legislatura también contempló hacer una distinción entre “*indígena*” y “*etnia*”, caracterizando a este último concepto como una agrupación natural de individuos de la misma cultura, por tanto, lo étnico involucraría lo relativo a etnia, que no es otra cosa, que la designación de los habitantes de un país (Gamboa, 2008). Al respecto, se hace la aclaración que, para algunos países del primer mundo como China, se prefiere la denotación de grupos étnicos para clasificar a los “otros grupos”, por ende, así evitan el reconocimiento y aceptación de los pueblos originarios, porque esto los vincularía a respetar algunos tratados o acuerdos internacionales donde se habla específicamente de pueblos indígenas.

Atendiendo al término de etnia, éste de acuerdo con diversos autores tendría una connotación política más amplia, debido a que en su definición incorpora a todos los grupos que conforman un país. Desde esta visión, Bartolomé (2014) señala que en México sería étnica y étnicamente plural que cada etnia tuviera su propia definición constitucional, así como sus propios espacios políticos autónomos para su desarrollo. Entonces así, se podría hablar de una convivencia interétnica, la cual patentaría mecanismos políticos, económicos y sociales que permitieran la articulación de la diversidad, por tanto, la reproducción de las culturas indígenas (Bartolomé 2014).

En términos generales, la literatura también deja ver que existe una amplia confusión entre “*ser indígena*” y “*sentirse indígena*”. Por un lado, hay quienes se consideran indígenas, y acorde a datos preliminares y demográficos no corresponden a poblaciones indígenas; en tanto, hay quienes se dicen ser mestizos cuando cumplen con todas las características para ser indígena.

Por ejemplo, el Programa Especial de los Pueblos Indígenas instaurado dentro del Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018), mostraba que de los años 60 a la fecha actual ha habido muchos obstáculos para contar con datos precisos sobre las características étnicas,

lingüísticas y culturales de los diferentes pueblos indígenas. Esto debido a que se ha institucionalizado como una minoría, en tanto, el único indicador objetivo válido para registrar a una persona como indígena, incluían a la lengua indígena y la edad mayor a los 5 años.

Al respecto, muchos autores coinciden con Navarrete (2008) en que estos indicadores son totalmente objetivos para poder cuantificar y clasificar a la población indígena, en tanto, él propone tres características para identificarlos: 1) descendientes de poblaciones que vivían en lo que hoy es el territorio mexicano antes de la llegada de los españoles; 2) aquellos que conserven total o parcialmente las culturas, las instituciones y las formas de vida de estos pueblos prehispánicos; y 3) la conciencia de identidad indígena (identidad étnica); esta última, afirma Navarrete debe ser el criterio fundamental para determinar a quienes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.

Sumado a este concepto, el intelectual y político mixe Floriberto Díaz Gómez construye el concepto “*comunalidad*” que también forma parte del indígena, y a su vez se compone de cinco elementos clave: 1) la tierra como madre y territorio; 2) el consenso en asamblea para la toma de decisiones; 3) el servicio gratuito, como ejercicio de autoridad; 4) el trabajo colectivo, como un acto de recreación; y 5) los ritos y ceremonias, como expresión del don comunal (en Navarrete, 2008).

Desde esta visión, se comprende que la vida de las comunidades no está separada de su tierra y territorio, pero tampoco de su lengua natal, que es un elemento central de la vida e identidad de las comunidades originarias, como afirma Navarrete (2008):

“la lengua es más que un modo de comunicación, pues también incluye la forma de concebir el mundo y expresa los valores de la comunidad que la habla”

Finalmente, se llega a la última definición pública y publicada en el Diario Oficial de la Federación de la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, propuesta por el Gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador el 04 de diciembre de 2018, en este sentido y parafraseando el artículo tercero de dicha ley suscribe:

“(…) se reconocen a los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas como sujetos de derecho público; utilizando la categoría jurídica de pueblos y comunidades indígenas en los términos reconocidos por el artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los instrumentos internacionales en la materia. Los pueblos indígenas y afroamericanos, en ejercicio de su libre determinación tendrán el derecho de auto identificarse bajo el concepto que mejor se adapte a su historial, identidad y cosmovisión.”

2) ¿Qué dice el marco normativo a nivel internacional en materia de salud indígena?

Basados en las premisas anteriores sobre la falta de identidades, reconocimiento y representatividad indígena instauradas en las políticas públicas, es que se construyen las políticas que atienden a las poblaciones indígenas en materia de salud y, que a continuación se exponen.

El marco normativo internacional en materia de salud indígena, tradicional y/o complementaria, emana de las leyes y políticas públicas instauradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se instituye como el organismo más importante con relación al tema de salud global.

En este sentido, la OMS (2013) actualizó el documento que lleva por nombre “*estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*”. En dicha actualización participaron expertos y representantes de las seis regiones de la OMS, así como diversos asesores regionales en materia de medicina tradicional y complementaria (MTC), cuyo objetivo principal fue marcar el rumbo de dicha medicina para el próximo decenio (OMS,

2013), cabe recordar que, los principios de la medicina tradicional y complementaria no solo se enfocan a tratamientos ya especializados, sino también engloba intervenciones de prevención y promoción de la salud, como puede ser el manejo de la alimentación y estado nutricional y físico de la población.

Dentro de los principales cuestionamientos en función de la MTC durante esta reunión y actualización, se fundamentaba en el tema de calidad, seguridad y eficacia comprobadas, todo ello, para asegurar el acceso de todas las personas a la atención de la salud de manera asequible, segura, respetuosa y efectiva (OMS, 2013). En este tenor, se observa que, pese a que la OMS reconoce que la MTC ha sido subestimada durante el transcurso de los años, el nuevo enfoque de inclusión de la MTC en el sistema de salud pública, no exime a la medicina tradicional de superar los filtros biomédicos de la medicina occidental, subsumidos en el carácter de cientificidad.

Dentro del mismo documento, se puede observar la reificación del sistema de salud occidental, a través de un proceso de inclusión, pero también de exclusión, de vigilancia, observación y control de la MTC, por ejemplo, en el apartado inicial del documento, se dice que la actualización de dicho documento ayudará a las “*autoridades sanitarias*” para buscar las mejores alternativas de solución, mismas que propiciarán una visión más amplia sobre el manejo de la salud y la autonomía de los “*pacientes*” (OMS, 2013).

Dentro de este discurso, se prima el nivel de autoritarismo y radicalismo ejercido dentro del modelo biomédico hegemónico, el cual, se muestra condescendiente con el saber de otras medicinas, pero la decisión sobre el curso de la misma solo puede ser devenida de las autoridades sanitarias. Asimismo, dentro de este modelo médico, el usuario no es reconocido como un actor político que tiene la capacidad de agencia para (re) pensar su

propia historia de salud/enfermedad, sino que sigue teniendo una acción pasiva, en su rol de paciente.

Cabe mencionar que, la estrategia principal propuesta para este documento gira en torno a dos objetivos que a letra dicen:

*“prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la **utilización segura y eficaz** de la MTC mediante la **reglamentación de productos, prácticas y profesionales**” (OMS, 2013, p.7).*

Al respecto, se añade que estos objetivos, sólo podrán alcanzarse a través de la implementación de tres objetivos estratégicos: 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad, la eficacia mediante la reglamentación; y 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la auto-atención de salud en los sistemas nacionales de salud (OMS, 2013).

En este tenor, al examinar la situación actual de la MTC en el mundo y en los Estados Miembros, la OMS (2013) estableció cuatro objetivos básicos:

“1) política: cuando sea posible, integrar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional; 2) seguridad, eficacia y calidad: promoverlas mediante la ampliación de la base de conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de garantía de la calidad; 3) acceso: mejorar la disponibilidad y asequibilidad de la MTC, y especialmente el acceso de la personas pobres; y 4) uso racional: promover el uso terapéutico racional de la medicina tradicional entre los profesionales y los usuarios” (p.9).

Finalmente, el documento también incluye los principales obstáculos que ha tenido la OMS y los distintos Estados Miembros para implementar dichos objetivos, entre ellos se

pueden señalar: 1) el desarrollo y aplicación de políticas y reglamentos; 2) las estrategias y criterios para incorporar a la medicina tradicional en la Atención Primaria de Salud; 3) la evaluación de productos y servicios, calificación de profesionales, metodología y criterios para evaluar la eficacia; 4) la capacidad para controlar y reglamentar la publicidad y las afirmaciones de la medicina tradicional y la medicina complementaria; 5) las actividades de investigación y desarrollo, la formación y capacitación de profesionales de MTC; y 6) el intercambio de información sobre políticas, reglamentos, características de los servicios y datos de investigaciones, o la obtención de recursos de información objetivos y fiables para los usuarios (OMS, 2013).

En general, se observa que la inclusión e incorporación del sistema médico tradicional al sistema internacional y nacional de salud pública, se ve subsumido en reglas y políticas del modelo hegemónico biomédico, el cual no contempla la autonomía, la institucionalización y regulación de la MTC desde, y a partir, de las políticas y lineamientos de la propia medicina tradicional y/o complementaria.

3) Principales políticas públicas en materia de salud indígena desde la revolución mexicana a la fecha actual

En términos de políticas públicas es bien sabido por todos que, el sistema regulatorio en función de las políticas sanitarias, y específicamente, en materia de salud indígena, se construyen a partir de un modelo lineal que se deriva de lo macro a lo micro, por consiguiente, para el caso mexicano, y en relación a políticas de salud, éstas se inician desde de las propuestas formuladas por la OMS, y promovidas desde una cultura dominante, como lo es el modelo biomédico, el cual se interpone al modelo médico tradicional.

Hablando en términos del contexto mexicano, un elemento esencial de las culturas indígenas es su “cosmovisión”, es decir, su visión del mundo, del cosmos, de la naturaleza,

de los dioses, de la condición de los seres humanos y de su papel en ese cosmos (Navarrete, 2008). Sin embargo, este elemento también ha sido motivo para la discriminación y desigualdad en dichos pueblos.

Así como en el sistema educativo, también en el de salud existe un componente cultural, relacionado con la inconmensurabilidad entre las concepciones indígenas y las de la medicina moderna occidental; y esto se traduce en la desigualdad para la atención de la salud del indígena (Navarrete, 2008).

En torno a estas desigualdades en salud, una de las mayores desventajas para la atención del indígena, y registradas en el marco de los programas nacionales, es la falta del dominio lingüístico dominante por parte de los usuarios indígenas, en tanto, también se registra la falta de conocimiento en las lenguas nativas por parte de los profesionales de la salud (Navarrete, 2008).

Además de lo ya señalado, no es ignorado por nadie, que los pueblos indígenas mexicanos viven en su mayoría, en condiciones precarias en materia de educación, vivienda y servicios. Estas condicionales sociales influyen de manera determinante en las desigualdades en salud, y visibilizadas objetivamente en el proceso de transición epidemiológica, por ejemplo, las estadísticas muestran una alta morbi-mortalidad en la población indígena debida a causas que pudieron ser prevenibles, consecuentemente, se produce una disminución en la esperanza de vida al nacer en esta población (Torres, 2013).

Todo esto pone de manifiesto, las inequidades expresadas en los discursos gubernamentales para justificar los fallos del sistema de salud, afirmando que existe un pobre acceso a los servicios de salud, debido a las barreras geográficas y culturales, que notablemente contribuyen a incrementar la marginación (Torres, 2013; SNS, 2007-2012).

No obstante, como refiere Held (1997: 91) los indígenas también ostentan “*derechos civiles que aseguran la autonomía individual, la libertad personal, la libertad de palabra, pensamiento, creencias, derecho a la propiedad y de suscribir contratos e igualdad ante la ley.*”. Esto les garantiza su libertad a exigir como colectividad, el respeto a sus derechos como ciudadanos.

Al respecto y, a partir de todas esas promesas incumplidas, de esas propuestas nunca acabadas y de los discursos injustificados del Gobierno, fue que en las décadas de los 70 y 80 se dan una serie de movilizaciones y protestas en el Estado de Chiapas, donde participaron organizaciones campesinas y cooperativas, logrando una gran fuerza que reclamaba las injusticias cometidas a sus pueblos, principalmente en áreas como la tierra, el comercio, la educación y la salud (Cuevas, 2007).

Sumado a esta lucha, el grupo Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994 hace pública su decisión de construir su autonomía, devenida por la falta de ese diálogo y reconocimiento negado. En esta lógica se construyen municipios autónomos en forma abierta. Por consiguiente, el gobierno estatal reprueba dichas acciones, solicitando la ilegitimidad, desacreditación y desaprobación de los mismos por parte del Estado; sin embargo, la propuesta nunca pudo aprobarse porque la sociedad legitimaba las acciones del EZLN (Cuevas, 2007).

Del fracaso derivado del gobierno, se consolida la declaración de “Moisés Gandhi”, la cual sintetiza algunas políticas de salud definiendo a esta última como:

“El bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política (...) salud es vivir sin humillación, poder nos desarrollar como mujeres y hombres, es poder luchar por una patria nueva donde los

pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma”

(Cuevas, 2007).

Algo trascendental de este movimiento, es que rescatan a la salud como un derecho, relacionado con las condiciones de vivienda, vida, alimentación, trabajo, justicia y educación. Asimismo, se concibe a la salud como un proyecto que debe estar en manos del pueblo, quien debe ser parte activa en la definición de políticas, planeación, ejecución y evaluación, mismas políticas que caracterizan a un gobierno democrático.

Estas ideas concuerdan con la propuesta de Downs (1973: 98), quien señala *“el mejor sistema de gasto público es el que asegura las máximas ventajas sociales como resultado de su acción (...) la mayoría de los economistas (...) suponen tácitamente que la función “propia” del gobierno es maximizar el bienestar social”*. Por ende, el bienestar social surge del pueblo y para el pueblo.

Cabe mencionar que este movimiento indigenista marca las diferencias con el resto del sistema nacional de salud, porque gracias a dicho movimiento, muchos indígenas declararon libremente que su participación en los programas nacionales no era voluntaria, sino condicionada por el intercambio de otros apoyos económicos, educativos y de salud; los indígenas chiapanecos añaden, que de este sistema de salud sólo han recibido mal trato, falta de materiales y medicamentos, ausencia constante de personal médico, excesivo tiempo de espera, pago de una cuota de recuperación y pago anual del seguro popular que también catalogan como una nueva forma de exclusión y explotación (Cuevas, 2007).

A partir de ese momento, los pueblos indígenas de Chiapas logran la autonomía de la salud, constituyendo una nueva estructura del SSAZ que se instaura desde abajo, es decir, se crean nuevas redes de salud constituidas por Casas de Salud Comunitarias, edificadas por las mismas comunidades y atendidas por personal de las mismas localidades, quienes fueron

formados como promotores de salud y vacunadores. A esta estructura, le sigue la creación de unidades médicas de referencia definidas como Clínicas Regionales Autónomas, apoyadas por personal de salud, cuya función es la valoración y referencia de pacientes a un segundo nivel de atención y, justo acá es donde se da la interacción con el Sistema Nacional de Salud.

Cabe mencionar que, este nuevo modelo de atención oscurece la práctica tradicional, porque aún y cuando la autonomía se ha fortalecido con otras prácticas, al hacerlas propias, se ha dejado a un lado la práctica tradicional que ha sido un elemento central en la identidad y arraigo de los pueblos originarios.

En este caso particular de Chiapas, cobra relevancia la organización y movilización colectiva de los pueblos indígenas hacia la liberalización y la defensa de su autonomía e implicación política en elementos tan esenciales como la salud, no obstante, como afirma Cuevas (2007) no debe sorprendernos que el modelo siga su cauce para una transición, desde la práctica tradicional a la práctica hegemónica occidental.

Actualmente, en el contexto del nuevo régimen y partido político dirigido por el Lic. Andrés Manuel López Obrador se ha desarrollado el nuevo Plan de Desarrollo Nacional (PND 2019-2024). En el marco del mismo, justo en materia de salud se habla de la creación de un nuevo paradigma que discute las complejidades, las diversidades e inequidades de acceso y cobertura de la salud en todo el territorio mexicano y, muy específicamente, en las comunidades rurales y empobrecidas, es así que el PND habla de la génesis de un Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual pretende hacerse universal y de libre acceso para todas las personas, sean o no afiliadas, debido a que el carácter de afiliación propuesto en los sexenios anteriores condicionaba a las personas para recibir una atención médica, violando así el derecho universal de toda persona a la salud.

Asimismo, dentro del PND 2019-24 se habla de la construcción de políticas e instituciones basadas en la epistemología de la democracia participativa, es así que, en materia de salud se reafirma la consulta popular como una estrategia que ofrece a las comunidades indígenas la capacidad de agencia y actuación política para la construcción de sus propios sistemas de salud, interacción y referenciación con el sistema nacional de salud. Todo ello basado en el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, permeando así una propuesta de interculturalidad en materia de salud indígena.

A partir de estas premisas, el actual gobierno en conjunto con el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas expidió el estatuto orgánico con fundamento en los artículos 15, segundo párrafo y 58, Fr. VIII de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y 15, Fr. XII y cuarto transitorio de la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (2019).

A este respecto, el marco normativo apunta que México es una nación multiétnica y pluricultural, con profundas raíces históricas y culturales y, que sustenta su identidad, reconocimiento, reconfiguración y esencialismo en los pueblos indígenas, por ello, se añade el valor de la diversidad de los saberes tradicionales, la cual abarca toda una tradición de prácticas y saberes en materia de salud y cuidado (INPI, 2019).

Asimismo, este estatuto da cuenta de la exclusión y marginación en la que han vivido estos pueblos indígenas con relación al acceso, cobertura, interculturalidad y pertinencia cultural en la atención de la salud (INPI, 2019). Es así que, el 4 de diciembre de 2018, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se expide la Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, el cual reconoce en su artículo 3 a los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas como sujetos de derecho público (INPI, 2019).

En este sentido, en el Capítulo II de la Ley Nacional de los Pueblos Indígenas (2019) y que trata sobre las Unidades Administrativas, en su artículo 14, Párrafo XVII, se dice a la letra que ...

“la Coordinación General de Patrimonio Cultural, Investigación y Educación Indígena, debe coordinar las medidas y acciones para promover e impulsar, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, el acceso de los integrantes de los pueblos indígenas y afroamericano a los servicios de salud con pertinencia cultural, lingüística y de género, sin discriminación alguna, así como el reconocimiento institucional y la formación del personal médico con perspectiva intercultural” (p.7)

Asimismo, en el Capítulo 15, Párrafo XII, señala que la Coordinación General de Fomento a la Economía Indígena debe *“Programar y coordinar acciones que permitan el rescate, valoración y fortalecimiento del conocimiento tradicional de los pueblos indígenas y afroamericano, en las diversas formas de producción” (INPI, 2019, p.8).*

En este tenor, la Ley ampara, resguarda y fortalece las prácticas de medicina tradicional indígena como un saber ancestral, pero también como un medio de producción y distribución de recursos desde un concepto de la economía de los pueblos.

Finalmente, a través del Órgano de Vigilancia se procederá a supervisar que los estatutos estructurados en esta ley se realicen bajo estricto apego a dicha Ley. En este sentido, se espera que los elementos claves como interculturalidad, reconocimiento, derecho y cobertura de la salud puedan ser equitativos para las comunidades indígenas durante este sexenio gubernamental.

Consideraciones finales

El mundo indígena en México es complejo y diverso, deviene de muchos orígenes y vertientes, hay quienes reflejan una tradición ancestral a través de sus lenguas y costumbres, y los que se desprenden de las relaciones de convivencia y dominación de la etapa colonial.

Los indígenas son herederos de una riqueza histórica milenaria y cultural, que dan sentido de pertenencia e identidad a la nación; en el entendido que este término va a más allá de un consenso jurídico, como afirma Habermas (1999, p.84):

“Nación, tiene el sentido de una comunidad política conformada a partir de una procedencia común, al menos a partir de una lengua, una cultura y una historia común”.

Pero al mismo tiempo, esta diversidad cultural, histórica, política y social viene acompañada de inequidades, exclusión, marginación social, injusticia y discriminación, conceptos que no han sido aislados, sino que presentan determinantes históricos que como ya se vio en párrafos anteriores son multidimensionales y multiculturales (PND 2014-18).

Como señala Navarrete (2008) lo inexplicable y contradictorio en la cosmovisión de la sociedad mexicana, es que existe una notable admiración hacia el *“indio muerto”*, aquel que luchó por defender su territorio construido por grandes aldeas y centros ceremoniosos y, que hoy constituyen grandes joyas y patrimonios de la humanidad. Sin embargo, *“el indio vivo”* es digno de desprecio y lástima.

Esta visión hacia la cultura indígena también es pérdida de identidad y del patrimonio de la nación; que muchas veces tiende hacia un romanticismo procurado por los mexicanos, para reconocerse como indígenas en eventos importantes y como mestizos todo el año.

También conviene reconocer que parte de esta cultura mestiza, se ha venido construyendo por ideologías racistas que impiden a los indígenas el acceso a servicios, trabajos y mejores oportunidades; esta cultura racista que también es fomentada por los programas de televisión, sólo muestra al indígena con un imaginario de pobreza, ignorancia y marginación. Desde esta visión, muchos indígenas han tenido que negar su condición y origen, porque el sólo hecho de afirmarlo, ya se concibe como producto de discriminación.

Esta autocomprensión apunta al “*ethos común*” de Habermas “*se trata de las cuestiones acerca de cómo nos entendemos en tanto que miembros de una comunidad moral, acerca de cómo debemos orientar nuestra vida, de lo que sea lo mejor para nosotros a largo plazo y visto en conjunto*” (1999, p.56).

Y en esta reflexión de lo que para *nosotros* tiene un valor intrínseco en el contexto del mundo social compartido; esta autocomprensión puede ser modificada de forma justificada por preferencias y valores colectivos y de supervivencia, o en todo caso por la prioridad deliberativa que es la obligación (Habermas, 1999).

En todos los programas y en todos los tiempos, se ha visto un discurso creado y orientado “ocultamente” a la extinción del indígena, pese a que todos ponen de manifiesto la garantía del ejercicio efectivo de los derechos sociales, económicos y culturales, y por supuesto, combatir la pobreza y marginación, a través de políticas y acciones públicas (PND 2014-18; PND 2019-2024). Al final, sólo se queda en discurso.

Asimismo, las prácticas de discriminación y exclusión en los ámbitos de justicia penal, agraria, laboral, civil y mercantil, se siguen dando y produciendo; todo ello justificado por la ubicación geográfica territorial de los pueblos indígenas, que limita el acceso a los servicios básicos, por tanto, se traduce que la simple condición de ser indígena, es el motivo de todo aislamiento social, como podría decir Ralws, es la suerte y condición del mundo que les tocó vivir.

Está claro que todos los gobiernos se consideran nacionalistas e incluyentes, pero excluyen al indígena en todos los procesos. Un proceso de verdadera inclusión dice Habermas (1999, p.118) (...)

“Significa que dicho orden político se mantiene abierto a la igualación de los discriminados y a la incorporación de los marginados sin integrarlos en la uniformidad

de una comunidad homogeneizada. Para ello el principio de voluntariedad es significativo: la nacionalidad del ciudadano descansa en la aceptación por su parte, al menos implícita”.

Frente a todas estas inequidades y exclusión, el movimiento alzado del Ejército Zapatista, desde hace más de una década da lugar a una serie de instrumentos políticos, como el convenio de San Andrés Larráinzar de 1994, y que culminó con la reforma constitucional de 2002, que incorporó a las leyes vigentes, la necesidad de respetar todos los derechos indígenas en los distintos ámbitos de la vida jurídica, social y económica del país (Gamboa y Gutiérrez, 2008).

Muchos autores en la explicación histórica de los indígenas, coinciden que el movimiento zapatista, fue uno de los más importantes, porque aparte de lograr la reforma a los derechos de los indígenas, dejó ver toda una serie de actos discriminatorios a lo largo de toda la historia mexicana; permitiendo así, distinguir que nunca ha habido intención de los gobiernos por incluir al indígena al sistema nacional.

Una posible explicación, a todo este individualismo y exclusión del indígena, se debe a procesos multiculturales y globalizadores, por ello, Habermas afirma:

“Es inapropiado pensar en la solución de los problemas actuales en el estrecho marco de los Estados Nacionales_ un marco cuestionado desde dentro por la fuerza explosiva del multiculturalismo, y desde fuera por la presión problemática de la globalización” (1999, p.19).

Por tanto, esto nos lleva a replantear nuestra reflexión hacia el pensamiento político del presente, que está marcado por un contexto globalizador que mira al indígena como un obstáculo para lograr esa transición y progreso. Por ende, Habermas reafirma que:

“sólo la conciencia nacional que cristaliza en la percepción de una procedencia, una lengua y una historia común, sólo la conciencia de pertenencia al mismo pueblo,

convierte a los súbditos en ciudadanos de una única comunidad política: en miembros que pueden sentirse responsables unos de otros” (1999, p.89).

Esto explica, porque muchas comunidades no han desaparecido y porque muchas lenguas perduran; no sólo permea en el abandono de la cultura indígena, la obligación, sino también la voluntad y el sentido de pertenencia a esa comunidad y territorio. En tanto, que los indígenas se sientan indígenas, van a seguir heredando sus costumbres y tradiciones a las nuevas generaciones, y no van a abandonarse en un republicanismo que de por extinguido su espíritu ancestral.

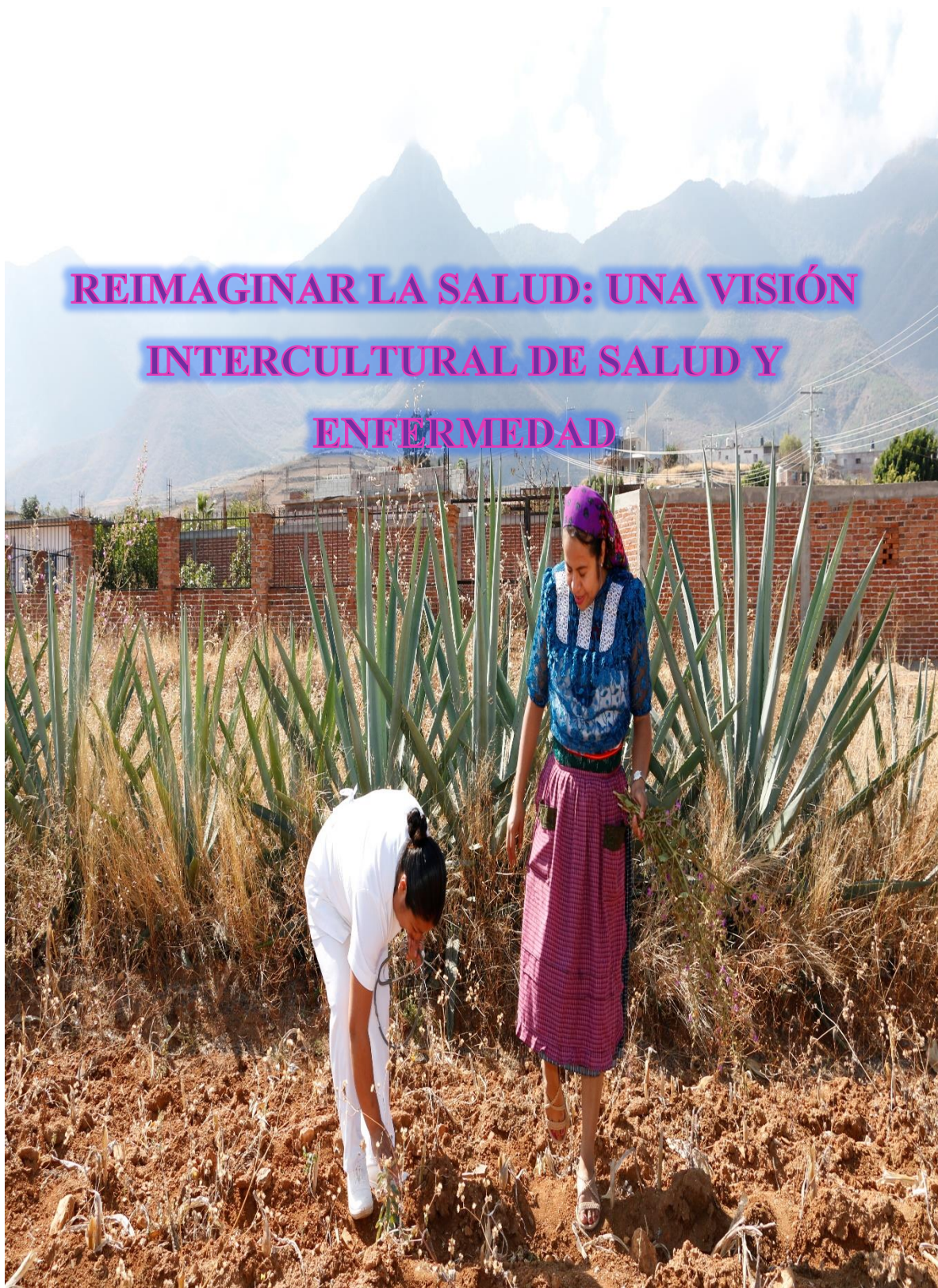
Referencias

- Bartolomé, M.A. (2014). *Gente de costumbre y gente de razón*. México: Siglo XXI Editores.
- Cuevas, J. (2007). *A Case Study Commissioned by the Health Systems Knowledge Network*.
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf [11 de diciembre de 2018].
- Downs, A. (1973). *Teoría económica de la democracia*. Madrid: Aguilar.
- Estermann, J. (2010). *Interculturalidad: vivir la diversidad*. La Paz: ISEAT.
- Gamboa, M. y Gutiérrez, S. (2008). *Derechos Indígenas*. Estudio Teórico Conceptual, de Antecedentes e Iniciativas, presentas en la LIX Legislatura y en los Dos Primeros Años de Ejercicio de la LX Legislatura. (Primera Parte). Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Política Interior. Cámara de Diputados LX Legislatura. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SPI-ISS-14-08.pdf> [11 de diciembre de 2018]

- García, C.N. (1989). Introducción. Políticas culturales y crisis de desarrollo: un balance latinoamericano. En García, C.N. *Políticas culturales en América Latina*. México: Grijalbo.
- Gobierno de la República Mexicana (2014-18). Programa especial de los pueblos indígenas. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf> [11 de diciembre de 2018].
- Guy, P. (2003). *El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en Ciencia Política*. Barcelo: Gedisa.
- Habermas, J. (1999). *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós.
- Held, D. (1997). *La democracia y el orden global. Del Estado moderno al gobierno cosmopolita*. Barcelo: Paidós.
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2019). Acuerdo por el que se expide el Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. DOF. INPI. Gobierno de México.
- Jiménez, N. y Mendoza, Z. (2016). La educación indígena en México: una evaluación de política pública integral, cualitativa y participativa. *Revista Limina R*, 4 (1). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272016000100005 [11 de diciembre de 2018].
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2023. China: OMS. <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>

- Plan Nacional de Desarrollo. (2013-2018). PND 2013-2028. DOF. Gobierno de México.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2019-2024). PND 2019-2024. DOF. Gobierno de México.
- Martínez, B. (2012). Después de la Revolución, la política educativa que se impuso fue la de mexicanizar a los indios a través de la lengua nacional, política reflejada en la Ley de Instrucción Rudimentaria de 1911. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa / 12. Multiculturalismo y Educación / Ponencia. http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_12/1004.pdf [11 de diciembre de 2018].
- Navarrete, L. (2008). Los pueblos indígenas de México. Pueblos indígenas del México contemporáneo. Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas. http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/monografia_nacional_pueblos_indigenas_mexico.pdf [11 de diciembre de 2018].
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 27 (1).
- Sandoval, M. (2003). Ciudadanía y juventud: el dilema entre la integración social y la diversidad cultural. *Última década. Cidpa Viña del Mar*, 19: 31-45.
- Secretaría de Salud. (2007-12). Atención a la salud de los pueblos indígenas de México. Elementos generales para la construcción de programa de acción. http://saludchiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Atencion_Salud_Pueblos_Indigenas_Mexico.pdf [11 de diciembre de 2018].

- Torres, J.; Villoro, R.; Ramírez, T.; Zurita, B.; Hernández, P.; Lozano, R. y Franco, F. (2013). La Salud de la Población Indígena en México. *Caleidoscopio de la Salud*: 41-55. <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/02-PoblacionIndigena-Caleidoscopio.pdf> [11 de diciembre de 2018].
- Wallerstein, I. (1983). *El capitalismo histórico*. México: Siglo XXI editores.



Fuente: Ecología de Saberes. Mijangos, F.K., 2020

CAPITULO IV.- REIMAGINAR LA SALUD: UNA VISIÓN INTERCULTURAL DE SALUD Y ENFERMEDAD

Filosofía de los programas nacionales en torno al desarrollo y salud de los pueblos indígenas: a propósito de la interculturalidad

Para el caso de Latinoamérica, es importante caracterizar, que las construcciones y transformaciones culturales, políticas, sociales y económicas en torno a derechos humanos se institucionalizaron con los procesos de colonización, y se consolidaron a partir del pensamiento euro centrista, el cual consideraba a los países europeos como sociedades superiores y con la autonomía suficiente para esclavizar a los indígenas americanos, por su supuesta posesión de la razón, constitución burguesa, científicidad y dogma religioso.

Asimismo, esta mirada homogeneizadora de los europeos produjo una gran catástrofe cultural y desestructuración social entre las comunidades dominadas y principalmente indígenas, contribuyendo así, a la pérdida de identidades locales y regionales, incluyendo las lenguas nativas, que cedieron frente a una lengua común y particular de comunicación entre una cultura hegemónica occidental y una cultura indígena (Salaverry, 2010).

Sumado a lo anterior, la propuesta hacia un modelo clásico de mexicanidad, correspondía con un sujeto que obedece a las necesidades materiales y simbólicas de la nueva economía política neoliberal, pero que invisibiliza otras formas de subjetividad representadas por el género, la etnicidad, la raza, la edad, la clase social y la diversidad cultural (Sandoval, 2003).

En esta edificación, la imagen construida del sujeto mexicano no representa la diversidad y el multiculturalismo presente entre los mestizos mexicanos, o cómo señala Bartolomé (2014) entre los “nuevos indios desindianizados”, por tanto, se favorece la promoción de una imagen restringida y segmentada del sujeto titular de derechos, reduciendo

esta imagen a un sujeto varón, blanco, occidental, urbano, heterosexual y adulto (Procacci, 1999, en Sandoval, 2003).

Con base en ello, el altercado que existe entre el reconocimiento cultural y el discurso de la integración, se hace cada vez más complejo, por ende, Fraser señala:

“mientras que la primera tiende a promover la diferencia de grupo, la segunda tiende a socavarla. Por consiguiente, las dos clases de exigencias están en conflicto entre sí; pueden interferir, o incluso ir una en contra de la otra” (2000, en Sandoval, 2003, p.134).

Para el caso específico de los indígenas, éstos requieren de un reconocimiento político y social que los constituya como una comunidad cultural legítima, la cual cultiva su propia forma social de vida y de identidad cultural.

El detonante en toda la historia del desarrollo de los pueblos indígenas, es que los gobernantes criollos y mestizos consideraron que la existencia de los grupos indígenas era un problema para la nación, pues su atraso y diferencia cultural era un obstáculo para el progreso, por tanto, el objetivo del gobierno era lograr la homogenización cultural de todos los mexicanos (Navarrete, 2008).

A partir de esta connotación, los pueblos indígenas perdieron el derecho a la tierra, derecho que fue respetado, incluso por los españoles. Frente a esta adversidad, los pueblos indígenas se vieron forzados a luchar por su patrimonio y cultura; acción que el gobierno supo condicionar correctamente para mostrar a la sociedad que los indígenas eran un peligro para la nación porque amenazaban la paz, la unidad y el progreso (Navarrete, 2008).

Todas estas políticas etnocidas culminaron con el gobierno de Porfirio Díaz, adjudicando el término “*desindianización*” que es un concepto acuñado por el antropólogo Guillermo Bonfil para referirse a todos los procesos neoliberales, por los que se obligó o convenció a millones de indígenas para abandonar su identidad y cultura (Navarrete, 2008).

Fue a partir de esta desigualdad de términos y prejuicios que el indígena pasó a ser “*el otro*”, esa “minoría” olvidada porque simplemente es “diferente” a los mestizos (“la mayoría de los mexicanos”), aquella que no se acata a las leyes, no es parte de esa “modernidad”, no comparte el mismo idioma, es ignorante y pobre. Por tanto, necesitan ser ayudados, o en el mejor de los casos, ser dominados por la clase “privilegiada” de la sociedad.

No se debe olvidar, que uno de los rasgos fundamentales de esta población indígena es su diversidad y pluralidad. Como se apunta en el PND 2014-2018 *“Los indígenas mexicanos no son un cuerpo homogéneo, lo cierto es que entre ellos y a su interior se vive una pluralidad lingüística, cultural e incluso religiosa”*.

Con base en ello, se estima que en México no existe ni una mayoría mestiza, ni una minoría indígena, sino muchos grupos culturales y mundos de vida diferentes (Habermas, 1999), sin embargo, esta diferenciación creada por los gobiernos a partir de la revolución, ha producido siglos de explotación, discriminación y creación de múltiples políticas paternalistas, que sólo han buscado la dominación del indígena.

A lo largo de este recorrido histórico y político, se ha distinguido que el gobierno mexicano ha desarrollado algunas instituciones como el Instituto Nacional Indigenista (1948), cuya doctrina era el *“indigenismo”*, por tanto, se auxilió de Ciencias como la Antropología para poder conocer y comprender mejor las formas de vida de estos pueblos, y de esta forma promover más efectivamente el proceso de aculturación; que es y ha sido por siempre el objetivo fundamental de los gobiernos nacionales (Navarrete, 2008).

En términos discursivos, tanto la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas como otras instituciones, tienen como objetivo contribuir al desarrollo integral y sustentable de los pueblos indígenas, a su libre determinación y al ejercicio de su autonomía, sin embargo, este es el discurso tergiversado del gobierno para persuadir a la sociedad,

porque como afirma Navarrete (2008) cuando PEMEX o CFE necesitan explorar y explotar ciertas áreas indígenas, rara vez o casi nunca, se toman decisiones compartidas con los pueblos indígenas.

En suma, a principios del siglo XXI los pueblos indígenas sobreviven en esta contradictoria y dinámica realidad, buscando la manera de ser parte del presente y del futuro de nuestro país, pero sin abandonar su pasado y origen, mismo que da sentido de pertenencia a su pueblo. En términos generales, la discriminación (...)

“Puede abolirse, no mediante la independencia nacional, sino sólo mediante una inclusión que sea suficientemente sensible a las diferencias específicas individuales y de grupo del trasfondo cultural. El problema de las minorías <<nacidas>> que puede aparecer en todas las sociedades pluralistas se agudiza en las sociedades multiculturales” (Habermas, 1999, p.125).

Concluyendo, la interculturalidad debe superar al multiculturalismo, porque éste al determinar que existe una sociedad impregnada de varios grupos culturales en una sociedad política singular, obliga de cierta manera a todos los miembros, hacia un monolingüismo y mono culturismo político, y esto condicionara su participación de modo efectivo en todos los procesos de la sociedad en una *“arena política compartida”* (Habermas, 1999).

Referencias

- Bartolomé, M.A. (2014). *Gente de costumbre y gente de razón*. México: Siglo XXI Editores.
- Habermas, J. (1999). *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós.
- Navarrete, L. (2008). Los pueblos indígenas de México. Pueblos indígenas del México contemporáneo. Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos

Indígenas.

http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/monografia_nacional_pueblos_indigenas_mexico.pdf [11 de diciembre de 2018].

- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 27 (1).
- Sandoval, M. (2003). Ciudadanía y juventud: el dilema entre la integración social y la diversidad cultural. *Última década. Cidpa Viña del Mar*, 19: 31-45.

Conflictos o diálogos interculturales en las representaciones sociales sobre salud enfermedad entre los saberes indígenas y occidentales

“Todo nuevo objeto social que nos atañe es representado y, al serlo, moviliza el sistema de representaciones pre-existentes y lo enriquece”
(Banchs, 1986, p.39).

Entre los objetivos internacionales y nacionales de los sistemas de salud se mantiene clara la idea, sobre la cobertura y acceso universal de todas las personas a los servicios y atención de la salud, así como la preeminencia de la salud como un derecho fundamental y universal, por ende, se insiste en el propósito para disminuir las grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos (Organización Panamericana de la salud OPS, 2008).

No obstante, cuando volteamos la mirada al pasado, observamos detenidamente el presente y hacemos una pausa para dar el paso hacia el futuro, podemos dar cuenta de las diversas realidades que se esconden entre las distopías y utopías de dichos objetivos. A este respecto, se observa que los objetivos para el acceso y cobertura universal, no solo son inalcanzables, sino que se convierten en un compendio de elementos que se unen para crear mayor fragmentación y exclusión de los también denominados “grupos minorías”.

En este sentido, podemos observar una especie de cartografía o geografía geolocalizada donde podemos insertar el libre acceso de las personas a los servicios básicos de la salud, por consiguiente, las fronteras territoriales desde esa visión centralizada de la salud, se ven desfavorecidas por estas políticas nacionales, y no solo se habla desde las interpretaciones y experiencias de los usuarios, sino desde las dimensiones sociales y posibilidades que se brindan a las instituciones y servidores públicos de la salud para ofrecer servicios con pertinencia cultural y aproximados a las necesidades básicas y fundamentales de salud de los pobladores.

Con respecto a estas dimensiones sociales de la salud, se puede apuntar que Oaxaca se enuncia como el primer Estado con mayor pobreza a nivel nacional (Coello, 2018). Por tanto, la carencia por acceso a los servicios de salud equivale a 15.9% de las personas y, quienes no tienen acceso a la seguridad social asciende a 77.9% de las personas (CONEVAL, 2016, en Mijangos, 2019).

Estos datos crudos nos muestran un severo problema social y económico, que se exacerba en problemas graves de salud y, más aún, de falta de acceso a servicios que les proveen atención y seguimiento de su estado de bienestar. Una posible explicación se puede demostrar a través de los espacios geoterritoriales entre los que se encuentra dividido el Estado de Oaxaca, lo que especifica que las ocho regiones que conforman el territorio oaxaqueño se encuentran totalmente esparcidos y marginados. A este respecto, se esperaría que la región de los valles centrales, que es la más próxima a la Ciudad fuera la más atendida, no obstante, los estudios exponen que la marginación de los pueblos de Oaxaca no está dimensionada por la distancia de éstos con relación a la Ciudad.

Por ejemplo, en el caso del Municipio de Tlacolula de Matamoros y, que corresponde a la cabecera de distrito de Quialana, se localiza a una distancia de 30 a 45 minutos de la

Ciudad; para el año 2016 Tlacolula contaba con 22 mil 545 personas (CONEVAL, 2016). Asimismo, según datos derivados de SEDESOL (2015), Tlacolula también se localiza en un grado medio de rezago social, y sólo el 38.8% de la población presenta carencia por acceso a los servicios de salud (Mijangos, 2019).

El estudio realizado en 2019 mostró que en Tlacolula existe una población de 7 035 personas de 18 años y más, prevaleciendo más mujeres que hombres, es decir, el 66.9% de su población se concentran en la categoría de 18 a 45 años que corresponde con la edad productiva y reproductiva de las personas. Con relación a la población afiliada, se observó que hay más personas no afiliadas a los servicios de salud (39%), en tanto, sólo el 30.5% es captada por el seguro popular. Finalmente, en la variable condición de actividad, la mayor parte de su población que corresponde con la edad productiva, se mantiene trabajando (55.9%). Sin embargo, cobran relevancia los datos correspondientes a la etiqueta quehaceres del hogar que se pronuncia como la segunda actividad más desarrollada por la población femenina, justo después de la condición de trabajo (Mijangos, 2019).

Esta situación subsume a las mujeres en un estado de mayor precarización laboral, mayor vulnerabilidad de daños a la salud y una peor condición de vida, sin embargo, tanto hombres como mujeres de estas comunidades se ven borrados de un espacio de cobertura que atiende y cuida de su salud. Esta posición de subalternidad, que como ya vimos en capítulos anteriores, se deriva de una categorización y representación social originada desde la época colonial y, más pre-colonial, desde las relaciones de poder construidas en y para la medicina occidental y, que son las que han trazado el camino de injusticias y desigualdades entre los diversos, "*los otros*".

En este tenor, podemos observar que los pobladores del Estado de Oaxaca, tanto usuarios como prestadores de servicios de salud, frente a estas condiciones geopolíticas de la

salud y, que comprenden, todas las desigualdades y dimensiones sociales, desarrollan y crean sus propias estrategias para la atención de su propia salud, así mismo, todas estas personas a través de estas polaridades y dimensiones construyen y transforman los sistemas de representación social sobre salud y enfermedad.

Muchas de estas representaciones de los pobladores se insertan en un simbolismo de cosmogonías y cosmovisiones pre-colonizadas, no obstante, otras se han transformado conforme a la interacción intersubjetiva que afecta los cuerpos durante la proximidad y el contacto y, otras más, se han modificado por la trayectoria de vida incrustada en un tiempo, espacio, historia y memoria (Albán, 2006).

A este respecto, la OPS reconoce que las cifras de mortalidad y morbilidad entre los territorios indígenas, específicamente de enfermedades infecciosas y prevenibles por vacunación y promoción de la salud, son más incidentes en estos espacios periféricos, incluyendo zonas marginadas de espacios urbanos, que en las zonas llamadas centros o Ciudades “desarrolladas”, además, la OPS añade que estas condiciones se ven agravadas por la discriminación, la desigualdad y todas las representaciones e imaginarios que existen dentro de los sistemas y prestadores de salud con relación a las poblaciones indígenas y marginadas; al final la OPS especifica que la inequidad en la salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios básicos en las zonas de población indígena, como Oaxaca, es evidente (OPS, 2008).

En este sentido, se puede comprender la magnitud y pertinencia de una sinergia entre los sistemas de salud indígena y el componente de los sistemas de salud estatales, tanto a nivel preventivo y comunitario, como a nivel de tratamiento y rehabilitación, con el objetivo de estrechar las brechas que alejan a las personas para gozar del derecho fundamental de la salud (OPS, 2008). A este respecto, se suman otras dimensiones, además de las estructurales

y funcionales y, que comprenden al carácter cultural, epistemológico y pluriversal de los pueblos.

En esta dirección, se habla de un posible enfoque intercultural de la salud, el cual promueve la convivencia con respeto y aceptación mutua de la cultura institucional médica y las diversas culturas tradicionales e indígenas, incluyendo los conflictos y diálogos de saberes y, por tanto, debe contar con la colaboración estrecha de los actores sociales, el personal de salud, la familia, la comunidad y los líderes comunales (OPS, 2008).

En lo que respecta a la dimensión cultural, primero corresponde discernir entre los diversos significados y connotaciones sobre el propio concepto. Como refiere Eagleton (2001), la palabra cultura desde el año 1960 ha presentado un giro conceptual, por tanto, ahora ya no representa lo que siempre se pensó. Es decir, desde el análisis de Eagleton, la cultura ahora significa la afirmación de identidades específicas, nacionales, sexuales, étnicas, regionales, en vez de su superación o trascendencia (2001).

Esto significa que la cultura previamente se entendía como un ámbito de consensos u organización y, actualmente se reconfigura para representar un campo de batalla o de disensos, por tanto, ahora la cultura se convierte en el propio problema de todos los conflictos, incluyendo, el conflicto político y cultural para la identidad, reconocimiento y redistribución de la salud como un derecho (Eagleton, 2001).

En esta conceptualización de la cultura como campo de batalla, podemos apreciar múltiples identidades (comunidades científicas y tradicionales; médicos occidentales y médicos tradicionales), diversidades muchas como realidades (desigualdad, pobreza, marginación), por ende, vemos en este espacio de batalla, las diversas luchas por los derechos de las minorías y grupos subalternos, así como los otros paradigmas que permitan una mejor comprensión de los fenómenos culturales y epistemológicos de la salud (Jameson, 1996).

Asimismo, esta construcción cultural de campo de batalla, abre los horizontes epistemológicos sobre los modos de producción dominantes y, de cómo en esta batalla, se estimulan las señales por el control de los significados producidos y reproducidos, entre otros de la cultura, pero también de lo occidental (Lamus, 2006). Como refiere Lamus (2006) ...

“En este contexto, la cultura, entendida en su sentido de producción, circulación y apropiación de nuevas formas de lo simbólico, lo imaginario y lo subjetivo es, actualmente, la función dominante de las relaciones de producción (...) la cultura y la vida social están estrechamente unidas, pero ahora a través de la estética de los productos del mercado, la política como espectáculo, el estilo de vida consumista, la influencia de la imagen y la integración definitiva de la cultura en la producción global del mercado” (p.42).

Desde esta mirada, podemos observar en las diversas formas de producción, diversas culturas y, en cada cultura, una forma de producción de conocimientos que hace posible pensar en “otras lógicas”, en “otras alternativas distintas” y, que precisamente, no siempre es posible generarla dentro de la producción y reproducción académica del conocimiento (Albán, 2006).

Es así que, la cultura también se convierte en un territorio de disensos y conflictos, pero también de encuentros y diálogos que permitan imaginar un sistema de salud más accesible y equitativo para todas las personas. Desde esta perspectiva, la importancia del lugar en el tipo de producción de conocimientos adquiere su trascendencia, porque permite establecer el marco de tensiones que se dan en este contexto de las dinámicas producidas por el mito y proceso de la modernidad (Albán, 2006).

Entonces, para poder hablar de un posible proceso intercultural, cobra relevancia la pregunta que nos hace Palermo (2001) *“¿podemos pensar en pensar de otra manera si no están dadas las condiciones para simplemente pensar?” (p.97)*. La respuesta desde una

representación occidentalizada sería que no es posible pensar en otra lógica de pensamiento, simplemente porque las condiciones de cientificidad no aprueban dichos saberes, por tanto, pensar de otra forma se calificaría como pensar y actuar de forma irracional.

En esta lógica, pensar de otro modo significa desigualdad, discriminación e imposibilidad o prohibición desde el marco epistemológico y representativo. A este respecto, mirar desde otro lente las diversas realidades se aprecia como un desquicio, un retraso del pensamiento o, más patologizado, como una anomalía del coeficiente intelectual. Entonces las preguntas surgen como erupción volcánica, ¿desde dónde es válido construir conocimientos?, ¿quiénes tienen la legitimidad para ser productores de conocimientos? ¿las formas en que conocen los indígenas no son apropiadas?, ¿si los conocimientos médicos tradicionales han ayudado a los indígenas a mantener su salud, se invalidan porque no están comprobados por la ciencia? y ¿si la medicina tradicional no está aprobada científicamente, por qué la medicina occidental promueve ciertos tratamientos tradicionales?

Evidentemente las preguntas no poseen respuestas binarias, sin embargo, dichos cuestionamientos nos encaran al enfrentar el tema de las culturas, porque justamente damos cuenta de categorizaciones y jerarquizaciones culturales, las cuales han primado un pensamiento lógico occidental dentro de la representación social y simbólica del conocimiento médico, por tanto, el velo que nos han interiorizado, es de tal magnitud que nos impide ver y reconocer otras maneras de sentir y asumir el mundo (Albán, 2006).

Como se abordaron en los capítulos anteriores, el velo impregnado y reproducido por la modernidad ha construido múltiples y diversas dualidades, por ejemplo, la dicotomía entre conocimiento y saber adquiere su propia jerarquía desde la enunciación de ambos términos, como refiere Foucault “*el contenido tiene una forma y una sustancia, un sentido totalmente*

distinto, porque justo se trata de una nueva distribución y objeto de enunciación” (1990, p.75).

En esta dirección, el conocimiento muestra una mayor jerarquía con respecto al saber, porque el primero se enuncia como el estatuto de cientificidad, en tanto el segundo, solo se considera como un producto de las comunidades consideradas no civilizadas o desarrolladas o; en términos de Lander (2002), el lenguaje médico dominante se gestó desde un único *locus de enunciación* (el de los colonizadores europeos y actualmente norteamericanos) como fuente del conocimiento médico legítimo.

Este sistema jerarquizado de representación sobre el conocimiento, ha permeado una visibilización negativa de otras maneras de pensar la medicina y, esto, ha oscurecido la posibilidad de reconocer a las comunidades indígenas como productoras de conocimientos sobre salud y enfermedad y, el cuerpo en general, por consiguiente, el mundo ha reducido los conocimientos de las comunidades a la categoría de *folklore* o la cultura. Consecuentemente, los conocimientos médicos indígenas quedan deslegitimados, ahistorizados y apolítizados, olvidando así, sus trayectorias, resistencias y luchas para mantenerse vivos en este mundo que los oprime y excluye (Albán, 2006).

Sin embargo, se trae a colación el último cuestionamiento que trata sobre la promoción de prácticas y tratamientos tradicionales por parte de los profesionales de la salud. En el caso del Estado de Oaxaca y, más específicamente, en la comunidad de Quialana durante las primeras visitas realizadas a la población, se podía observar que en las consultas médicas se recomendaba a los usuarios, además del consumo adecuado de los medicamentos, el uso de ciertos tés y prácticas tradicionales heredadas por los ancestros.

Asimismo, en los consultorios y servicios de enfermería durante la aplicación de las vacunas a los niños, se puede leer en el lenguaje de los/as enfermeras/os, que recomiendan a

las madres el uso de la papa congelada sobre el sitio de la inyección para aminorar el dolor de los bebés, así también, sugieren a los familiares el baño de los pequeños con lechuga para disminuir la posible febrícula y conciliar el descanso y comodidad.

A este respecto, los intersticios en la reproducción del conocimiento académico quedan abiertos al debate, pensando que las trayectorias de vida de estos profesionales insertos en una vida y espacio, como lo es el territorio oaxaqueño, se imponen como un hecho y contexto social que moviliza imaginarios y reconfigura representaciones y comportamientos sociales con relación a la salud y la enfermedad (Noboa, 2006).

Tal y como señala Denise Jodelet (1984), las representaciones sociales *“concernen a la forma en la que los sujetos aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, las informaciones, el conocimiento de “sentido común” o bien el “pensamiento natural”, en oposición al conocimiento científico”* (p.469).

Por tanto, este conocimiento y representación social sobre la salud y la enfermedad se constituye a partir de la experiencia médica adquirida en el interior de la comunidad académica y del campo profesional, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben, transmiten y transforman a través de la tradición familiar, comunitaria, territorial, contextual y la comunicación social (Noboa, 2006).

En este sentido, se entiende y comprende que el proceso de hibridación de conocimientos y culturas adquiridas en los profesionales de la salud, se obtiene porque el profesional, previamente a objetivar los conocimientos médicos profesionales y universitarios, tuvo una historia de vida inserto en un contexto cultural y, posiblemente comunitario e indígena, el cual le ofreció comprender un mundo por fuera de las lógicas occidentales, las cuales le permitían obtener la salud a través de prácticas tradicionales en las

que la propia comprobación de los tratamientos estaba experimentado en su propio cuerpo y afectividad.

Esto corresponde con lo que algunos médicos y enfermeros contaban durante la primera observación y visita a la comunidad, por ejemplo, la médica responsable del centro de salud comunitario recordaba que cuando ella enfermaba, su madre le daba algunos tés para disminuir la fiebre o el dolor y, también señalaba que esos remedios siempre le surgían efectos en su cuerpo porque lograban su estabilidad física, pero también estabilidad emocional a través de los cuidados de su madre.

A este respecto, se puede observar que las recomendaciones de estas prácticas por parte del personal de la salud están evidenciadas a través de la propia experiencia, por tanto, no han necesitado del método científico para comprobar dichos saberes, porque su propia corporalidad les ha dado la legitimidad suficiente para recomendarlas. Así, este conocimiento es, en muchos aspectos, socialmente elaborado y compartido entre la comunidad científica de la salud.

Por otro lado, dentro de la comunidad de Quialana también se podía observar esta transformación e hibridación de las representaciones sociales sobre las culturas y saberes médicos, porque algunos quialanenses argumentaban que el uso de las vacunas había disminuido la mortalidad entre los niños de la comunidad, por tanto, ellos durante los primeros encuentros que tuvimos siempre mostraban su aceptación hacia el uso de estas prácticas médicas, las cuales transmitían y recomendaban socialmente por la experiencia obtenida a través de la historia de las epidemias, así como la emanada por la propia experiencia familiar.

En este sentido, la dimensión histórica se muestra como un elemento clave que no se debe dejar al tintero para la interpretación y comprensión de las representaciones sociales,

así como de los posibles procesos interculturales de saberes y tradiciones, siempre atendiendo que, las representaciones sociales sobre salud y enfermedad no son estáticas, por lo que se encuentran en permanente construcción debido a su interacción constante entre los actores sociales, además, sus dinámicas se corresponden con la de cada grupo social, cada historia, cada contexto y a su vez con las condiciones dadas por el mundo social en el cual se insertan (Yañez, 1990, en Noboa, 2006).

De allí que las construcciones simbólicas individuales y colectivas, se constituyen en elementos conceptuales y materiales que las personas utilizan para interpretar el mundo y los procesos de salud/enfermedad, por tanto, para reflexionar sobre su propia situación de salud y la del resto de las comunidades, así también, para determinar el alcance y la posibilidad que la acción histórica ofrece para entablar diálogos interculturales que permitan pensar un mundo más justo y equitativo, donde la subalternidad se transforme en alternativas diversas y asequibles (Vasilachis, 1997).

En este sentido, resaltar la presencia de las culturas y conocimientos generados en cada una de ellas en torno a los saberes sobre salud y enfermedad, también permite reconocer la invisibilización o visibilización negativa que ha borrado la presencia socio-cultural, económica y política de los pueblos indígenas y grupos profesionales de la salud instaurados en las periferias territoriales, porque como asevera Mignolo (2000) en la historia colonial ha existido una repartición geográfica y política de los saberes y poderes en el orden mundial a la que se denomina lógica geopolítica del conocimiento, poder y ser, desde la cual se enuncian y validan los conocimientos y el poder, pero también desde donde se construyen epistemologías dominantes que desconocen y deslegitiman otras epistemes, incluyendo, saberes médicos mexicanos, o más aún, oaxaqueños o locales.

Referencias

- Albán, A.A. (2006). Conocimiento y lugar: más allá de la razón hay un mundo de colores. En Albán, A.A. *Tejiendo textos y saberes. Cinco hilos para pensar los estudios culturales, la colonialidad y la interculturalidad*. Colombia: Editorial Universidad del Cauca.
- Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de Psicología*: 8-9.
- Coello, R. (2018). Pobreza ataca a la población en Oaxaca (México). Nota de HispanTV nexos latino. <https://www.hispanTV.com/noticias/mexico/390853/informe-sedesol-pobreza-poblacion-oaxaca>
- Consejo Nacional de evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). Medición de la pobreza. México: CONEVAL. www.coneval.org.mx
- Eagleton, T. (2001). *La idea de la cultura. Una mirada política sobre los conflictos culturales*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Jameson, F. (1996). *Teoría de la postmodernidad*. Barcelona: Trotta.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. México: Paidós.
- Lamus, C.D. (2006). La cultura como lugar en/de disputa semiótica y política: la (im) pertinencia de los estudios culturales para el pensamiento crítico latinoamericano. En Albán, A.A. *Tejiendo textos y saberes. Cinco hilos para pensar los estudios culturales, la colonialidad y la interculturalidad*. Colombia: Editorial Universidad del Cauca.

- Lander, E. (2002). *Reflexiones en torno al proceso colonizador y las características de la educación universitaria en el Ecuador, en Universidad Intercultural de las nacionalidades y pueblos indígenas*. Quito: AWAUTAI WASI, boletín ICC-RIMAY, 2 (19): 12-13.
- Mignolo, W. (2000). *Diferencia colonial y razón postoccidental, en la reestructuración de las ciencias sociales en América Latina*. Bogotá: Pensar.
- Mijangos, F. K. (2019). Afiliación a los servicios de salud en función del sexo, edad y actividad en dos municipios de Oaxaca. *Rev. salud problema*, 13 (26): 28-38.
- Noboa, V.P. (2006). Representación del corpus de la naturaleza. De la pre a la postmodernidad. En Albán, A.A. *Tejiendo textos y saberes. Cinco hilos para pensar los estudios culturales, la colonialidad y la interculturalidad*. Colombia: Editorial Universidad del Cauca.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión intercultural para los pueblos indígenas de las Americas. Componente comunitario de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)*. Washington: OPS.
- Palermo, Z. (2001). Políticas académicas y conflictos del saber: desafíos en la periferia. En comentario internacional, N.2, Tema central: Geopolíticas del conocimiento. Quito: Corporación editora nacional, Universidad Andina Simón Bolívar.
- Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) (2015). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017: Ocotlán de Morelos, Oaxaca. Oaxaca: Diario Oficial de la Federación. http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2017/Oaxaca_068.pdf

- Vasilachis, G.I. (1997). *La construcción de representaciones sociales. Discurso político y prensa escrita*. Barcelona: Gedisa.
- Yañez, C. (1990). *Representaciones y conceptos estructurantes*. Quito: Abya Yala.

Interculturalidad y ecología de saberes en las representaciones sociales sobre salud/enfermedad.

“La gran noche en que estuvimos sumergidos,

Hay que sacudirla y salir de ella.

El nuevo día que ya se apunta

Debe encontrarnos firmes,

Alertas y resueltos” (Franz Fanon).

En una aproximación gramática al término de política cultural, la interculturalidad se alude como una propuesta política y de salud que enfatiza y visibiliza las interacciones entre identidades diversas, desiguales y asimétricas. En este sentido, la interculturalidad no sólo reconoce las identidades culturales, sino que promueve la interacción, el intercambio y la hibridación de las mismas (Dietz, 2009).

Por tanto, la política cultural surge de ese desvanecimiento de las fronteras trazadas por las divergencias pos-estructuralistas. En este entender, se especifica que las divergencias desarrolladas en el interior de las políticas sanitarias, la promoción de la salud y las diversas maneras de abordar a los cuerpos enfermos, se han dado a partir de concepciones culturales dominantes que han definido las estructuras, instituciones y políticas y, que han invisibilizado otras prácticas culturales cotidianas como terreno y fuente de prácticas políticas (Lamus, 2006).

En este tenor, dicha representación social sobre salud y enfermedad en las sociedades de México y, específicamente en Oaxaca, involucra un proceso colectivo e incesante de

producción y reproducción de significados, significantes y referentes que moldean y transforman las experiencias de estar sano o enfermo, así como de las diversas relaciones sociales que se construyen al respecto (Lamus, 2006).

Desde esta connotación intercultural, se proponen acciones orientadas a cuestionar el orden social, simbólico, cultural, económico y político dominante en relación con las teorías y prácticas médicas. A partir de estas premisas, el dialogo intercultural e intercientífico se hace preciso para para determinar y analizar el *locus de enunciación* y los diversos significados desde dónde se definen, edifican y modifican los saberes, poderes y formas de ser y relacionarse (Lamus, 2006).

A este respecto, Dietz (2011) señala que estos procesos o modelos interculturales deben ser heurísticos y tipológicos, para no yuxtaponer una cultura de saberes sobre otra, tal y como ha sido el proceso de subalternidad originado y reproducido desde la colonización. Así mismo, el modelo intercultural evita primar lo comunal y lo intercultural o, lo endógeno y exógeno sobre otras dimensiones; sino que se trata de que estas variables se interrelacionen como “tipos ideales”, o soluciones a las constantes contradicciones, tensiones y conflictos culturales, normativos y políticos.

En este sentido, el modelo intercultural que Dietz ofrece desde la educación, pero que puede ser totalmente aplicable para el campo de la salud, es una aproximación práctica explícitamente dialógica, porque permite combinar recursos intra-culturales (construidos en el interior de una cultura, pero que contiene diversas realidades y conocimientos) e interculturales (interacción e intercambio entre dos o más culturas de saberes). Desde esta mirada, el proceso intercultural permite un intercambio comunicativo que trasciende más allá de la transmisión de mensajes, por consiguiente, se centra en la escucha activa, el intercambio y la negociación de contenidos (Dietz, 2011).

En esta línea, el poder de la interpretación, así como la apropiación e invención activas del lenguaje, se convierten en herramientas cruciales para el desarrollo de este modelo y, más propiamente, de la praxis dialógica intercultural, la cual busca la visibilidad, el reconocimiento, la redistribución y la representación de todos los puntos de vista y las acciones que marcan otro horizonte de sentido, ajeno a los discursos y prácticas hegemónicas, patriarcales y colonizadas (Escobar, 2001).

Así, el orden cultural y político dominante sobre los significados de sanar y enfermar quedan desmitificados y desanclados de la representación colonizada por la modernidad. Por tanto, la cultura también se convierte en un elemento político, porque desafía todas las prácticas dominantes, excluyentes y multiculturalistas de saberes médicos, por ende, se transforma en un elemento que busca la reconfiguración, re significación y regularización de identidades, sentidos, definiciones, prácticas y balances de poderes y saberes en la sociedad (Lamus, 2006).

Retomando a Dussel (2001), el enfoque intercultural engloba un tipo de factibilidad ética de reproducción y desarrollo de los sistemas de significados de la salud y de conocimientos de sentido común de todos los miembros de los estados periféricos como Oaxaca, y de las culturas destruidas e invisibilizadas por la historia y la moral. En este tenor, la ética propuesta por Dussel, es la que debe dignificar a todos los sectores poblacionales, sean profesionales o no, creando así, una autovaloración que cobre sentido.

Esta ética debe fundamentarse en el auto-reconocimiento de los sujetos de derecho e identificados en una cultura de saberes, la cual también amerita el reconocimiento nacional, la representación y participación política y social; logrando de este modo, el status de comunidades científicas, autónomas y de saberes médicos con lenguajes y formas de

organización, producción y reproducción social y científica multi-versas, pero complementarias en su colaboración e interacción política y social (Albán, 2006).

Desde esta mirada ética, inclusiva y des(occidentalizada) se construyen lógicas enmarcadas en los principios de solidaridad, propiedad colectiva, justicia social comunitaria, ecología de saberes, responsabilidad social y una concepción privilegiada del significado de la salud como bien vivir, bien común y ecodependencia centrada en el valor de la vida fuera de las lógicas materializadas, cosificadas y capitalizadas del cuerpo (Albán, 2006).

Asimismo, esta mirada intercultural y des(occidentalizada) permite re-pensarnos en nuestras identidades y comunidades profesionales, las cuales se sustentan en un conocimiento científico, válido y funcional, pero también, nos compromete a cuestionar el *locus de enunciación*, las lógicas en las que se ha materializado la medicina occidental, la cobertura, accesibilidad y aplicabilidad de las epistemologías occidentalizadas en los pueblos latinoamericanos. De esta forma, también nos permite entender y atender los fallos y desplazamientos epistemológicos que transgreden otras epistemes y formas de ser culturales.

No obstante, las representaciones culturales, tradicionales e indígenas sobre significados y prácticas de salud y enfermedad, también deben ser replanteadas y resignificadas a partir de elementos transfronterizos que atraviesen la factibilidad ética del conocimiento, la política cultural y el intercambio de saberes dignificados y, que promuevan el acceso justo y equitativo a la salud de toda su población.

En este sentido, como refiere Dussel (2001), el enfoque intercultural nos concede negar la irracionalidad de la violencia producida por el mito de la modernidad y, de esta forma afirmamos la "*la razón del otro*". Razón que hemos negado por la construcción de representaciones sociales basadas en la modernidad, las cuales, nos entierran en una forma de pensar, conocer y actuar, por ende, desenterrarnos de ellas suele ser utópico y complicado,

sin embargo, re-pensarnos en otras dimensiones de la realidad, crea espacios que permiten el reconocimiento epistemológico de otros saberes y formas de conocimiento, como una condición inevitable y justa para las comunidades y sectores sociales que han quedado silenciados, borrados y transgredidos por los discursos hegemónicos, llámese comunidad profesional o no profesional de saberes sobre salud y enfermedad.

Consideraciones finales

La propuesta desde un enfoque intercultural de la salud, es una epistemología que merece la pena analizar y re-pensar con detenimiento y escrutinio crítico, así como plantear la interculturalidad como un escenario político de negociación de conocimientos e irrupción de una episteme incluyente, atendiendo a las posibilidades y a las capacidades para establecer, desde las divergencias y convergencias culturales y epistemológicas, un diálogo que haga posible la coexistencia de mundos distintos donde la conflictividad, el juego y relaciones de poder y el posicionamiento deben ser pasados por el tamiz de la reflexión consiente del rol que cada uno de los actores y cada uno de los sectores humanos juegan en la constitución de la sociedad, en condiciones de equidad y justicia social (Albán, 2006).

En este sentido la propuesta intercultural de salud, se convierte en un escenario de legitimación de los diversos conocimientos y saberes sobre salud y enfermedad, así como las representaciones y prácticas culturales de comunidades profesionales y no profesionales históricamente marginadas, desconocidas y con posibilidades reducidas de que sus individuos puedan acceder con pleno derecho y justicia a los sistemas de salud, así como para encontrar en estas interacciones y sistemas, la afirmación de sus identidades, así como diversas opciones para reivindicar su reconocimiento y representación (Albán, 2006).

Referencias

- Albán, A.A. (2006). Conocimiento y lugar: más allá de la razón hay un mundo de colores. En Albán, A.A. *Tejiendo textos y saberes. Cinco hilos para pensar los estudios culturales, la colonialidad y la interculturalidad*. Colombia: Editorial Universidad del Cauca.
- Dietz, G. (2009). *El paradigma de la diversidad: tesis para el debate educativo*. En IX Congreso Nacional de Investigación Educativa: Conferencias magistrales. México: Consejo Mexicano de Educación Investigativa, A.C.
- Dietz, G. (2011). *Comunidad e interculturalidad entre lo propio y lo ajeno hacia una gramática de la diversidad*. En Seminario de investigación Política, Educación e Interculturalidad. Cuernavaca Morelos: CRIM/UNAM.
- Dussel, E. (2001). *La globalización y las víctimas de la exclusión: desde la perspectiva de la ética de la liberación, en su hacia una filosofía política crítica*. Bilbao España: Desclée de Brouwer.
- Escobar, A. (2001). *Política cultural y cultura política*. Bogotá: Taurus, Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- Lamus, C.D. (2006). La cultura como lugar en/de disputa semiótica y política: la (im) pertinencia de los estudios culturales para el pensamiento crítico latinoamericano. En Albán, A.A. *Tejiendo textos y saberes. Cinco hilos para pensar los estudios culturales, la colonialidad y la interculturalidad*. Colombia: Editorial Universidad del Cauca.



Fuente: Creando horizontes. Mijangos, F.K., 2020.

IV.- RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Participantes

El estudio se realizó en la comunidad de San Bartolomé Quialana, Oaxaca México. Para la primera fase del análisis se integró una muestra propositiva de 20 profesionales de la salud (10 mujeres y 10 hombres) y 20 usuarios de Quialana (10 mujeres y 10 hombres). La descripción de la muestra se describe en la tabla 8 y 9.

Tabla 8: Datos sociodemográficos Profesionales de la salud

Datos Sociodemográficos Profesionales de la Salud		
Sexo	Hombres	10
	Mujeres	10
Edad hombres	29 años	1
	30 años	3
	37 años	1
	38 años	1
	42 años	2
	45 años	1
	55 años	1
Edad mujeres	25 años	1
	27 años	1
	30 años	2
	33 años	1
	42 años	4
	49 años	1
Escolaridad Hombres	Especialistas	10
Escolaridad Mujeres	Licenciatura	8
	Técnico	2
Ocupación Hombres	Médico especialista	10
Ocupación Mujeres	Auxiliar de Enfermería	5
	Enfermera General	5
Lugar Nacimiento Hombres	Oaxaca	5
	Fuera de Oaxaca	5
Lugar Nacimiento Mujeres	Oaxaca	9
	Fuera de Oaxaca	1

Tabla 9: Datos sociodemográficos Usuarios Quialana

Datos Sociodemográficos Usuarios Quialana		
Sexo	Hombres	10
	Mujeres	10
Edad hombres	9 años	1
	15 años	1

	17 años	1
	24 años	1
	29 años	1
	39 años	1
	45 años	1
	47 años	1
	64 años	1
	81 años	1
Edad mujeres	26 años	1
	27 años	1
	28 años	2
	29 años	1
	30 años	1
	32 años	1
	40 años	1
	44 años	1
	52 años	1
Escolaridad Hombres	Básico	8
	Licenciatura	1
Escolaridad Mujeres	Básico	7
	Técnico	1
	Licenciatura	2
Ocupación Hombres	Estudiante	2
	Campo	3
	Municipio	1
	Transporte colectivo	2
	Otro	2
Ocupación Mujeres	Auxiliar de Enfermería	1
	Municipio	2
	Comerciante	3
	Artesana	1
	Otro	3
Lugar Nacimiento Hombres	Quialana	10
Lugar Nacimiento Mujeres	Quialana	10

Tabla 10: Datos sociodemográficos Profesionales entrevistados

Nombre	Edad	Lug. Nac.	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
María (Prof.1)	43a	Ciudad de Oaxaca	Licenciatura en medicina	Médica general	Casada
Laura (Prof.2)	27a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Técnica en enfermería	Auxiliar enfermería	de Soltera
Elena (Prof.3)	27a	San juan Guelavia Oaxaca	Licenciatura en enfermería	Auxiliar enfermería	de Soltera

Esmeralda (Prof.4)	51a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Técnica en enfermería	(Jubilada auxiliar de enfermería)_ Ama de casa	Casada
Nancy (Prof.5)	65a	San Sebastián Etla, Oaxaca	Maestría	(jubilada enfermera general)_Supervisora de prácticas enfermería	Soltera
Fernando (Prof.6)	50a	Tlacolula Oaxaca	Licenciatura en medicina	Médico general	Casado
Francisco (Prof.7)	38a	Santiago Jamiltepec Oaxaca	Técnico en Enfermería	Auxiliar de enfermería	Soltero

Tabla 11: Datos sociodemográficos Usuarios Quialana entrevistados

Nombre	Edad	Lug. Nac.	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
Basilía	90a	San Bartolomé Quialana	Segundo Primaria	Ama de casa (Descanso)	Viuda
Juana	32a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Telesecundaria	Artesana, agricultora y comerciante	Casada
Pedro	80a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Primero Primaria	Agricultor	Casado
Jorge	67a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Telesecundaria	Puesto municipal	Casado
Eleuterio	35a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Telesecundaria	Albañil	Soltero
Carlos	25a	San Bartolomé Quialana Oaxaca	Telesecundaria	Albañil	Casado

Análisis estructural o procesual

Rs enfermedad

Análisis procesual: El contenido de las RS de enfermedad. En la tabla 12 y 13 se presentan las categorías encontradas en el análisis de las palabras obtenidas en los listados libres para las RS de enfermedad.

Tabla 12: Categorías de Enfermedad en profesionales de la salud

Categoría	Definición	Frecuencia	(%)
Conocimientos biomédicos sobre enfermedades	Se refiere a todos los aspectos biomédicos relacionados con el término de enfermedad	5	9.8%

Emociones y espiritualidad	Son todos los aspectos que asocian la enfermedad con un componente emocional y/o espiritual	10	19.6%
Procesos somáticos	Hace referencia a los signos y síntomas que se presentan en una enfermedad	7	13.7%
Desigualdades sociales	Término empleado para asociar a las enfermedades con dimensiones sociales de la enfermedad	10	19.6%
Aspectos culturales	Son los procesos de enfermedad que se manifiestan como representaciones asociadas a la cultura de las personas	5	9.8%
Hábitos	Son las prácticas desarrolladas por las personas en su cotidianidad y que puede estar relacionadas con procesos de enfermedad	14	27.5%
		51	100%

Para los profesionales de la salud, la enfermedad se encuentra más asociada a los **hábitos** que tienen las personas dentro de los cuales se ubican: malos hábitos, desinterés y/o falta de apego a las indicaciones médicas, mala alimentación, inactividad física y/o sedentarismo, falta de higiene corporal y del sueño, prácticas equivocadas y exposición a enfermedades, falta de aplicación de vacunas, consumo de sustancias tóxicas, falta de tiempo para prevención, falta de amor propio, excesos/juventud y prevención de accidentes. Cabe mencionar que las respuestas van más enfocadas a las personas que atienden en sus consultas u hospitales, más a que su propia corporalidad que manifiesta enfermedad.

En igual frecuencia se ubican las categorías de **desigualdades sociales** (nivel socioeconómico bajo, baja cobertura de atención médica, analfabetismo, distanciamiento geoterritorial, violencia, pobreza/desnutrición/improductividad/hambruna, exposición a biomasa, economía/pago de medicamentos, ignorancia y carencia) y **emociones y/o espiritualidad** (enojo, depresión/alteración del estado de ánimo, tristeza, preocupación, estrés, ansiedad, sentimientos afectados como un todo, duelo/pérdida, aislamiento social, angustia, solidaridad/unión, temor e insomnio).

Los **procesos somáticos** (dolor, fiebre, infecciones, calosfríos, náuseas, deterioro, desgaste, muerte, incapacidad, molestias, llanto, fatiga, etc.) permanecen moderadamente presentes en la representación de la enfermedad. Finalmente, en menor proporción se localiza **conocimientos biomédicos** (tipos/origen, tratamiento y manejo, resolución, antecedentes heredofamiliares, medicina basada en evidencia y estadística, formación y actualización del conocimiento, hospital y ambulancia) y **aspectos culturales** (costumbres, machismo, mala higiene/actividad de limpieza, ideas o creencias de las personas, renuencia a la consejería, acumulo de basura).

Tabla 13: categorías de Enfermedad en Usuarios de Quialana

Categoría	Definición	Frecuencia	(%)
Conocimientos biomédicos sobre enfermedades	Conocimientos asociados a la información recibida por el sector salud	11	23.4
Emociones y/o espiritualidad	Son todos los aspectos que asocian la enfermedad con un componente emocional y/o espiritual	6	12.8
Procesos somáticos	Hace referencia a los signos y síntomas que se presentan en una enfermedad	10	21.3
Aspectos culturales	Son los procesos de enfermedad que se relacionan con elementos que representan la cultura de las personas	7	14.9
Hábitos	Son las prácticas desarrolladas por las personas en su cotidianidad y que puede estar relacionadas con procesos de enfermedad	8	17
Desigualdades sociales	Término empleado para asociar a las enfermedades con dimensiones sociales de la enfermedad	5	10.6
		47	100%

En los usuarios de Quialana el principal elemento de representación se localiza en los **conocimientos biomédicos** (vacunas/inyecciones, medicina/recetar/curar, hospital/lugar de atención, pastillas/medicamentos, médicos/doctores, instrucciones médicas, reposo, emergencia/traslado, tratamiento/recomendaciones, virus/bacterias/epidemia/pandemia, enfermera, consultas, personal de salud). Aquí se puede ver claramente que los quialanenses

tienen fuertemente asociado el concepto de enfermedad con todos los procesos biomédicos, así como con todas las prácticas e instrumentos que de ellos se derivan.

Sumado a los profesionales de la salud, también los usuarios de Quialana relacionan el término enfermedad con **procesos somáticos** (dolor, muerte/gravedad, diabetes, cáncer/tumores, presión-alta, fiebre/gripa/resfriado/tos, dolor de cabeza, muscular, corporal, azúcar, diarrea y embarazo). Cabe resaltar que muchos de los síntomas que ellos representan con el término de enfermedad, se asocia con las enfermedades más comunes en el pueblo, así como los tumores, los cuales ellos clasifican como una enfermedad grave y/o mortal.

Dentro de la categoría de **hábitos** (falta de responsabilidad del cuidado, alimentación insana, juventud/transformación alimentación, falta de autocuidado/accidentes, cuidados/ropa y limpieza/contagio, falta de revisiones/chequeos, productos procesados/no naturales, falta de atención médica), ellos asocian que la enfermedad es buscada por la propia persona debido a una falta de autocuidado y cuidado del otro. Asimismo, los **aspectos culturales** (ubicación mundial, enfermedades incurables, auto-reflexión de la existencia de las mismas, provocado/enviado/gobierno, ambiente/frío/calor/desinformación, unión/solidaridad/apoyo, vejez/adulto/enfermo), se encuentra moderadamente presentes en su representación social sobre enfermedad.

Con base en la categoría de **emociones y/o espiritualidad** (tristeza, superación enfermedad/autosuperación, horrible/incertidumbre, familia, ya no se es la misma persona, aislamiento social, vivir la vida/sufrimiento, estado emocional/desequilibrio) habla de aspectos que tienen que ver con la pérdida del sentido de la vida, una superación que engloba a la familia y causa desequilibrio a todos.

Finalmente, la categoría de **desigualdades sociales** (médicos/falta de atención en la comunidad y falta de dinero/chequeo) destaca porque los indígenas de Quialana especifican

la falta de personal médico en el interior de la comunidad, por tanto, esto limita la falta de acceso a estos servicios, así como la carencia de dinero para acudir a realizarse chequeos médicos a través de una atención privatizada.

Análisis prototípico: núcleo central y sistema periférico de las RS de enfermedad

En el prototipo de las RS, los elementos hipotéticamente centrales son aquellos que son más frecuentes y evocados en los primeros lugares de la lista de palabras. A continuación, se presentan los prototipos (frecuencia x rango de evocación) de las RS del concepto de enfermedad en profesionales de la salud y usuarios indígenas de Quialana, Oaxaca (ver tabla 14 y 15)

Tabla 14: Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la RS de Enfermedad en Profesionales de la salud

	Rango* < 2.81	Rango* > 2.81
Frecuencia ≥ 4	Tristeza 4 (2.0) Higiene 4 (1.7)	Estrés 5 (3.0)
Frecuencia < 4	Hábitos 2 (2.5) Pobreza 2 (2.5) Escolaridad 2 (2.5) Costumbres 2 (2.5) Sedentarismo 2 (2.0) Hospital 2 (1.5) Dolor 2 (1.5) Obesidad 2 (1.0)	Drogas 3 (3.3) Irresponsabilidad 3 (2.6) Dieta 2 (4.5) Economía 2 (3.5) Ignorancia 2 (3.5) Depresión 2 (3.5) Muerte 2 (3.5) Medicamentos 2 (3.5) Desinterés 2 (3.0)
*Rango promedio 2.81 50 % de evocaciones totales		

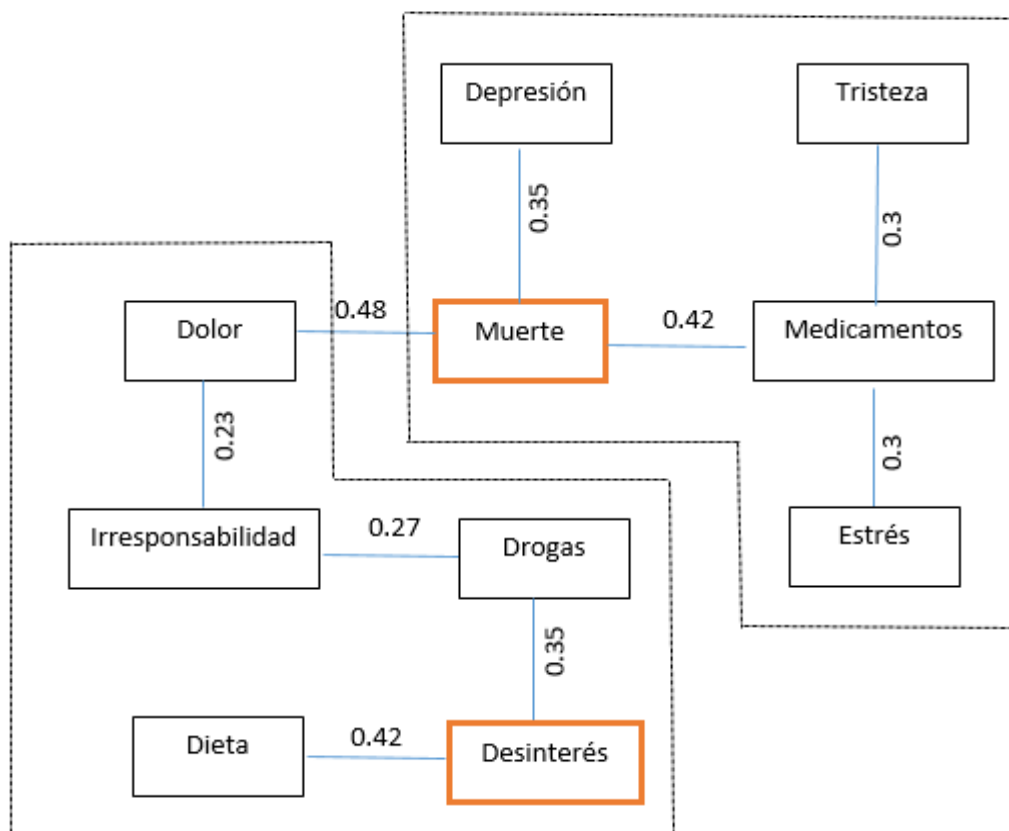
En las RS de enfermedad en los profesionales de la salud, el rango de evocación retenido fue del 50%, el cual puede traducirse bajo dentro del rango promedio, sin embargo, se cree que la gran diversidad que existe entre los profesionales pudo haber creado una diferencia muy marcada de las palabras que más representan el término entre ellos. El rango promedio fue de 2.81. Los términos ubicados en una frecuencia alta (≥ 4) y un rango bajo (≤ 2.81) son los que contienen al núcleo central de las RS de enfermedad: 1) tristeza y 2) higiene. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (< 4) y rango alto (> 2.81)

son considerados parte del sistema periférico de las RS, se caracterizan por estar determinados por la genealogía e historia de vida de las personas, así como por sus experiencias particulares, además se considera que estos elementos pueden ser modificables por los sujetos: 1) drogas; 2) irresponsabilidad; 3) dieta; 4) economía; 5) ignorancia; 6) depresión; 7) muerte; 8) medicamentos y; 8) desinterés. Asimismo, los términos localizados en el cuadrante (≥ 4) y un rango alto (> 2.81) se clasifican como la primera periferia del núcleo central, por tanto, se considera que es el elemento que puede fundamentar o justificar al núcleo central de la RS: 1) estrés.

Organización de las RS de enfermedad en profesionales de la salud

A continuación, se muestra el grafo de las RS de enfermedad entre los profesionales de la salud. Las palabras que obtuvieron mayor índice de distancia (es la suma de los índices ubicados en las uniones de las palabras) (Torre, T., 2018) son **muerte y desinterés** (ver figura 1).

Figura 1: Grafo de RS enfermedad en profesionales de salud



Fuente: elaboración propia

Tabla 15: Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la RS de Enfermedad en Usuarios indígenas

	Rango* ≤ 2.81	Rango* > 2.81
Frecuencia ≥ 4	Medicamentos 5 (2.8)	Fiebre 4 (3.5) Doctor 4 (3.0)
Frecuencia > 4	Diabetes 3 (2.3) Gripa 3 (1.3) Tos 2 (2.5) Grave 2 (1.5) Medicina 2 (1.5) Frío 2 (1.0)	Cuidados 3 (3.6) Tristeza 3 (2.3) Presión_Alta 3 (3.0) Muerte 3 (2.6) Solidaridad 2 (4.0) Dolor_cabeza 2 (4.0) Reposo 2 (3.0)
*Rango promedio 2.81 60.1% de evocaciones totales		

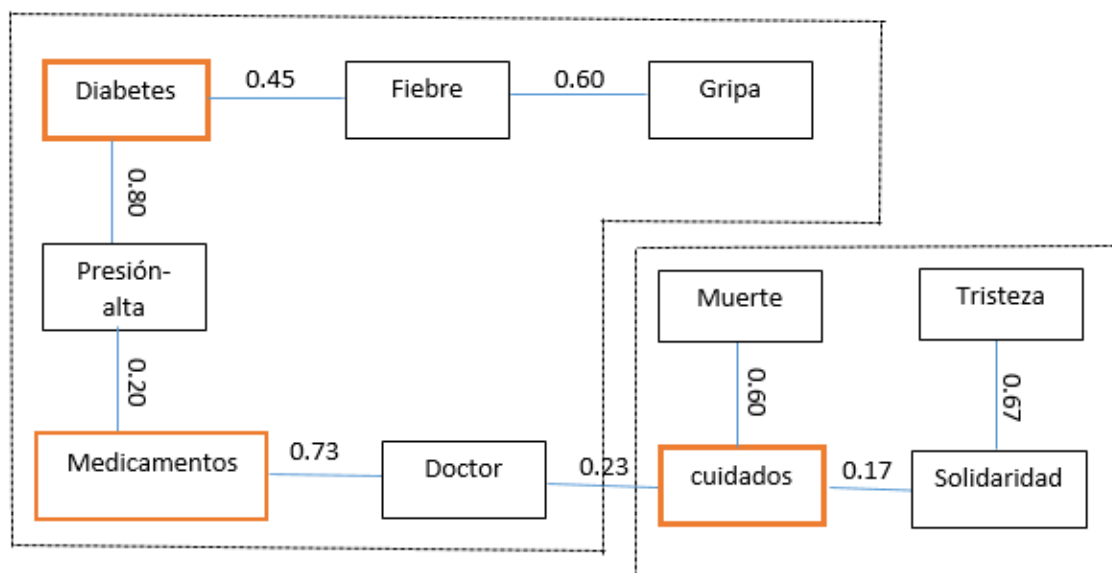
En las RS de enfermedad en los usuarios indígenas de Quialana, el rango de evocación retenido fue del 60.1%. Aquí también se considera que el porcentaje de evocaciones no fue

tan bajo como en los profesionales, sin embargo, también la disparidad de edades que existe entre la muestra de personas pudo haber creado la dispersión de palabras enunciadas. El rango promedio fue de 2.81. Los términos ubicados en una frecuencia alta (≥ 4) y un rango bajo (≤ 2.81) son los que contienen al núcleo central de las RS de enfermedad: 1) medicamentos. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (< 4) y rango alto (> 2.81) son considerados parte del sistema periférico de las RS, se caracterizan por estar determinados por la genealogía e historia de vida de las personas, así como por sus experiencias particulares, además se considera que estos elementos pueden ser modificables por los sujetos: 1) cuidados; 2) tristeza; 3) presión-alta; 4) muerte; 5) solidaridad; 6) dolor de cabeza y; 7) reposo. Asimismo, los términos localizados en el cuadrante (≥ 4) y un rango alto (> 2.81) se clasifican como la primera periferia del núcleo central, por tanto, se considera que es el elemento que puede fundamentar o justificar al núcleo central de la RS: 1) fiebre y 2) doctor.

Organización de las RS de enfermedad en usuarios de Quialana

A continuación, se muestra el grafo de las RS de enfermedad entre los usuarios de Quialana. Las palabras que obtuvieron mayor índice de distancia (es la suma de los índices ubicados en las uniones de las palabras) (Torre, T., 2018) son **diabetes, medicamentos y cuidados** (ver figura 2).

Figura 2: Grafo de RS enfermedad en profesionales de salud



Fuente: elaboración propia

RS SALUD

Análisis procesual: El contenido de las RS de salud. En la tabla 16 y 17 se presentan las categorías encontradas en el análisis de las palabras obtenidas en los listados libres para las RS de salud.

Tabla 16: categorías de Salud en profesionales de la salud

Categoría	Definición	Frecuencia	(%)
Procesos somáticos	Signos y síntomas relacionados con una adecuada funcionalidad/disfuncionalidad del cuerpo	13	23.6
Hábitos	Son las prácticas desarrolladas por las personas en su cotidianidad y que puede estar relacionadas con procesos de salud	21	38.2
Procesos biomédicos	Se refiere a todos los procesos asociados al sistema de salud que cuida de las personas	7	12.7
Emociones y/o espiritualidad	Son todos los aspectos que asocian la salud con un estado emocional y/o espiritual	14	25.5
		55	100%

La salud para los profesionales de la salud se representa en mayor proporción en la categoría de los **hábitos** (descuido/falta de cuidado, hábitos higiénicos/equilibrio físico,

mental, social, psicológico, equilibrio de la alimentación/dieta, ejercicio/pérdida de peso/mente activa/IMC, recreación, limpieza, apego al tratamiento, disciplina/interés/indicaciones/orden/limpieza, compromiso para cuidar su salud, dormir bien, trabajo/motivación/sustento/economía, vacunación, control fauna nociva/basura, prevención de accidentes/discapacidad, autocuidado/cuidado de la familia, autoresponsabilidad, consumo de agua). En este sentido, la salud está fuertemente relacionada con hábitos normados y regulados por la medicina occidental.

Sin embargo, en un nivel alto de proporción se localiza la categoría de **emociones y/o espiritualidad** (bienestar/edo. anímico/social/mental, felicidad/contento, entusiasmo/alegría, estado de ánimo adecuado, buena actitud, familia/motivación/nuclear/valores/hábitos, sin conflictos, amistad, equilibrio físico/emocional, armonía/funcionalidad, religión/espiritualidad, depresión/amor/autoestima, convivencia, atención y relajación).

Finalmente, en la representación social de salud también los profesionales de la salud ubican a los **procesos somáticos** (dolor físico/emocional, longevidad, digestión adecuada/buen apetito, funcionalidad/fuerza física y cognoscitiva, eficacia/capacidad física y emocional, bienestar físico/función/movimiento, enfermedad versus salud) y **biomédicos** (hospital, médicos, educación para la salud, adherencia/manejo determinado por el personal de salud, psicología/mente/espíritu, amabilidad con pacientes, tratamiento, valoración constante/diagnóstico y medicina preventiva/pláticas/fomentar la salud), como categorías que deben estar presentes para que las personas tengan salud.

Tabla 17: categorías de Salud en Usuarios de Quialana

Categoría	Definición	Frecuencia	(%)
Procesos somáticos	Signos y síntomas relacionados con una adecuada funcionalidad/disfuncionalidad del cuerpo	14	27.5%

Hábitos	Son las prácticas desarrolladas por las personas en su cotidianidad y que puede estar relacionadas con procesos de salud	13	25.5%
Procesos biomédicos	Se refiere a todos los procesos asociados al sistema de salud que cuida de las personas	9	17.6%
Emociones y/o espiritualidad	Son todos los aspectos que asocian la salud con un estado emocional y/o espiritual	11	21.6%
Aspectos culturales	Se refiere a elementos propios de su cultura y que se asocian al concepto de salud	4	7.8%
		51	100%

Las personas de Quialana asocian la categoría de **procesos somáticos** (sin molestia/dolor, buena salud/estar sano/saludable/bienestar/estar bien, vida/ganas de vivir/trabajar/luchar, fuerza/energía/trabajar/fortalecimiento, sin tristeza, deseos de trabajar, condición física, diabetes, cáncer, presión-alta, buen apetito) con aspectos relacionados a sentir que se sienten sanos y fuertes cuando gozan de salud.

Dentro de los **hábitos** (verduras/comer bien/lo que se desea/evitar mal pasada/hidratación, cuidarse/evitar enfermar tu cuerpo/no lastimarse, hacer ejercicio, trabajar/necesidad/solventar gastos, juventud/exposición/sustancias peligrosas, cuidar organismo/familia, higiene/limpieza/baño/aire/alimentos, contaminación de agua/plantas/aire, basura/bacterias, prevención), se observa que los quialanenses comprenden la salud desde el autocuidado, cuidado de la familia y cuidado del ambiente para mantener la salud.

No obstante, también casi al mismo nivel de los hábitos se localizan las **emociones y/o espiritualidad** (Dios, alegría, relajado/tranquilo, con ánimo, felicidad/estar bien, importante/primero, prosperidad, sin preocupación/temor, estar confiado, unión, trabajo, libertad/salir, familia/uno mismo, brindar/cosas buenas/festejar/fiesta/salud, paz/paz interna, armonía), las cuales se relacionan con la solidaridad, convivencia, festejo y felicidad principalmente.

Posteriormente, también las personas de Quialana reconocen que, al no tener salud, éstos deben optar por una atención médica, por tanto, ellos también hablan de **procesos biomédicos** (clínica/chequeo, doctores/médico, enfermedad versus salud, medicamentos/medicinas, análisis, hospital/recuperación de la salud).

Finalmente, las personas de Quialana también reconocen **aspectos culturales** (frío, temporada, equilibrio emocional/físico/entorno, integración/adaptación) en el proceso de la salud, como aspectos que pueden desequilibrar al cuerpo y producir enfermedad.

Análisis prototípico: núcleo central y sistema periférico de las RS de enfermedad

En el prototipo de las RS, los elementos hipotéticamente centrales son aquellos que son más frecuentes y evocados en los primeros lugares de la lista de palabras. A continuación, se presentan los prototipos (frecuencia x rango de evocación) de las RS del concepto de enfermedad en profesionales de la salud y usuarios indígenas de Quialana, Oaxaca (ver tabla 18 y 19).

Tabla 18: Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la RS de Salud en Profesionales de la salud

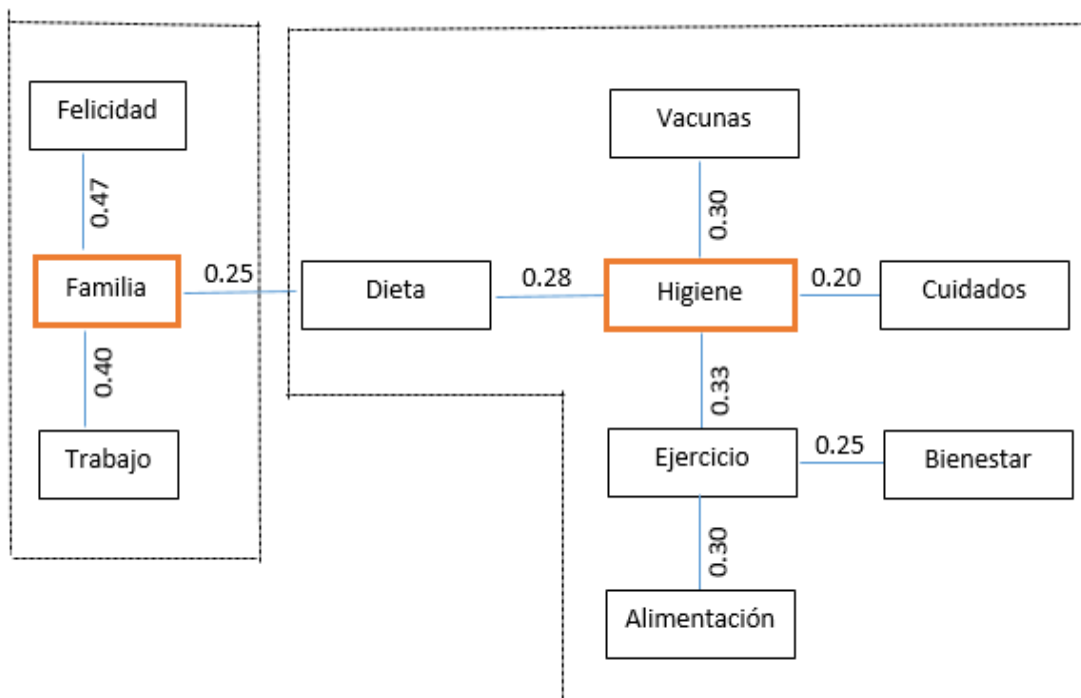
	Rango* \leq 2.81	Rango* $>$ 2.81
Frecuencia \geq 4	Ejercicio 12 (2.3) Bienestar 6 (1.1) Dieta 5 (2.4) Alimentación 4 (2.2)	Higiene 7 (3.5) Felicidad 4 (3.5)
Frecuencia $>$ 4	Vacunas 3 (2.0) Cuidados 3 (2.0) Tratamiento 2 (2.5) Adherencia 2 (2.0)	Trabajo 3 (4.0) Familia 3 (3.6) Compromiso 2 (5.0) Emociones 3 (4.5) Hospital 2 (4.0) Agua 2 (4.0) Prevención 2 (3.0)
*Rango promedio 2.81 53% de evocaciones totales		

En las RS de salud en los profesionales de la salud, el rango de evocación retenido fue del 53% el cual puede traducirse bajo dentro del rango promedio, sin embargo, se cree que la gran diversidad que existe entre los profesionales pudo haber creado una diferencia muy marcada de las palabras que más representan el término entre ellos. El rango promedio fue de 2.81. Los términos ubicados en una frecuencia alta (≥ 4) y un rango bajo (≤ 2.81) son los que contienen al núcleo central de las RS de salud: 1) ejercicio; 2) bienestar; 3) dieta y; 4) alimentación. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (< 4) y rango alto (> 2.81) son considerados parte del sistema periférico de las RS, se caracterizan por estar determinados por la genealogía e historia de vida de las personas, así como por sus experiencias particulares, además se considera que estos elementos pueden ser modificables por los sujetos: 1) trabajo; 2) familia; 3) compromiso; 4) emociones; 5) hospital; 6) agua y; 7) prevención. Asimismo, los términos localizados en el cuadrante (≥ 4) y un rango alto (> 2.81) se clasifican como la primera periferia del núcleo central, por tanto, se considera que es el elemento que puede fundamentar o justificar al núcleo central de la RS: 1) higiene y 2) felicidad.

Organización de las RS de salud en profesionales de la salud

A continuación, se muestra el grafo de las RS de salud entre los profesionales de la salud. Las palabras que obtuvieron mayor índice de distancia (es la suma de los índices ubicados en las uniones de las palabras) (Torre, T., 2018) son **familia e higiene** (ver figura 3).

Figura 3: Grafo de RS salud en profesionales de salud



Fuente: elaboración propia

Tabla 19: Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la RS de Salud Usuarios Indígenas

	Rango* ≤ 2.81	Rango* > 2.81
Frecuencia ≥ 4	Comer_bien 5 (2.8) Alegría 4 (2.7)	Cuidarse 5 (3.8)
Frecuencia > 4	Ejercicio 3 (2.3) Vida 2 (2.5) Doctores 2 (2.0) Estar_bien 2 (2.0) Clínica 2 (1.0) Bienestar 2 (1.0) Estar_sano 2 (1.0)	Alimentación 3 (4.3) Chequeo 3 (3.6) Enfermedad 2 (4.0) Prevención 2 (3.5) Verduras 2 (3.5) Unión 2 (3.0) Fortalecimiento 2 (3.0) Fiesta 2 (3.0) Agua 2 (3.0) Limpieza 2 (3.0)
*Rango promedio 2.81 83% de evocaciones totales		

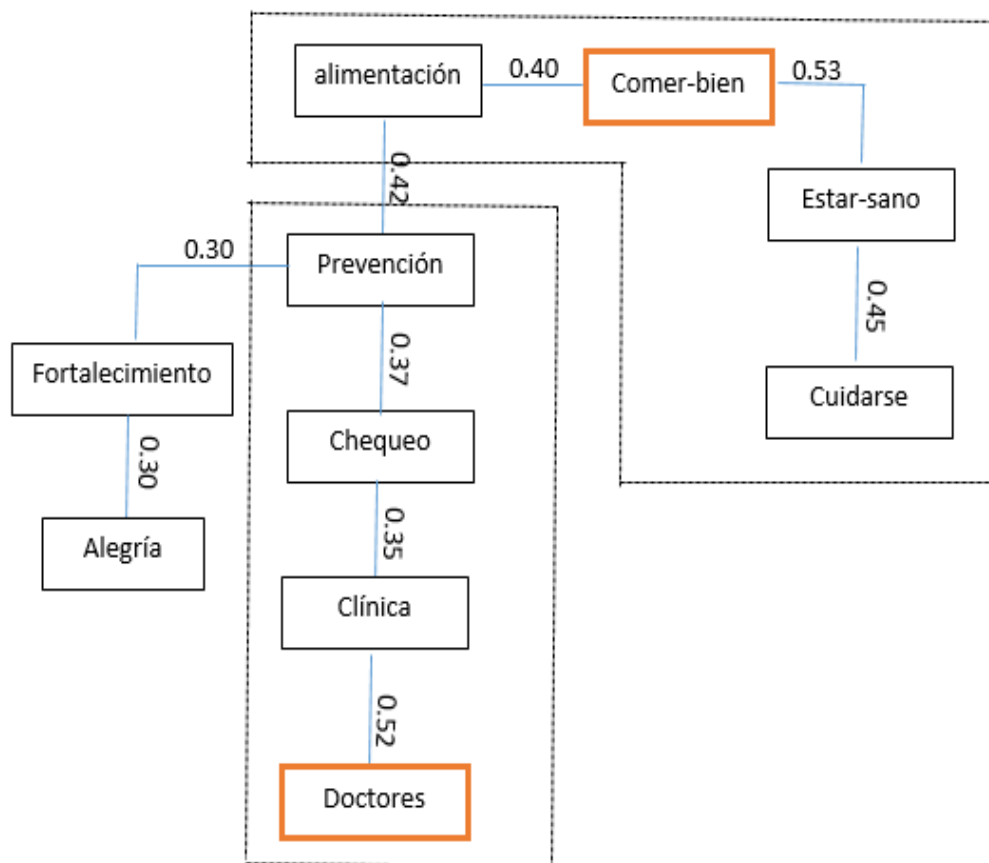
En las RS de salud en los usuarios indígenas de Quialana, el rango de evocación retenido fue del 83% y el rango promedio fue de 2.81. Los términos ubicados en una frecuencia alta (≥ 4) y un rango bajo (≤ 2.81) son los que contienen al núcleo central de las

RS de enfermedad: 1) comer bien y 2) alegría. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (<4) y rango alto (>2.81) son considerados parte del sistema periférico de las RS, se caracterizan por estar determinados por la genealogía e historia de vida de las personas, así como por sus experiencias particulares, además se considera que estos elementos pueden ser modificables por los sujetos: 1) alimentación; 2) chequeo; 3) enfermedad; 4) prevención; 5) verduras; 6) unión; 7) fortalecimiento; 8) fiesta; 9) agua y; 10) limpieza. Asimismo, los términos localizados en el cuadrante (≥ 4) y un rango alto (> 2.81) se clasifican como la primera periferia del núcleo central, por tanto, se considera que es el elemento que puede fundamentar o justificar al núcleo central de la RS: 1) cuidarse.

Organización de las RS de salud en Usuarios de Quialana

A continuación, se muestra el grafo de las RS de salud entre los usuarios indígenas de Quialana. Las palabras que obtuvieron mayor índice de distancia (es la suma de los índices ubicados en las uniones de las palabras) (Torre, T., 2018) son **comer bien y doctores** (ver figura 4).

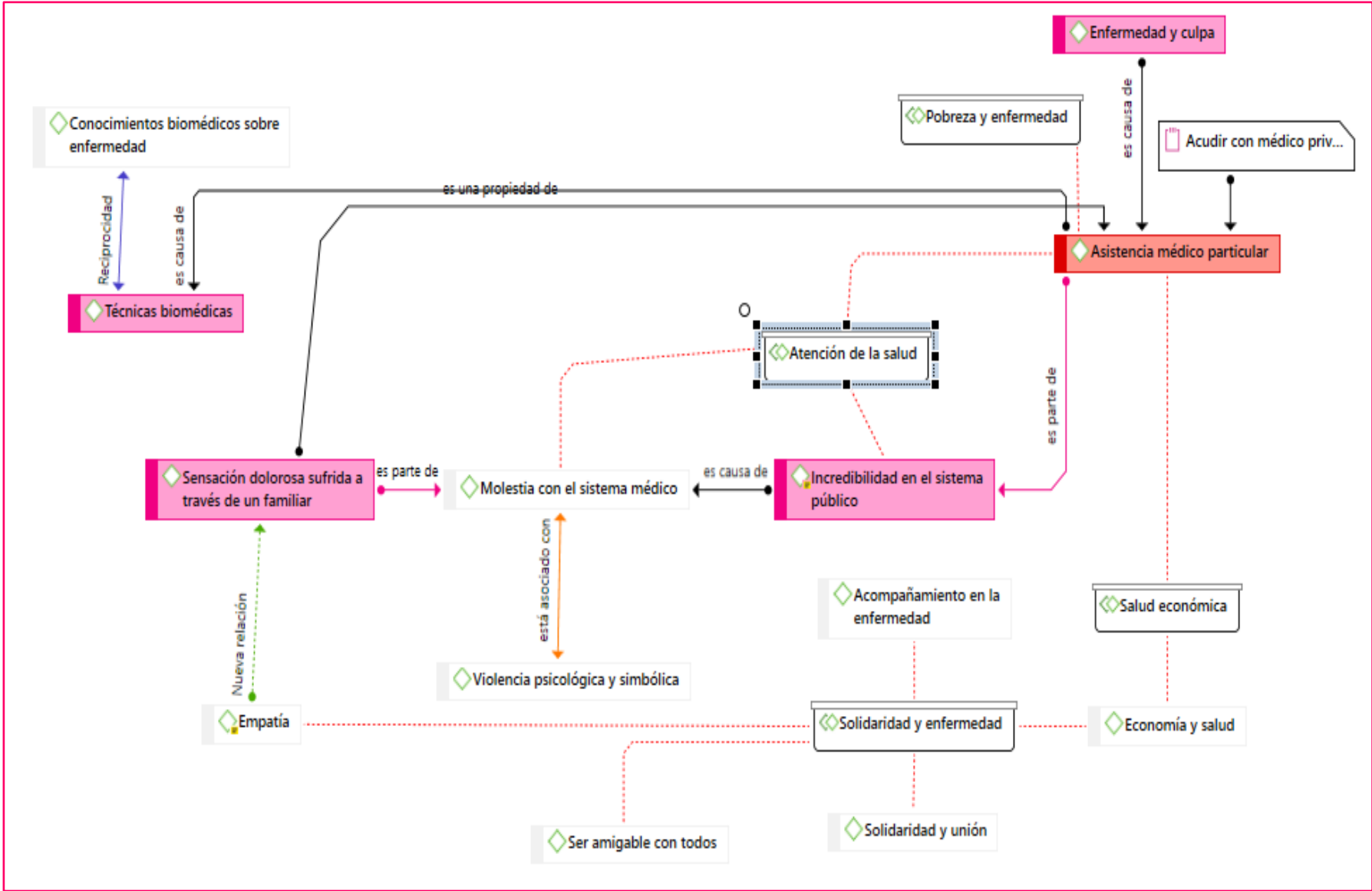
Figura 4: Grafo de RS salud en usuarios indígenas de Quialana



Fuente: elaboración propia

Análisis de contenido: profesionales de la salud

Figura 5: Red de Categoría “Desigualdades Sociales”



En la categoría de las desigualdades sociales podemos argumentar a través del análisis de los discursos producidos en las entrevistas, que en los profesionales de la salud persisten unos **imaginarios** sobre el **acceso a la atención de la salud**. En esta línea, tanto hombres como mujeres **perciben** al modelo biomédico como el único sistema validado y aceptado social y científicamente para abordar la salud y el cuidado de los cuerpos.

Estos significados que aprehenden los profesionales de la salud, corresponden con el hecho histórico de la institucionalización del capitalismo y la instauración de un modelo de organización y control de la salud, del cuerpo y la enfermedad (Foucault, 1996; Menéndez, 1998; Gómez y Palacios, 2009; Moreno, 2018). En este sentido, en el S.XVII hubo una transición de la cosmogonía por un entronque natural, físico y racional acerca del mundo, lo que llevó directamente a modificar la manera de mirar al cuerpo y salud, así como la relación terapéutica (Laín, 1970; García, 2000; Sierra, 2015; Lips, 2014; Pampler, 2014).

Tal como señala Estermann (2010) y Flores (2004) que, a partir del año 1492 fue que se suscitó una de las más grandes transiciones culturales “la instauración de la cultura occidental”, trayendo consigo diversos dispositivos de control que dieron legitimidad a dicha cultura, tales como el método científico y el modelo biomédico de la salud. Los cuales no sólo se reprodujeron en su ontología y epistemología del ser, sino que también subsumieron la cosmovisión indígena en binarismos y dualismos; siendo que la medicina tradicional abordaba las dolencias de los cuerpos de forma holística (Villaseñor, 2015; Salaverry, 2010; Vega, 2002).

Es así que, para los profesionales, el modelo y **conocimiento biomédico** se convierte en el canon, la ética y la heteronorma o guía de su ser ontológico y epistemológico como personas y médicos/as o enfermeras/os, porque este conocimiento es el que interiorizan e

institucionalizan desde los campos profesionales donde se forman académicamente (Bourdieu, 2000).

En este caso, la médica y el médico hablan de un proceso de certeza y confirmación del diagnóstico, previo a seguir un régimen de tratamiento. En este sentido, se observa que ambos profesionales basan sus criterios de verdad sobre el cuerpo y la patología en función de los estudios diagnósticos o mediante el seguimiento del cuadro clínico, todo ello, a partir del conocimiento especializado y clínico que ellos ostentan, el cual les permite abrir un abanico de posibilidades y decisiones en torno a su malestar, aunque la libertad para elegir opciones de tratamiento, solo se limite al plan terapéutico biomédico.

“Sí, pero primero fui a realizarme una placa para confirmar que no existiera ninguna fractura. Y así posteriormente me traté el esguince de tobillo” (Fragmento de entrevista Prof.1/Médica).

“No, pues cuando empecé con los síntomas, dejé de comer cosas grasosas, e irritantes. Realmente descartar que no sea un proceso infeccioso” (Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

Asimismo, el enfermero dirige su discurso subsumido en un lenguaje especializado que avanza en relación a una serie de cuadros diagnósticos, esquemas terapéuticos y regímenes médicos. En este entendido, el lenguaje especializado por sí mismo es excluyente, poco empático con las personas y también como afirma Foucault (1986), es un lenguaje que se utiliza para ejercer un control y dominio sobre los cuerpos de los legos, quienes no pueden llegar a entender este léxico, porque éste sólo pertenece a los sabios de la medicina (Castro, 2005). Sin embargo, el lenguaje y conocimiento biomédico se convierte el único criterio de verdad y autoridad.

“Primero fue un cuadro como que gripal, después se fue complicando, ya no fue cuadro gripal, sino que me empezaron como erupciones, un tipo de intoxicación (...) Pues en primero cuando el resfriado, acudí al servicio de urgencias para que me otorgaran algún tratamiento para el cuadro gripal, posteriormente también me otorgaron tratamiento para la alergia y, para lo de la TA pues ya pase con alguna otra doctora, y ella ya me mando a hacer estudios de laboratorio, y obviamente si tenía elevados mis triglicéridos ,

y tenían que descartar un probable dengue, también se descartó” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

En este uso del lenguaje médico, se observa que las enfermeras al hablar de enfermedad forzosamente hablan de un cuadro clínico de signos y síntomas, conjugado con un número de nombres patológicos, lo cual garantiza en la enunciación del lenguaje a través de la posología y patología, la razón biomédica como la única posibilidad para explicar los desequilibrios corporales, excluyendo así, otros posibles lenguajes y razonamientos.

“La verdad no he tenido esa necesidad de acudir con algún médico; ya tiene, como que será 6 años, creo que acudí por gastritis, ya me dieron tratamiento, solo que tenía muchísimo dolor en el estómago” (Fragmento de entrevista Prof.2/A.Enfermera).

“Tuve fiebre como 7 días, no se me bajaba, fui, bueno yo fui a la clínica del pueblo, me dieron este, antipiréticos” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“Si, era dolor de estómago, dolor de espalda, la cosa es que me diagnosticaron este, que tenía este, piedras en la vesícula, estuve dos días así, el primer día que me enfermé fue un domingo, de ahí me fui con un médico particular, este, él me mando a realizar un ultrasonido” (Fragmento de entrevista Prof.4/A. Enfermera).

“En ese momento pues mis hijos me llevaron al médico, fue el día 25 de diciembre, entonces ese doctor me inyectó, él es como tipo quiropráctico me tronó la columna de ambos lados, del cuello y me mando reposo absoluto” (Fragmento de entrevista Prof.5/Enfermera).

No obstante, cobra relevancia que las enfermeras hablan de una atención privada de la salud, lo cual manifiesta que ellas no acuden al sistema público debido a experiencias propias y a través de sus familiares, que les permite comprender la deficiencia estructural y funcional del sistema público. Sin embargo, ellas al poseer una posibilidad y posición económica y social moderadamente adecuada, pueden tomar la decisión de acudir a un servicio que pueda ofrecerles una atención efectiva, eficiente y digna, empero, estas reflexiones no forman parte de su cotidianidad, porque ellas asumen que las personas de la comunidad no acuden al sistema de salud por arraigo cultural, falta de voluntad, ignorancia y desidia (Dussel, 2001).

En este entendido y, como señala Piña (2004) estas **RS** de los profesionales condensan una forma de pensamiento de sentido común, la cual comprende normas, principios, valores, creencias y mitos impregnados en el modelo biomédico, que al final se convierten en modalidades de pensamiento práctico, conductual y emocional (Banchs, 1986; Jodelet, 1986; Mora, 2002).

En términos generales, el modelo biomédico conlleva un mito que se ancla a los valores económicos, la medicalización, la patologización de los cuerpos, el mejoramiento de los servicios de salud en favor de una clase privilegiada, el hospital como instrumento terapéutico, la concepción organicista, mecanicista y fragmentada del cuerpo, por ende, son estos valores los que conforman el habitus y elementos que se reproducen en el *ser* profesional de la salud (Foucault, 1996; Bourdieu, 2000; Cedillo, 2017).

A este efecto, los profesionales dentro del entorno académico y profesional experimentan una especie de epistemicidio, porque tanto mujeres como hombres (enfermera o médico) deberán renunciar al conocimiento de sentido común sobre las prácticas y saberes tradicionales, los cuales aprendieron desde las infancias, y que en su red de **significados** se manifiestan como conocimientos auténticos, empero, en su “deber ser” como profesionales no pueden reproducir; por consiguiente, también sus familiares deberán des(utilizar) todas estas conductas y conocimientos contruidos.

Sobre el tema del epistemicidio que viven los profesionales, la construcción histórico-social nos habla de esta violación de la libertad individual y absoluta del indígena que emergió en los procesos colonizadores del poder, del saber y del ser, donde las sociedades colonizadoras absolutizaron esta libertad individual de los indígenas por medio de leyes y políticas aculturalistas que prohibían al indígena defender su autonomía, su

autodenominación y todos sus saberes (Aníbal Quijano, 2014; Lang, 2013; Dos Santos, 2015; Ochoa, 2019; PND-2019-24).

Por consiguiente, en las **RS** de la enfermera o la médica, persiste el **imaginario** de tener encarcelada y desincentivada esta libertad de conocimiento, además de esta colonialidad del saber que ha transformado sus **RS** sobre el “verdadero” conocimiento único y objetivo, por ende, tanto la enfermera como la médica que son originarios de estos pueblos, han tenido que privilegiar este poder y dominación del conocimiento anclado al mito de la modernidad, la globalización y el desarrollo, el cual construye una mirada de inmadurez moral racionalizada y racializada sobre los saberes tradicionales (Simmel, 2002; Mateos, 2018; Aníbal Quijano, 2014; Lander, 2000; Walter Mignolo, 2010; Castro 2005).

“Así me curaban, así curaban a mis hermanos. Pero pues ya que tuvimos acceso a los sistemas de salud pues ya iban olvidando poco a poco esos tratamientos empíricos y ya nos atendía un médico” (Fragmento de entrevista Prof.1/Médica).

“Ahorita sí, con lo que ya tenemos centro de salud, entonces ya vienen y se checan, ya se ve si tienen alta su glucosa, o alta su presión; hay que tratar, bueno pues ya se les diagnóstica sea hipertensión arterial o diabetes. Y es donde ya se empiezan a tratar” (Fragmento de entrevista Prof.2/A.Enfermera).

En esta dirección, el sistema médico occidental ahora **significa** para enfermeras, médico y médica, el único acceso que tienen las personas y ellos mismos al cuidado, la protección y el control estricto, capacitista, normal y saludable del cuerpo (Maldonado, 2017). Es importante señalar que, todo este **imaginario** construido, no se materializa desde un componente metodológico de práctica, acción y distribución, sino que se percibe desde una abstracción epistemológica científica, la cual se mantiene como ideología (Habermas, 1999).

“En nuestra Oaxaca hay mucho arraigo cultural, todavía las abuelas, las mamás siguen mucho el tratamiento de los hijos y de los nietos” (Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

En estos discursos producidos por los profesionales de la salud con respecto al modelo biomédico, llama la atención que una enfermera que es de uno de los pueblos cercanos a Quialana, no concibe al modelo biomédico como un único conocimiento, sino como el único acceso posible, debido a que las prácticas tradicionales *_considera ella_* ya no tienen el mismo efecto de antes, sobre todo porque las mujeres u hombres medicina ya han muerto, y quizás muchos de ellos no dejaron este legado a las nuevas generaciones, por consiguiente, desde sus **RS** el efecto de curación de la medicina tradicional es menor.

“Pues yo creo que pues ahorita la mayoría de las abuelitas que hacían esos remedios, pues ya no están, yo creo que por eso, o, también van al médico porque ahorita los remedios caseros que ellos hacían antes, ya no les funcionan ahorita” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

Esta encrucijada en la que nos posiciona la enfermera, tiene relación con las políticas aculturalistas reforzadas en la revolución mexicana, donde no sólo se trataba de homogenizar una lengua, sino también una sola forma de atención capitalizada del cuerpo, por tanto, se desarrolló una muerte anunciada de los saberes tradicionales (Sandoval, 2003; Navarrete, 2008). Estas acciones como bien se sabe, se desglosan de una concepción demonológica sobre el arte y conocimiento de las mujeres medicina, las cuales fueron consideradas brujas por poseer poderes sobrenaturales, por tanto, éstas fueron perseguidas y quemadas bajo un consentimiento del pueblo, de la religión y del Estado. **Imaginario** que aún persiste en nuestras sociedades más actuales.

Con base en estas **RS**, Lander (2000) señala que este modelo de segregación, exclusión de saberes y clasificación de personas se fundamenta a partir de un modelo real y científico sobre una tradición que se considera pre-científica e imaginada. Además, que este acceso a la atención, parece ser difícil de materializarlo a la práctica como un modelo abarcador de la totalidad, porque en su esencia, éste se construyó como un sistema

clasificadorio de valores morales de la ideología colonial del mestizaje, por tanto, la pobreza y etnicidad adquiere un valor excluyente de la atención (Oliva, 2008; Quijano, 2014; Nuñez, 2017; Yankelevich, 2020).

Además de estas **RS** sobre el modelo biomédico y el acceso a la salud, los profesionales bajo una colonialidad del saber y poder biomédico, constituyen un nivel alto y único de esperanza sobre los avances científicos de tratamiento que ofrece la alopátia, por tanto, muestran una seguridad frente a las nuevas y viejas amenazas contra la salud, a partir de esta **ideología** científica; la cual no incluye el diálogo interepistémico o intercultural, mismo que se observa muy lejos de poder insertarse como componente del sistema nacional de salud, debido a que la esperanza de un mundo más saludable, se instaura en el estereotipo del modelo patologizado, el cual se “desarrolla” a pasos agigantados sobre el tratamiento y control de los cuerpos enfermos. Y que, por demás, se considera el universal o hegemónico del conocimiento (Dos Santos, 2015; Mota, 2018; Habermas, 1999; Vasilachis, 1997).

“Y tengo esa mentalidad que igual no soy inmune y este si me llego a enfermar, pues tengo que tratarme como debe ser” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Teníamos la suerte que vivíamos cerca de un doctor, dijeron. Y que era familiar de mi papá, entonces si me llevaban al médico” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico)

“Si, yo creo que las enfermedades de antes, ahorita con la ciencia pues ya la mayoría ya se logró erradicar” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“Porque sé que en el momento que llegue una enfermedad también hay tratamiento para ello no” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Tal como refiere Dietz (2012), en esta institucionalización universalista del modelo biomédico, la “otredad” se estigmatiza e invisibiliza bajo un poder de dominación neoliberal que está ampliamente garantizado para el sistema biomédico sobre otros tipos de saberes. En este tenor, la interculturalidad vista como esta estructura de interrelaciones y diálogos interepistémicos, así como la aceptación de todas las identidades se hace inconmensurable desde

estas relaciones cognoscitivas de poder que ejerce el sistema hegemónico biomédico. Por tanto, se buscarán otros elementos que puedan conducir a la interculturalidad, porque frente a la dominación del conocimiento, parece más tortuoso el camino hacia el diálogo interepistémico.

Justo estas **significaciones** atribuidas al conocimiento científico biomédico universal, es lo que permite que los profesionales argumenten que el acceso al sistema de salud, fue también el acceso de las personas de las comunidades indígenas al conocimiento “verdadero”, “neutro” y “objetivo” del cuerpo, de la salud y de la enfermedad; porque, como afirma Navarrete (2006) los pueblos indígenas por sí mismos se piensan en términos de ignorancia, salvajismo, pobreza, marginación e inmadurez intelectual (Gamboa y Gutiérrez, 2008).

“En mi persona, pues si son lo mismo, solo como no había médico, pues por eso como que eran diferentes, porque no sabían de qué morían pues” (Fragmento entrevista Prof.2/A. Enfermera técnica).

No obstante, cabe mencionar que ellos siguen reproduciendo las **RS** sobre el rol que las mujeres tienen atribuido desigual y socialmente para el cuidado de los “otros” cuerpos, es decir, que tanto hombres como mujeres profesionales reconocen que el acceso al sistema de salud occidental, es lo que ha permitido a las Mujeres construir conocimientos basados en evidencia para cuidar de la familia y el hogar; porque la **percepción** que ellos manifiestan, es que esta tarea siempre ha sido de las mujeres, empero, las mujeres de las comunidades indígenas, cuidaban y siguen cuidando bajo un modelo empirista, místico, de adivinación y chamánico, mismo que provoca la complicación de las enfermedades y, por consiguiente, la muerte de los familiares.

“Se abrió la clínica en 1990, en 1991, 92, 93, creo que hasta 1994 en eso años en esta temporada de frío, por lo regular fallecían uno o dos niños por las complicaciones de las gripas, de que las mamás no sabían tratarlo y un poco que no hacían caso a las

indicaciones del médico. Así como fallecían niños por enfermedades respiratorias también por marzo, abril, mayo habían niños que fallecían también de enfermedades gastrointestinales, y este, si morían pues, pero también era por el mal cuidado de las personas ¿no?” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“Ahí interfiere o pelea mucho con las creencias de la gente, el problema es que las señoras decían que el bebé no comía y no era verdad” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

En este tenor, la tarea de cambiar estas prácticas “pseudocientíficas” por conocimientos científicos y biomédicos, se justifica bajo el objetivo de lograr la erradicación de las enfermedades en general. Y para ello, las mujeres se convierten en el principal agente de recepción cognoscitivo de esta tradición del conocimiento y del rol del cuidado, porque como refiere Mendoza (2019) las mujeres de tercer mundo y, especialmente las indígenas, se consideran a partir de estos procesos colonizadores como ignorantes, pobres, sin educación, domesticadas, victimizadas y orientadas a la familia y al cuidado. En esta línea, no vemos una diferencia entre mujeres y hombres profesionales con respecto al **imaginario** del rol de cuidado y acompañamiento de las mujeres en la salud propia y de toda la familia.

“Darles a conocer que este, esa salud no la van a tener siempre sí se descuidan. Hacer conciencia en ellas para la prevención. Sobre todo eso” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Desde esta perspectiva, los **significados** construidos durante su formación profesional, tanto de médicos/as como de enfermeras/os, les permite tratar al sistema occidental de la salud, como el modelo **estereotipado** que permitió y ha permitido erradicar todas las enfermedades que afectaban a las comunidades indígenas; porque se mira al modelo y conocimiento desde un microcosmos, pero no se piensa a éste, inserto en un macrocosmos que abarca una inadecuada redistribución económica de los recursos humanos, materiales, físicos, orgánicos, de infraestructura y de desarrollo social y político (Torres, 2013).

En este entender prototípico del modelo biomédico, se corre el riesgo de romantizar el sistema de salud, porque a pesar de que las estadísticas muestran que en las poblaciones

indígenas no ha habido una transición epidemiológica sobre las enfermedades infectocontagiosas, además del aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, los profesionales siguen emitiendo **opiniones** y **conductas** sobre lo que ellos consideran que debe ser un “adecuado” modelo de salud, sin reflexionar sobre el acceso, afiliación y trato digno desigual y geoterritorial para la atención de la salud como un derecho.

Al respecto, Torres (2013) también señala que al reducir el pobre acceso al sistema de salud a causas y/o barreras geoterritoriales, así como a elementos culturales y lingüísticos, se aumenta el riesgo de reproducir mayor diferenciación, fragmentación y exclusión a la atención de la salud como un derecho en dichas poblaciones (Navarrete, 2014; Rodríguez, 2015).

“Ya se van con sus curanderos, y ya ahí pues les dan otro tipo de indicaciones, y ahí como pues se complica la situación no. Pero ya la gente aprendió, de que, también por medio de la clínica también aprendieron a cómo tratar estas enfermedades, y desde entonces ya aquí no hay niños que se mueran por diarreas o por alguna infección respiratoria, pues ya no ha pasado de eso desde 1994. Ya no tenemos niños que fallezcan con esas enfermedades” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“Como no había médico, pues por eso como que eran diferentes, porque no sabían de qué morían. Por ejemplo, una de sus hermanastras, una falleció de muerte materna, y pues ahí no sabían de qué era, como no tenían centro de salud y ellos no acudían al médico, entonces pues no sabían ni lo que tenían. Anteriormente bastantes mujeres se morían por dar a luz, entonces ahorita ya es menos, ya disminuyó, por ejemplo, tengo una tía que falleció su mamá por dar a luz” (Fragmento entrevista Prof.2/A.Enfermera técnica).

“Anteriormente, se abrió la clínica en 1990, y creo que hasta 1994 en esos años, en esta temporada de frío, por lo regular fallecían uno o dos niños por las complicaciones de las gripas, de que las mamás no sabían tratarlo y un poco que no hacían caso a las indicaciones del médico” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera).

Es así que, ambas enfermeras conservan ciertos **imaginarios** sobre este acceso a la atención de la salud, porque al llevar el análisis y la reflexión al tema de la voluntad individual de los usuarios, desde las posiciones, disposiciones y privilegios que ellas ostentan como autoridades de salud, éstas consideran que las personas de las comunidades indígenas se niegan a ser tratados con las diversas técnicas y prácticas biomédicas, por el simple hecho de

resistencia y especificidad cultural, y por tanto, prefieren seguir con sus tradiciones y costumbres de medicina tradicional, en vez de hacer esa transición.

Desde este esquema de representación, los profesionales tienden a reproducir ciertas conductas de oprobio, rechazo, prejuicios y violencias hacia estas personas, tales como **imaginarlos** iletrados, ignorantes, renuentes, inconscientes y despreocupados por su salud. Todo ello, a partir de esta categorización cultural, excluyendo así la dimensión de las desigualdades (Eagleton, 2001; Sandoval, 2003; Ochoa, 2019).

“Si morían pues, pero también era por el mal cuidado de las personas ¿no? que se les decía dénde mucho líquido, pues ellos no lo hacían, porque también aquí tienen mucha creencia y todavía hay mucha gente que se va a los curanderos y los curanderos les decían de diferente manera (...) Entonces, la gente no tenían conocimiento de cómo cuidar a sus bebés, ah, pues, tenían, bueno tienen hasta la fecha mucha, cómo le dire, mucha creencia en sus costrumbres; que ellos creen que la medicina no cura pues, puro curandero, hierbas y todo eso. Y a veces se van más allá que con médicos, entonces por eso también había defunciones pues, porque no iban a la clínica” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera).

“Ahí interfiere o pelea mucho con las creencias de la gente, el problema es que las señoras decían que el bebé no comía y no era cierto, porque cuando nosotros llegamos a la clínica. Afortunadamente estábamos comiendo, y a la hora de la comida llegó la señora que lo revisamos, y en ese momento hicimos el intento de darle el chayote que teníamos ahí al vapor, y el bebé comía perfectamente, entonces ahí intervienen cuestiones educativas, sociales; y ese niño desafortunadamente falleció” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

“Que lleven un buen tratamiento, pues porque, tiene que ver mucho, yo siento que tiene que ver la cultura, nuestra cultura aquí en Oaxaca, en su tipo de alimentación, a que no llevamos una alimentación adecuada, de acuerdo, en el caso de los diabéticos, de acuerdo a la patología, y a veces hasta desconocen, y porque no saben que deben llevar un control” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

“Claro que también este, si la persona se dejaba y no iba, o no recibía tratamiento pues se complicaban” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera).

En este esquema de representación sobre el acceso a la atención de la salud, cobra relevancia que además de todos estos **imaginarios** creados sobre el sistema de salud y el modelo biomédico, los profesionales en su experiencia cotidiana y de **significados** dan cuenta de una desigualdad geolocalizada, por tanto, hacen referencia a una deficiencia estructural y

funcional del sistema público, incluso, hasta se habla de una incredibilidad en el sistema en general (Zabala, 2019).

En este sentido, tanto médicos como enfermeras reconocen que el modelo de atención biomédica es su primera elección en caso de enfermar, sin embargo, ellos aceptan implícitamente entre los discursos que emiten, que la **decisión** sobre el sistema que utilizan para atenderse corresponde con el sistema privado de salud, debido a que los fallos que presenta el sector público hacen que los procesos de atención médica sean más tardados, más difíciles y de baja calidad y calidez.

“Entonces ya me fui con particular para que me atendieran, por las molestias, porque el dolor es muy intenso, entonces ya no quise esperar más [Sonríe], entonces mejor acudí con particular” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“Mi hermana, ella estuvo en tratamiento con un otorrino, tenía problemas, en sí nunca le pregunté cuál es el diagnóstico que le dieron, pero tenía problemas para respirar. Le dimos un calmante, le hablé a un conocido, y ya le dije sabes que, estos son los síntomas. Acudió con médico y ya le dieron tratamiento” (Fragmento entrevista Prof.2/A.Enfermera Técnica).

“En ese momento pues mis hijos me llevaron al médico, fue el día 25 de diciembre, entonces ese doctor me inyectó, él es como tipo quiropráctico me tronó la columna de ambos lados, del cuello y me mando reposo absoluto” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

“Ajá, en privado, sí. No quise ir al hospital” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

Cabe mencionar que, estas decisiones y **conductas** de los profesionales para acudir al sistema privado, se asocian estrechamente con el conocimiento biomédico que éstos ostentan sobre las prácticas y/o técnicas médicas y de las patologías, por ende, ellos consideran que el tiempo oportuno y precoz para la detección y el tratamiento de dichas afectaciones corporales, determina el éxito en la recuperación de la persona, y claro que sí lo es.

Es así que, tomando en cuenta la complejidad de los procesos burocráticos, el aumento de iatrogenias médicas en el sector público y la falta de recursos humanos, materiales, físicos y de servicios que no poseen las instituciones públicas, prefieren optar por

un sistema privado para la atención, porque es el que mejor se adapta a sus necesidades y es el que prima su individualidad, su respeto, su derecho a la salud, así como su dignidad como seres humanos (Dussel, 2001).

Todo ello, tomando en cuenta que estas personas presentan una posición económica semi(adecuada), la cual les permite acceder a estas Instituciones de carácter privado, que como ya se vio, el modelo y sistema de atención biomédica se diseñó para privilegiar la atención de una clase favorecida, y el sistema privado representa al modelo de salud en su máximo esplendor capitalizado y cosificado (Oliva 2008; Quijano, 2014). Por el contrario, el usuario indígena vive bajo la condición de aceptar la atención y control de su cuerpo en el sistema público a cambio de recibir apoyos gubernamentales (Foucault, 1996; Cuevas, 2007).

“Si, mi madre de cáncer de mama, y a ella se le diagnosticó el cáncer precisamente, fue una detección oportuna afortunadamente, y este, ahí se le realizaron estudios, se le vió un nódulo sospechoso hasta que se le diagnosticó por medio de biopsia un CA y fue un ca in situ, se trató, se realizó una cirugía y se le dieron tratamientos preventivos para evitar que se diseminara el cáncer, pero pues afortunadamente se detuvo a tiempo, si fue mi mamá” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Me fui a consulta ahí al hospital, de ahí me regresé, estaba yo bien, el día martes al desayunar, pues me volvió a dar otra vez nuevamente el dolor, y de ahí si ya no quise esperar más, ya sabía lo que tenía, ya no quise esperar más. Me fui con un médico particular, y ya me operaron, me quitaron la vesícula y pues de ahí ya he estado bien” (Fragmento entrevista Prof.4/A. Enfermera técnica).

“Estaba de visita y descompensó, empezó con un cuadro de neumonía, entonces lo tuvimos que llevar con un médico internista. El internista le dio el tratamiento, le dijo que tenía que llevar un control” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

“Por ejemplo, le digo, a mi en 2017 que me detectaron un lunar cancerígeno y me empezó a dar molestias, cambio de color, de textura y todo, y pues sospeché y ya fui al médico particular y ya me quitó el lunar y, me dijo llévalo a un patólogo, para que lo analizaran, y si resulta que fue un cáncer, este de piel” (Fragmento de entrevista Prof.4/A. Enfermera técnica).

A partir de lo explicado, se reconoce que estos saberes sobre la atención del cuerpo también se han capitalizado, cosificado y enclasadado desde una pedagogía de la desigualdad en la trazabilidad y aplicabilidad de dicho conocimiento, es decir, la praxis del conocimiento

biomédico parece no ser ética, solidaria y semejantemente experimentado por las diversas personas y proveedores de la atención entre los espacios público y privado (Dussel, 2001).

En este sentido, la dignidad del ser humano vista desde la ontología y metodología del modelo biomédico se desarrolla en función del contexto donde se aplica, es por ello que, existe una diferencia muy manifiesta de la calidad de la atención de la salud entre el espacio público y el privado. En esta línea, la dignidad y corporalidad de la persona se conserva y mantiene segura dentro del espacio privado más que en el público, por consiguiente, los profesionales de la salud optan por recibir una atención médica en consultorios u hospitales privados.

Cabe hacer hincapié que, algunas de las enfermeras que son originarias de estas comunidades indígenas, también señalaron que vivieron algunas experiencias de exclusión, iatrogenias médicas y deficiencias en la calidad de la atención en el sistema privado; pese a que explícitamente, ellas no acusan al personal médico sobre estas negligencias y violencias vividas, en las entrevistas analizadas surgen discursos que hablan de un mal funcionamiento de estas instituciones, lo que pone sobre relieve tres aspectos: 1) la deficiencia estructural y funcional de un sistema nacional y modelo único de salud, que se hace más pronunciado en las zonas periféricas, tal es el caso de los Estados del sur de México, los cuales presentan una brecha profunda para el acceso a los servicios de salud y, de contar con ellos, presentan grandes carencias de recursos y calidad de la atención; 2) la condición de indígena de estas mujeres que, pese a que son profesionales de la salud, pueden estar inmersas en una ideología y categorización racista y clasista de las personas y; 3) son profesionales de la salud, pero son enfermeras y, por demás, son mujeres, por ende, el **imaginario** sobre el dominio de poder y saber científico se cimienta sobre los médicos/as, quienes difícilmente pueden aceptar jerárquica e históricamente sugerencias o replicas a los tratamientos que ellos/as han

asignado por parte de otros profesionales, como pueden ser las enfermeras, a quienes no se les considera como autoridades morales y científicas de salud (Nuñez, 2017; Mendoza, 2019; Abreu, 2002).

“Y yo le pedí a ella que le hiciera un ultrasonido, que por eso lo llevaba hasta allá, yo no lo llevé con un médico, o a un hospital público, para que se atendiera bien (...) Lamentablemente esa doctora no la atendió bien, ella decía que no era necesario un ultrasonido, que para qué gastábamos, si él estaba bien, porque el dolor que tenía era por la tos, ella decía. Y yo confié en la doctora, pues era médico no” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“De ahí fui con un médico particular, me hicieron un EGO (Examen general de orina), pero fue muy muy, cómo le diré, fue de las peores enfermedades que me ha dado, ya me hicieron un ego, me dijeron que tenía yo este, cómo se llama, que es por litos en el riñón, que tenía que llevar un tratamiento de 14 días, pues empecé a inyectarme por 3 días, este luego el resto del medicamento por 14 días, ya este al mes otras vez, pero me dijeron que seguía, bueno no vi mi mejoramiento, y otra vez, que no este que ellos pensaron que era infección de vías urinarias altas, y no, que eran bajas, y volvieron otras vez a cambiarme el tratamiento, y otra vez otros 14 días. Estuve como mes y medio con eso, pero ya con eso se me quitó, pero sí muy feo, tuve que digamos llevar tratamiento como por mes y medio” (Fragmento de entrevista Prof.2/A. Enfermera).

“Y yo decía, pues si esta doctora hubiera detectado esa enfermedad, ya hubiera hecho el ultrasonido que yo le pedía, pues a lo mejor mi padre no estuviera así no, pero lamentablemente por “x” motivos pasan las cosas. A lo mejor era un pretexto dijeran para que la enfermedad ya avanzara o de verdad era, ay, como que no era para mi papá y por algo no la detectaron luego y se pudo haber salvado, le pudieron haber quitado ese tumor que la doctora no detectó no” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

Asimismo, la elección de los profesionales sobre un sistema médico privado, versa sobre la experiencia que estos han vivido o han presenciado a través de sus familiares dentro de un sistema público, por consiguiente, las RS que han construido a través de estas vivencias les permiten optar por el sistema privado, evitando así malestares emocionales y físicos.

Cabe mencionar que, para los profesionales hombres y mujeres, los primeros síntomas no presentan un motivo real para acudir o llevar al familiar a consulta, por tanto, éstos sólo acuden al sistema de salud cuando el dolor u otros síntomas severos tienen una agravante evidente y condicionante de inmovilidad física o riesgo de muerte, Por tanto, la culpa surge frente a esta desidia de la atención propia. Sin embargo, como señala Moreno

(2006) los profesionales reconocen el sistema de expropiación por los que atraviesa el cuerpo al ponerse en manos del servicio médico y hospitalario.

“Yo cometí ese error de no poner atención desde los primeros síntomas, ese fue mi error porque ya habían pasado como tres meses que tuve como un pequeño ardor al orinar, y pues no le hice caso, y ya pasaron como tres meses, y ya hasta que me empezó a dar fiebre, dolor en el bajo vientre y así, hasta entonces fue que me preocupé” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

“Sólo que tenía muchísimo dolor en el estómago. Ahí si no tuve alternativa no, entonces fui con un médico” (Fragmento de entrevista Prof.2/A.Enfermera técnica).

“Ah bueno, lo que pasa es que yo no quería esperar tanto tiempo verdad, este, por lo que se satura mucho en los hospitales, ya que pues ahí llega de todo tipo de personas y de diferentes comunidades verdad. Entonces yo creo que, por falta de personal tanto de enfermería como médico, pues no agilizan este, la atención ahí, pero yo creo que no es culpa del personal, pero es por la demanda de consulta que tienen, y yo la verdad no quería esperar porque ya había pasado dos dolores” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

En este entendido de los malestares emocionales, se rescata el concepto de la **empatía** la cual, desde los discursos producidos por las médicas y enfermeras, sólo la han podido adquirir y comprender a través de estas experiencias de dolor vividas con alguno de sus familiares. Cabe resaltar, que las mujeres profesionales son las que hablan de estos conceptos de empatizar y deconstruir la forma de atender al otro a partir de estas vivencias, las cuales modificaron sus formas de entender el sufrimiento y el dolor de las personas que viven con alguna enfermedad, especialmente, el cáncer.

Es importante, regresar a la categoría del rol del cuidado, porque justo el hecho de que las mujeres profesionales hayan logrado entender la empatía, se debe también a esta categoría de cuidado que se les ha sido asignada a las mujeres, por consiguiente, ellas al asumir el rol de cuidado de alguno de sus familiares, han podido vivir y experimentar, por un lado, la disfunción estructural de un sistema público (humano, físico y material), así como los procesos de sufrimiento y dolor que las personas experimentan cuando requieren de una atención de cuidado, la cual también comprende procesos y técnicas biomédicas dolorosas,

y que al tratarse de un sistema público, se ven más fuerte y dolorosamente experimentadas (Moreno, 2006).

“Si, ya se lo que me van a hacer y así ya no quiero [sonríe]]. Le digo a mi mamá, a mí me gusta inyectar, pero no me gusta que me inyecten [sonríe], si hubiera ido pues me hubieran aplicado una inyección para que se me quitará más rápido el dolor, más que nada el dolor de cuerpo, pero yo con una pastilla ya tengo” (Fragmento entrevista Prof.2/A.Enfermera técnica).

“Yo les digo, por ningún motivo me dejen que el cáncer me consuma, sí me da mucho temor, porque he visto los sufrimientos de mi familia. Entonces yo no quiero vivir así, yo no quiero estar así, le digo, y para mí sería lo mejor que me dieran algo para morir, le digo, a que el cáncer me consuma” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“Mi abuela falleció de cáncer cervicouterino, apenas tiene como cuatro años que falleció mi abuelita; y vi cómo cuidar a una persona con cáncer, y todo eso, entonces sí, es lo peor que le puede pasar a una mujer, y ví cuando íbamos a sus terapias, o sea, a su radio y, ay no, todo, las quimios y todo eso, y varias mujeres. Me acuerdo mucho de una mujer muy muy guapa, era alta, no sé si usaba lentes, pero sí tenía sus ojos color azules, pero apenas la habían operado de un seno, le quitaron uno, y le comentaba a mi mamá que le van a quitar otro porque ese el proceso, y pensaban que ya había vencido el cáncer, pero tuvo otra recaída. Entonces, ay, ahí fue como tu observas y, ay no, no te gustaría estar en el zapato de ellas, ay no. Además vi cómo sufrió mi abuela. (Fragmento entrevista Prof.2/A.Enfermera técnica)

“Fue una experiencia que me ayudó mucho porque en parte sí es un trauma muy difícil que se vive como por ahora este lado de paciente y de familiar, este, entonces me ayudo en parte como para tener más empatía con mis pacientes y tratarlos mejor, al familiar también, saber su preocupación, saber su necesidad de atención. Y la situación que vivió mi madre cuando se trataba con quimioterapias este, de saber que sí no llevaba el tratamiento a pesar de que no fuera tan agresivo, pues cuáles iban a ser las consecuencias, no, entonces el hecho de impulsarla, de apoyarla.” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica)

“Si demasiado porque, pues era, pues la quisimos mucho no, entonces nos dolía verla de esa manera. No quería comer, ella empezaba con dolor, se quejaba mucho, empezaba a gritar del dolor. Pues si fue un proceso muy difícil” (Fragmento entrevista Prof. 2/A.Enfermera técnica).

“En los que he visto sufrir es a mi papá y a mi tía, pero más más a mi tía porque a ella le invadió el cáncer todo, todo su cuerpo y ahora sí que no hubo ni una parte de ella que no haya consumido el cáncer entonces, yo vi que sufrió más ella, y no yo no quiero estar así le digo a mis hijos” (Fragmento entrevista Prof. 4/A.Enfermera técnica).

Esta relación de la empatía con la atención desigual hacia las personas que viven procesos de enfermedad, se puede anclar a otro elemento que también tiene una estrecha asociación con la comprensión de la empatía, tal es el caso de la solidaridad frente a la enfermedad, donde ambos profesionales refieren que frente a una enfermedad se refuerza la solidaridad y unión de las personas que están en su entorno próximo, principalmente, éstos

refieren que frente a una situación de enfermedad, surge el acompañamiento de la familia que hace menos doloroso este proceso y, no solamente se habla de un acompañamiento físico, psicológico y espiritual, sino también se habla desde el acompañamiento y solidaridad económica, la cual permite y facilita el acceso a un sistema privado de la atención.

Desde esta perspectiva, cobra sentido señalar que la solidaridad en el acto del acompañar de la enfermedad, sólo se teje desde la visión y racionalidad femenina, porque son las mujeres profesionales la que han desarrollado socialmente el acompañamiento al familiar que adolece, en contraparte, los profesionales hombres son los que se han podido beneficiar de esa compañía. Todo ello, construido por las trayectorias personales, pero también por las representaciones biomédicas binarias de la corporeidad, así como del régimen sentimental melancólico y amoroso atribuido a la feminidad (Cedillo, 2012; Maldonado, 2017; Besserer, 2000).

En general, la solidaridad entre hombres y mujeres suele ser desigual en el ejercicio del acompañamiento como idea moral, en tanto que, la solidaridad económica suele ser semejante para el caso de los profesionales que viven con su pareja y/o familia, porque en el caso de las enfermeras, muchas de ellas han tenido que cargar con los gastos derivados de la enfermedad.

Estos resultados, muestran un distanciamiento entre el mirar y estudiar el concepto de empatía y solidaridad desde la academia y la interiorización y adquisición de dichas competencias, que no se materializan y anclan al sistema de representaciones sociales, sino, por el contrario, es hasta que se vive una experiencia semejante que se comprende e interpreta; todo ello pone sobre la discusión, la interpretación que sobre la identidad moral y digna de las personas se tiene dentro de los sistemas de salud, sobre todo, sí esta interpretación se analiza desde la intersectorialidad a partir de las razas, clases, perspectiva

de género entre otras características que van complejizando más el fenómeno de entender y practicar la empatía y la solidaridad.

Es así que, tanto enfermeras como médicos/as señalan que el sistema público sólo forma parte del primer contacto que ellos tienen frente a una dolencia, porque al ver que el cuerpo no reacciona favorablemente a las indicaciones y tratamientos médicos y morfológicos (Nocera, 2011), éstos deciden irse al sistema privado para la implementación de un tratamiento más oportuno, preciso, humanizado e indulgente con la condición del cuerpo (Moreno, 2006).

“Tuve fiebre como 7 días, no se me bajaba, fui, bueno yo fui a la clínica del pueblo, me dieron este, antipiréticos, pero no me hicieron nada” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

“Pues creo que, como todo padre preocupado, pues, primero los remedios caseros no, sí era algo leve, este, y ya si en determinado tiempo no había mejoría pues, ya me llevaban al médico o igualmente con mis hermanos” (Fragmento de entrevista Prof.1/Médica).

“Pues en primera cuando el resfriado, acudí al servicio de urgencias para que me otorgaran algún tratamiento para el cuadro gripal, posteriormente también me otorgaron tratamiento para la alergia y para lo de la TA pues ya pase con alguna otra doctora” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Es a partir de todas estas experiencias **emocionales** y **culturales** de hibridación de los conocimientos biomédicos e indígenas (Canclini, 1989), que los profesionales han **resignificado** las **RS** para la elección del sistema privado de atención. En este sentido, se observa que las enfermeras optan por este sistema, debido a un grado de culpabilidad que perciben cuando alguno de sus familiares, o ellas mismas presentan signos y síntomas graves de enfermedad. Todo ello, a partir de sentirse culpables por no haber llevado una detección temprana de la enfermedad y de los primeros síntomas, así como por no haber aprobado y defendido sus conocimientos o intuiciones sobre lo que debían hacer sobre sí mismos o con algunos de sus familiares. Por tanto, la atención privada de la salud se considera como un

sistema compensador de la culpa y de la falta de atención del propio cuerpo o de algún familiar.

Es importante mencionar que, dentro de esta correlación de enfermedad, culpa y acceso a la atención, se observa que muchos de los errores médicos o fallas del funcionamiento del sistema, se mencionan como los elementos que ocasionaron las complicaciones y/o gravedad de los familiares, sin embargo, las enfermeras desisten de culpar al sistema de salud y médico, por ende, prefieren asumir la culpa ellas mismas, o, por el contrario, culpar a alguno de los familiares; y que mucho de estos resultados se relacionan con el origen de las enfermeras, pues muchas de ellas son residentes y originarias de pueblos indígenas, además que sólo alcanzaron el código de auxiliares de enfermería, por consiguiente, se localizan en el último eslabón del nivel jerárquico, por ende, no han tenido una participación autónoma y política (Abreu, 2002).

“A él si se lo detectaron a tiempo, y a veces si me siento así, cómo le dire, como, cómo es la palabra vera, me siento como culpable, porque yo ya estaba trabajando en la clínica cuando mi papá se empezó a enfermar, pero lo llevé con un médico en Oaxaca en la médica 2002. Es una clínica muy reconocida aquí en Oaxaca; ahí lo llevé cuando empezó a estar mal, él decía tengo una bolita en mi estómago, decía él y le dio tos al mismo tiempo; y ya lo llevé hasta allá supuestamente, o más bien yo lo llevé a él allá para que le hiciera un buen diagnóstico, y resulta que la doctora que lo atendió pues falló, falló porque efectivamente él tenía un tumor en el estómago, cosa que la doctora no detectó pues” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“Era un médico que era de mucha confianza pues, entonces él siempre la había visto, pero aquí fue el mal cuidado que se le dio, no tanto que el médico no hay podido atenderla, sino que era un mal cuidado que se le dio” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

“Sí, refería mi cuñada que si la llevó al médico y que si le había dado medicamento el médico y todo, pero tal vez el cuidado que ella le dio no fue lo suficiente y pues mi hija si se deshidrato bastante, pues porque tuvo diarrea y vómito y ya se me estaba muriendo mi hija” (Fragmento entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica).

Entre otras **RS**, ambos profesionales **opinan** que muchas de las enfermedades que se presentan en estas comunidades se deben a problemas originados por la pobreza y su

condición de indígena, especialmente debido a aspectos culturales, tales como el déficit nutricional y la falta de competencia lingüística del español.

“Pues aquí los casos que vemos, o si quiere le platico de las comunidades. Quiatoni que era una de las comunidades que yo más visitaba, o Quialana que ahí hay mucho problema de desnutrición, entonces a veces, ahí interfiere o pelea mucho con las creencias de la gente” (Fragmento entrevista Prof. 6/Médico).

A este respecto, los profesionales entre su **imaginario** de pobreza reconocen que existe una mala distribución de la economía y de los alimentos, empero, no relacionan la prevención de la desnutrición como un derecho a la salud de estas comunidades, por consiguiente, el sistema de salud occidental se convierte para los pobladores indígenas en un desafío, una utopía y en un modelo de atención de la enfermedad creado para personas que poseen un nivel económico medio, medio alto y alto (Torres, 2013).

Es así que, como ya se mencionó previamente, el modelo biomédico digno, simultáneo y compensador sólo es equiparable para una clase y elite social (Castro, 2005). No es menester decir que, en San Bartolomé no existe una cobertura de la atención en los tres niveles, por ende, el único centro de salud con el que cuenta la comunidad sólo se basa en consultas de medicina general, porque tampoco cuenta con especialidades como ginecología y pediatría, tal como lo estipula la OMS (2013) y la OPS (2000).

Esto implica que las personas de la comunidad, quienes requieran de estas especialidades deberán acudir a programar sus citas al Hospital Rural de Tlacolula, las cuales no se procesan inmediatamente, o, por el contrario, deberán asistir a consultorios particulares en Tlacolula, lo cual no es equiparable con su economía, por tanto, éstos prefieren postergar dicha atención, o, incluso se habla que los padres de familia destinan sus ganancias sólo a la atención especializada de sus hijos (Cuevas, 2007).

En este entendido, la economía y salud se ven fuertemente afectadas por esta disparidad en el sistema de atención, el cual favorece una atención especializada y privada, por cuanto más, capitalizada y cosificada (Ochoa, 2019). Por otro lado, también en estos entornos de pobreza la solidaridad en el acompañamiento se observa desigual, porque los profesionales suelen mencionar a las madres de familia, y a ellas mismas en su rol de madres como las personas que acompañan siempre a los enfermos a la atención, por tanto, son las que reciben las violencias psicológicas y simbólicas de parte de profesionales y otros entes administrativos en el interior del sistema público de salud (Mendoza, 2019).

“Siempre mi mamá ha sido la que ha estado al pendiente de mí cuando era niño para la atención médica; recuerdo que me llevaba al servicio u hospital también. Entonces si era lo primero que hacía cuando nos enfermábamos llevarnos al hospital para que nos atendieran” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

“La hospitalizó la doctora, la estuve cuidando toda la noche y se recuperó y ya” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica)

“En dos ocasiones en que estuvo internada la tuve que ir a acompañar y como sus hijas están casadas, y no hablan español, entonces así nada más éramos mi mamá y yo. Nosotras dos nada más nos hicimos cargo de ella” (Fragmento entrevista Prof.2/A.Enfermera técnica).

“Se deshidrató muchísimo, que la doctora aunque fui, si me regañó bastante, me dijo que cómo me atreví yo a dejar a la nena si estaba enferma, pero pues no era algo que, sí yo hubiera sabido que tenía diarrea y vómito, pues ya no la dejo” (Fragmento de entrevista Prof.4/A.Enfermera técnica)

“Mi mamá fue la que la acompañó el primer día, entonces ahí en la sala de exploración dice mi mamá que la pusieron en posición ginecológica, y se pasaban médicos, así como uno veía tal parte, y luego otro veía otra cosa. Varios médicos la observaban, entonces, mi abuela dijo _miren que yo no quería que nadie me viera, ahora peor tantito, me están viendo a cada rato_ (sonríe)” (Fragmento de entrevista Prof.2/A.Enfermera técnica).

A partir de este entramado de respuestas, se observa que el sistema público de salud es **imaginado** como la institución que atiende a los pobres, en tanto, estos profesionales tampoco se miran dentro de la pobreza, o, ni siquiera se permiten pensar de otra manera (Palermo, 2001; Lamus, 2006). Así, ellos prefieren evitar no sólo las desigualdades en la distribución de recursos, sino también evitan sufrir las diversas violencias que se derivan de este modelo de atención público.

Es por ello que, tanto mujeres como hombres profesionales ejercen un sentido solidario con los suyos al evitar asistir a un modelo que los violenta, los excluye, los trata como a los pobres, no les proporciona una atención completa, digna y de calidad, además, los vulnera y fragiliza socialmente (Rodríguez, 2015). A este respecto, el propio sistema biomédico se convierte por sí mismo en un modelo desigual desde lo económico, la violación de derechos humanos, desde lo emocional y lo biopolítico.

Desde este entendido, estos resultados nos permiten hacer una disertación sobre la falta de modelos de salud que incluyan una pertinencia cultural y del idioma, porque se tiende a juzgar al usuario indígena por no llevar unos hábitos médicos adecuados, pero no se favorece el acceso de estas personas a los servicios de salud apropiados a su cultura e idioma, salvo en caso de enfermedad o dolor. Además, que los profesionales no tienen en su imaginario al sistema de salud como un modelo de prevención, sino más bien como un modelo patológico, por tanto, ellos miran el acceso a la salud a partir de un caso de emergencia y pérdida de la salud (OMS, 2013).

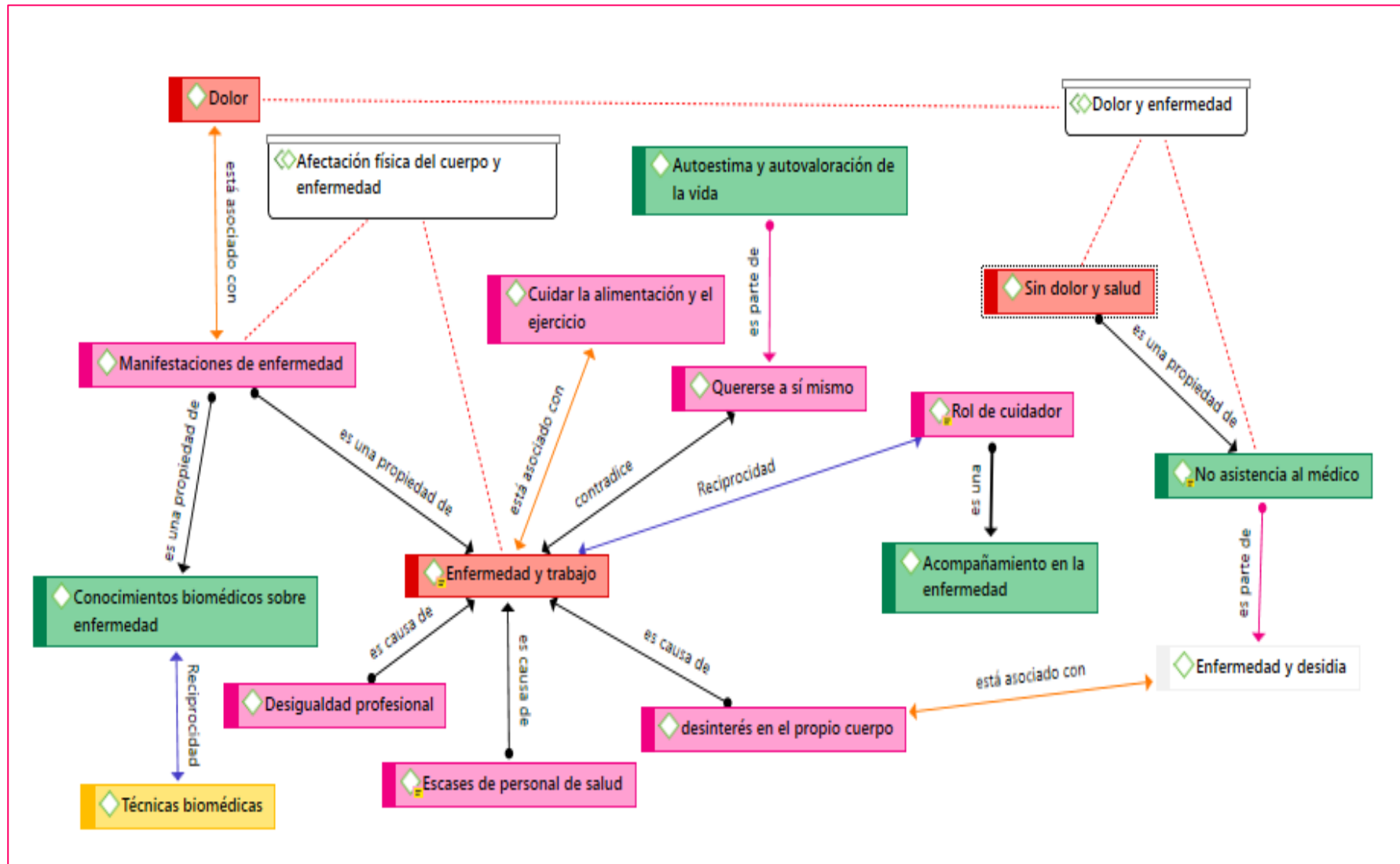
Cobra relevancia hacer mención que los profesionales de la enfermería, son los que más desarrollan actividades de promoción y educación para la salud, sin embargo, ellos **representan** a este concepto a través de la aplicación de inmunizaciones, la impartición de pláticas entre las personas que acuden a consulta o control médico y el desarrollo de talleres a embarazadas, adolescentes o madres de familia que pertenecen a diversos programas y apoyos del gobierno federal o estatal. Sin embargo, la promoción no forma parte de una de las tareas cotidianas de estos profesionales, ni tampoco es asequible a todas las personas de la comunidad, tal es el caso de los hombres, quienes son lo que menos acuden a control médico (Moreno, 2006).

“Y nosotros como personal de enfermería, este, promovemos una buena alimentación, promovemos que se apeguen al tratamiento, pero cuáles son los resultados que nos damos cuenta que no los llevan a cabo porque siguen viniendo descontrolados a sus consultas de control” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

“Pues yo creo que llevar un estilo de vida, más o menos bien, pero sobre todo prevenir, yo creo. Digamos hacer, mmm, cuidar de la salud, pero también hacerse pruebas de que te indiquen que tú estás bien no, porque por ejemplo, yo ahorita digo porque estoy bien, pero como no me he hecho ninguna prueba, pues no estoy, digamos, no es seguro que estoy bien” (Fragmento entrevista Prof.3/A.Enfermera).

“Entonces las enfermeras si se tomaban o como que tenían el tiempo para hacer promoción a la salud de forma expositiva, exponiendo así en la sala de espera y podía ver a las enfermeras con su rotafolio y dando una plática de cierto tema, no” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Figura 6: Red de Categorías “Procesos somáticos” y “Conocimientos Biomédicos”



Uno de los elementos que se **reproducen** en la formación de los profesionales de la salud, es la categorización y homogenización de signos y síntomas que se corresponden con procesos patológicos específicos, procedimientos de medicalización, instrumentalización, hospitalización, terapéuticos y de control de los cuerpos averiados y **afectados** por causas clasificadas por el modelo biomédico, el cual tiende a mirar al cuerpo como a una compleja máquina funcional y organicista que habrá de repararse en sus partes afectadas, configurando así unos hábitos biomédicos en función del imaginario de salud y enfermedad (Menéndez, 1998; Moreno, 2018).

En esta línea Douglas (1998) y Goffman (1988) hablan de este continuum que se ha creado entre la salud y la enfermedad desde una visión funcionalista. En este sentido, la enfermedad debe ser abordada como una negligencia cometida por el enfermo, es decir, la persona que ha cometido el error de enfermarse y a partir de un diagnóstico y tratamiento médico ya estructurado, deberá pasar por una experiencia dolorosa y de expropiación personal para poder reparar cada una de las partes afectadas en su conjunto (Moreno, 2018).

Es en este entendimiento de la enfermedad que, tanto mujeres como hombres incluyen en el conocimiento biomédico, diversas manifestaciones clínicas y conductuales que fueron **memorizando** e interiorizando en su trayectoria profesional (Jodelet, 1986) . Así, se puede leer que cuando estos escuchan la palabra enfermedad, su **memoria** recuerda los diversos signos y síntomas que aprendieron durante su campo profesional, reduciendo así a la persona y a las interacciones interpersonales en un sistema homogenizador y clasificatorio de manifestaciones patologizadoras y potenciales para medicalización (Gómez y Palacios, 2009; Rodríguez, 2015).

“¿Qué yo me enfermé? Fue de un tobillo, fue un esguince de tobillo, una torcedura de tobillo, me lastimé en mi hogar y ahí fui inmediatamente a realizarme una placa para

descartar una fractura y se confirma un esguince” (Fragmento de entrevista Prof.1/Médica).

“Relativamente fue una gastroenteritis (...) Mucho dolor, náuseas, vómito, y posteriormente una gastroenteritis, eso fue una noche completa nada más, afortunadamente pues fue alimenticia nada más y pues, después de eso ya cedió automáticamente” (Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

“La última vez que me enfermé fue como aproximadamente un mes, menos de un mes. Primero fue un cuadro como que gripal, después se fue complicando, ya no fue cuadro gripal, sino que me empezaron como erupciones, un tipo de intoxicación. Me dieron un tratamiento, seguí el tratamiento y ya posteriormente al tratamiento, empezó como que, a disminuir los síntomas, pero después de eso empecé con la TA elevada, una TA de 190 sobre 90. Si estaba demasiada elevada entonces era probablemente por el cuadro de resfriado, fiebre, de estrés porque también le adjudico que andaba de aquí para allá” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

Cabe resaltar que, en estas tres primeras respuestas sobre una **experiencia** propia de enfermedad, ambos profesionales de la medicina comienzan por hablar de la patología, para posteriormente describir el que denominan “cuadro clínico” por medio de signos y síntomas, los cuales, les permite fundamentar científicamente que la patología se encuadra al nombre que asignaron al principio.

Este determinismo biológico hacia la universalidad, homogenización y particularidades de los criterios psicológicos, conductuales y biológicos de normalidad y anormalidad en la configuración social de las enfermedades, son las que clasifican a las manifestaciones corporales en patologías o cuadros clínicos, o bien, en un reduccionismo biológico que tiende a jerarquizar el orden de las cosas, por consiguiente, a la producción cultural de símbolos y **representaciones sociales** compartidas (Gómez y Palacios, 2009; Martínez, 2008).

En este tenor, como señala Martínez (2008) y Foucault (1998) el determinismo biológico extrae la posibilidad de incorporar a la enfermedad y a las propias condiciones biológicas, el factor psicológico, social, cultural y espiritual imbricados en el proceso. En general, vemos que los médicos/as al inicio del discurso se posicionan desde un campo de enunciación de la biomedicina. No obstante, en la continuidad de sus discursos van borrando

el discurso biomédico, para regresar al componente más cultural y emocional que pueda explicar lo que ocurre con la presencia y desarrollo de las enfermedades. Esto nos permite crear un diálogo de saberes, porque ambas tradiciones, en su esencia y ontología reconocen que la enfermedad no puede ser explicada bajo un reduccionismo biológico, sino como un ente holístico e integral que está en constante interacción, equilibrio y armonía con su entorno (Vega, 2002).

En esta conversación con los participantes observamos que, pese a que el tercer informante es un enfermero, él también coincide con enunciar primero una enfermedad y posteriormente va trazando el discurso en torno a cuatro patologías: resfriado, intoxicación, hipertensión y estrés; este último parece fundamental para anclar todo aquello que no se desea decir, o, para posicionarlo como un origen de otras causas y complicaciones que son impronunciables (la sobrecarga laboral, poca actividad física, mala alimentación). No obstante, lo que prima es encuadrar la enfermedad en un método anatómico, bacteriológico o molecular, más que enfocado en desigualdades sociales (Menéndez, 1998).

Asimismo, se observa que estos profesionales hablan de un plan terapéutico biomédico, que también corresponde con un actuar experto de estas profesiones, tal es el caso del uso de herramientas diagnósticas, tratamientos farmacéuticos, cifras y tecnicismos. A este respecto, se **percibe** que este elemento estructural del lenguaje técnico y la lógica que debe seguir el desarrollo de un “*cuadro clínico y de tratamiento*” se convierten en una forma de hacer la medicina, de no perder el *statu quo* y de ejercer un dominio sobre el “otro” que se tiene enfrente, por consiguiente, en estos discursos se lee que los profesionales de la medicina y el enfermero siguen **reproduciendo** la fisiopatología, incluso y, a pesar que la pregunta versa sobre su propia experiencia, al escuchar el término de enfermedad, ellos reaccionan como en un juego de acertijos, por tanto, habría que replantearse cambiar el

término de enfermedad en la dinámicas de las siguientes investigaciones y entrevistas que aborden estas líneas de estudio.

Esto también tiene estrecha relación con el conocimiento heteronormado que surge desde la historia e institucionalización de la medicina como una profesión construida y dominada por hombres, por tanto, en el caso de estos profesionales, éstos siguen mirando al conocimiento de los cuerpos y específicamente de la enfermedad desde una operacionalización, jerarquización y fragmentación del cuerpo humano desanclada de otros componentes y de la mirada de la mujer. No obstante, este pensamiento heteronormado y jerarquizado también simpatiza con el enfermero, que en este caso se ve más representado por la hegemonía médica y androcéntrica del modelo biomédico, debido a que son inclinaciones interiorizadas difícilmente de modificar, porque conforman la trayectoria de vida, formación profesional y representación biomédica de la corporeidad (Cedillo, 2017; Maldonado, 2017).

En el caso de las enfermeras, podemos ver que, aunque nombran términos médicos, su lenguaje es mucho más próximo y comprensible para el interlocutor, incluso se puede leer que estas mujeres comienzan por nombrar los malestares por los que iban transitando, para después darle un posible nombre a lo que les ocurría. Sin embargo, vemos que las enfermeras técnicas, y que, por demás, son originarias de la misma población, tienden a usar una explicación más cercana al lenguaje de la comunidad. Asimismo, ellas introducen en su discurso **emociones sentidas y vividas** durante todo el proceso en el que se estaban desarrollando las manifestaciones, a diferencia del médico y médica.

“Todavía tengo congestionada la nariz. Si este, el sábado estuve muy mal, pues en sí no sé ni lo que me dio, pero tuve dolor de cuerpo, ay no fue una experiencia horrible, porque como trato mucho a pacientes con gripa y así enfermos, pues yo creo que ellos fueron los que me contagiaron (...) Ay no, lo único que quería era dormir, quedarme en mi cama,

que nadie me molestará. Es una experiencia muy muy fea” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Mire, yo me enfermé por el mes de septiembre del 2017. Tuve dolores muy intensos, no; que se confundían si era dolor de estómago, dolor de espalda, la cosa es que me diagnosticaron, este, que tenía, este, piedras en la vesícula, estuve dos días así, el primer día que me enfermé fue un domingo, de ahí me fui con un médico particular, él me mando a realizar un ultrasonido. Ahí me detectaron que tenía piedras en los riñones, en la vesícula, perdón” (Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera Técnica).

En esta explicación de las **sensaciones** que ellas fueron identificando en todo su trayecto de enfermedad, ellas también argumentan o reflexionan sobre posibles causas que originaron sus malestares. Algo de gran trascendencia es que ellas **recuerdan** fechas y tiempos exactos en los que sucedió dicho acontecimiento, así como, los procesos que siguieron para recibir la atención oportuna. Cobra relevancia, el valor de la sensación de malestar que ellas descifran en sus discursos, una incomodidad física que les atravesaba su corporalidad y su emoción al sentirse y verse enfermas.

No obstante, cobra relevancia hacer mención de las emociones construidas y gestionadas dentro del campo profesional de la salud, porque, independientemente que, las enfermeras hacen alusión a sus emociones, ellas se refieren a la enfermedad y dolor como algo negativo o desagradable. Esto significa, que estas sensaciones corporales, desde la mirada de las ciencias de la salud no deberían estar presentes en las personas, debido a que el dolor y la enfermedad se han construido bajo una connotación negativa, por consiguiente, aunque la dolencia sea mínima siempre se expresará como algo horrible, repugnante y desagradable, lo cual significa que este proceso somático debe desaparecer inmediatamente, olvidando así el origen más profundo de lo que originó dicha molestia en el cuerpo (Besserer, 2003; Nocera, 2011; Maldonado, 2017).

A este respecto, las enfermeras no siempre estuvieron en la posición de poder decidir sobre su cuerpo, porque siempre tuvieron que asistir a un control y vigilancia médica que, a diferencia de los profesionales de la medicina, éstos tienen un nivel de autonomía para elegir

sus propios tratamientos. En el caso del enfermero, también éste debe solicitar un diagnóstico y tratamiento médico, pero acá no siempre nos referimos a un desconocimiento de los procesos, sino a un componente jerárquico, vertical y autoritario en el que se ven envueltos los profesionales de la enfermería, específicamente él, quien posee un título técnico (Foucault, 1996; Castro, 2005).

Uno de los elementos que se destacan de los discursos de las licenciadas en enfermería, es que el lenguaje utilizado entre ellas, es más adaptado a la persona que las intercepta, empero, también pueden denostar el lenguaje propio de la disciplina, tal es el caso del término “deambular” entre otros tecnicismos de las ciencias de la salud, pero en esta disertación, ellas no dejan fuera sus miedos, dolencias y sentires que experimentaron en ese entender y avanzar con su enfermedad.

Esto permite entender que, la expresión oral de las enfermeras es un lenguaje más común a las personas, así mismo, más humano e interaccionista por la expresión no verbal y verbal de las emociones, por medio de las cuales intercambian sentidos, afectaciones y significados de procesos más profundos e inherentes a todos los seres humanos; aunque en **representaciones** la enfermedad siga edificada bajo una mirada heteronormada, negativa y biomédica, lo cual trasciende en la relación terapéutica (Oliva, 2008; Scheer-Pampller, 2014).

Entre otros resultados, podemos ver que la enfermera que vive en una comunidad adyacente, pone sobre la mesa del debate, la no efectividad de los tratamientos implementados en el centro de salud de su comunidad, en este caso, se sabe que la enfermera presentaba una enfermedad mucho más grave, la cual no iba a ceder sólo con medicamentos para la fiebre.

Sin embargo, a través de ella podemos leer y analizar el problema de desigualdad que ya se ha abordado previamente, en el que los centros de salud de las comunidades cuentan

con servicios muy básicos para la atención, por consiguiente, las personas se ven obligadas a acudir a un sistema privado para la toma de ciertos estudios de gabinete y de laboratorio, mismos que no pueden conseguir en su centro de salud. Y para el caso de algunas personas de las comunidades, ya sea por desconocimiento, o, por falta de recursos económicos no pueden darle seguimiento, y como consecuencia, se producen muchas más complicaciones, quedando arcaica la garantía de la salud como un derecho (Navarrete, 2014; Rodríguez, 2015).

“La última vez que me enfermé fue hace como qué, como 9 meses. Tuve fiebre como 7 días, no se me bajaba, fui, bueno yo fui a la clínica del pueblo, me dieron, este, antipiréticos, pero no me hicieron nada. De ahí empecé a tener problemas con mi orina, creo que duró como tres días. De ahí fui con un médico particular, me hicieron un EGO (Examen general de orina)” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

“Porque ya no pude dar el paso, y al querer caminar fue cuando ya sentí el dolor, y ya no me dejó caminar o deambular normal, como debe ser. Sino que me tuve que sostener de la pared, con un bastón, porque era mucho, pero mucho el dolor” (Fragmento de entrevista Prof.5/Enfermera).

Como ya vimos, en todo este acontecer de las manifestaciones de la enfermedad, el dolor se convierte en el intermediario para decidir acudir o no a consulta, es decir que una de las constantes que se reproducen entre los profesionales para recibir una atención médica fue el dolor y la fiebre. Así, podemos encontrar que mientras el dolor es leve o poco perceptible, tanto médicos como enfermeras/o tienden a auto tratarse, o, a ignorar ciertas manifestaciones del cuerpo.

Esto nos lleva a reflexionar sobre las distintas **RS** de los profesionales sobre el cuerpo y el autocuidado, así como del **imaginario** del propio término de enfermedad que se ancla a la estructura de conocimientos de los profesionales, el cual, por sí mismo parte de un cuadro acumulado de signos y síntomas, por ende, el dolor a una escala menor y aislado de otras manifestaciones no se atiende, porque se mira un tanto irrisorio acudir a un consultorio por algo que no completa ningún esquema y estructura patológica (Maldonado, 2017)

En este **imaginario** y mirada biomédica de los profesionales, podemos observar que la manifestación individual de alguna dolencia no es motivo para prestar atención y, en el caso de acudir al sistema de salud se puede ser víctima de estigmatización, burla o rechazo, porque no presenta manifestaciones de urgencia o emergencia. Es así que, toda la mirada clínica y **RS** que se construyen y forman *habitus* emocionales, mentales y prácticos en el campo de la salud sobre el cuerpo, no coincide con la mirada de prevención y promoción de la salud; no se relaciona con la visión del cuerpo como un todo que se conecta al cosmos; no atiende al cuerpo desde una integralidad, holismo y simultaneidad y; el desequilibrio corporal no lo miran sino es a partir de una conjunción de signos y síntomas que unen el rompecabezas creando una pieza perfecta de enfermedad (Bourdieu, 2000; Foucault, 2003; Castro, 2005).

“La verdad que, si fue, es un día que no se me olvida, que siempre me acuerdo de eso ¿no? porque yo decía, pues, hice más por mi trabajo que estar con mi familia, con mi hija, pero pues le digo, yo no pensé que iba a salir otro tipo de enfermedades ¿no? como la diarrea o el vómito, yo nada más, para mí que nada más era la fiebre lo que tenía, pero pues resulta que si le dio esta enfermedad, esto de lo diarrea y vómito, y pues ahí empeoró, empeoró” (Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Pues mi mamá (...) porque le empezó el dolor de cabeza, le zumbaban los oídos. Tenía toda la sintomatología, todos los signos de hipertensa” (Fragmento de entrevista Prof.5/Enfermera).

Desde aquí podemos mirar que el término de enfermedad traído por los procesos de colonización han transformado la realidad y han alejado a los profesionales de la salud del verdadero sentido del autocuidado, es por ello que, lo que ellos denominan descuido, realmente es una colonización del pensamiento que ha borrado de su sentido común el desequilibrio corporal, la dolencia, la escucha activa del cuerpo; transformando en ellos una mirada positivista, jerárquica, estructurada y patologizada de los cuerpos (Lander, 2000; Quijano, 2014; Dos Santos, 2015).

“Tuve dolores muy intensos ¿no? Que se confundían si era dolor de estómago, dolor de espalda” (Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Mi hermana (...) en sí nunca le pregunté cuál es el diagnóstico que le dieron, pero tenía problemas para respirar, tenía mucho dolor. En una tarde, me acuerdo que estábamos en la casa y ella lloraba de dolor (...) Mi abuelita empezó con, ella decía que era dolor, ardor, entre ardor y dolor. Aparte el dolor era insoportable” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Pues en sí, no sé ni lo que me dio, pero tuve dolor de cuerpo, ay no fue una experiencia horrible (...) si hubiera ido, pues, me hubieran aplicado una inyección para que se me quitará más rápido el dolor, más que nada el dolor de cuerpo, pero yo con una pastilla ya (...) Ya tiene, como que será 6 años, creo que acudí por gastritis, ya me dieron tratamiento, sólo que tenía muchísimo dolor en el estómago. Ahí si no tuve alternativa ¿no?” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Cabe resaltar que, en este último fragmento de la entrevista de la enfermera técnica, se observa cómo la decisión para acudir a consulta gira en torno a la intensidad del dolor, es decir, cuando el dolor ya se apodera del movimiento y estabilidad del cuerpo, es cuando de forma casi obligatoria se opta por asistir a consulta, aceptando así, toda la carga de procedimientos y técnicas implementadas por el sistema de salud y biomédico, misma acción que se trató de evitar desde las primeras manifestaciones corporales, porque de antemano ya se conoce que los procedimientos biomédicos son dolorosos, estrictos y precisos para vigilar y castigar a los cuerpos enfermos (Foucault, 2003).

“Tuve como un pequeño ardor al orinar, y pues no le hice caso, y ya pasaron como tres meses, y ya hasta que me empezó a dar fiebre, dolor en el bajo vientre y así, hasta entonces fue que me preocupé (...) Mi mamá (...) la verdad no me acuerdo bien porque yo estaba en la universidad, este, pues empezó igual, este con dolor del tracto intestinal, pero estuvo con dolor como una semana antes” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

Con este discurso de la enferma, podemos leer como el dolor también es un **imaginario** construido alrededor del género. Ciertamente y desde la evidencia científica, se dice que el umbral del dolor es más fuerte en la mujer que en el hombre y por ello, la mujer tiende a aguantar más. Sin embargo, esta condición biológica también atraviesa la concepción cultural del dolor, debido a que la condición de resistencia biológica de la mujer, hace que ésta haya creado una **idea** sobre la atención y cuidado del dolor.

En este tenor, las mujeres históricamente al ser acusadas como histéricas, locas, quejumbrosas y débiles, se piensan que, al enunciar una queja de dolor pueden verse como sensibles y frágiles, por consiguiente, deben resistir al dolor hasta que éste les limite la actividad y el movimiento. Esta descripción, no sólo la podemos ver descifrada en la propia experiencia de las enfermeras, sino también en el relato que hacen de las vivencias de sus familiares, donde las mujeres han tenido que aguantar diversos días, semanas, meses o años el dolor, porque culturalmente las mujeres deben estar siempre presentes para el cuidado de los hijos, del esposo y del hogar, y en el caso de la enfermería, el cuidado del otro se piensa como un acto de auto compasión y auto sacrificio, es decir, ellas sacrifican sus propias dolencias para dar continuidad a la acción del cuidado (Mendoza, 2019).

Es así que, las enfermeras sólo suspenden sus actividades del cuidado profesional o cuidado no asalariado, hasta que el dolor es más intenso que la propia voluntad...

“Me tuve que sostener de la pared, con un bastón, porque era mucho pero mucho el dolor” (Fragmento de entrevista Prof.5/Enfermera).

A diferencia de los dos hombres entrevistados, tanto el médico como el enfermero no hacen pronunciamientos de mantenerse con dolor durante largos periodos de tiempo. El médico habla de un dolor que fue inmediato al proceso de alimentación por exceso, por tanto, la atención a dicha dolencia fue, también, inmediata. Para el caso del enfermero, él comienza a hablar de un cuadro gripal, de intoxicación y finalmente de hipertensión, que también fue atendido inmediatamente, aunque con ello, no se puede decir que previamente no presentara ciertos desequilibrios corporales; sin embargo, en su descripción no habla de procesos de continuidad del dolor o dolencia por un tiempo determinado.

Con ello, podemos pensar que los hombres hablan de procesos de enfermedad y/o desequilibrio corporal que son instantáneos, comunes a todas las personas y con una fuerte

capacidad de resolución. En estos análisis influye que los dos hombres se encuentran entre las edades de 40-55 años, por tanto, el hablar de procesos de enfermedad continuos y crónicos los hace desubicarse de este **imaginario** de virilidad, fuerza y razonamiento adjudicado a lo masculino. Además, al aceptar enfermar, ellos están demostrando, desde la mirada biomédica, tener una falla en su funcionamiento corporal, lo que habla de error, debilidad e incompetencia de conocimiento y habilidades para atender al cuerpo (Foucault, 1996; Maldonado, 2017; Moreno, 2018).

En el caso de las mujeres, había dos enfermeras ya jubiladas que hablaban de enfermedades derivadas del trabajo y propias de su edad, sin embargo, todas las enfermeras incluyendo las más jóvenes de 20 a 30 años, también hablaban de manifestaciones que habían estado presentes en su cuerpo por más tiempo. Y ya en el caso de la médica, no habla de manifestaciones clínicas, sino más bien aborda cuadros diagnósticos y de tratamiento que ella desarrolló para resolver su accidente y la enfermedad de su mamá, desde esta mirada clínica y habitus que fue construyendo en su formación y trayectoria profesional (Foucault, 1996; Bourdieu, 2000).

A este respecto, también podemos encontrar en el dolor una gran cantidad de dimensiones que pueden llevar a los profesionales a prestarle o no la atención a dicha afectación, porque claramente vemos una desigualdad de género en la atención y cuidado del mismo, pero también se habla de procesos de estatus profesional, en el cual los/las médicos/as no pueden hablar de procesos de enfermedades crónicas en ellos mismos, mientras se encuentren activos, porque piensan que pueden perder la credibilidad y autoridad médica.

Asimismo, el dolor no se piensa como una manifestación que debe atenderse en cuanto aparezca, sino que solo se le puede entender en la combinación con otros síntomas mayores, o, por el contrario, se atiende inmediatamente cuando éste es extremadamente

intenso. Por tanto, el dolor se convierte en motivo suficiente para la atención de la salud, en función de las características que éste tenga y que verdaderamente alcance el valor de enfermedad.

Por el contrario, también puede representar uno de los actos de amor romántico y auto compasión de las mujeres, quienes se piensan que pueden resistir al dolor hasta donde les sea posible hacerlo. Aunque también, como ya se mencionó, los procedimientos dolorosos y de poca empatía con los usuarios que se llevan a cabo en el interior de los consultorios y clínicas, hace que los profesionales deseen postergar la decisión de acudir a la atención médica.

“Mucho dolor, náuseas, vómito y posteriormente una gastroenteritis” (Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

En este comprender y entender las **RS** sobre salud y enfermedad, también se observa que además de todas estas manifestaciones clínicas que se circunscriben a su componente cognoscitivo, también se mezcla una probable explicación de las causas que originaron dicha enfermedad o afectación.

En esta explicación e **imaginario** de origen, se pueden distinguir causas muy deterministas (causa-caída/efecto-esguince) como fue el caso de la médica...

“Fue un descuido, resbalé de una escalera y pues me lastimé” (Fragmento de entrevista Prof.1/Médica).

No obstante, existen en las **representaciones** de los profesionales, otros criterios que también son un tanto deterministas, pero que no exime la oportunidad de ser explicadas por otras causas, como en el caso de la enfermera técnica, quien es originaria de la comunidad, y quien plantea la probabilidad de haber sido contagiada por un agente patógeno traído por uno de los usuarios que atendió.

“Porque como trato mucho a pacientes con gripa y así enfermos, pues yo creo que ellos fueron los que me contagiaron. Eso dice mi hermana, oye ¿cuándo fue la última persona

que llegó? ¿Quién tenía gripa? que te contagio, ¡ay le digo! Todos llegan con gripa (se ríe), entonces no me preguntes, que fue por eso” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Empero, durante el trabajo de campo y cuando hacía las visitas a la clínica, pude notar que la enfermera no cargaba cubre bocas, que, con ello, sabemos no se evita definitivamente el contagio, sin embargo, esta otra probabilidad encontrada, nos permite reflexionar que los profesionales de la salud se exponen por mucho tiempo a la carga viral, y que sí éstos no ocupan equipos de protección personal o de bioseguridad, presentan mayor riesgo de contagiarse.

Específicamente este caso nos puede llevar a plantear cinco tesis: 1) el **imaginario** de inmunidad superior y baja percepción de riesgo que pueden asumir los profesionales de la salud, por el hecho de creer que nunca enferman; 2) el desabasto continuo de material que puede haber en estas unidades periferia, lo cual obliga a modificar ciertas prácticas y técnicas; 3) las **representaciones** de la salud y el autocuidado, el cual gira en torno a creer que no se debe prevenir nada cuando se está sano, además que en el **imaginario** de los profesionales de la enfermería, persiste la **idea** de cuidar al otro antes que a sí mismo; 4) la formación profesional y el lugar de nacimiento de la enfermera, quién era técnica y originaria de Quilana, por tanto, al considerar que las personas que atiende son conocidas, también se podría crear una barrera cultural por el uso de este artefacto, además de significar que en un primer nivel de atención no existen riesgos potenciales para desequilibrar al cuerpo, tal como sucede en los hospitales de segundo y tercer nivel y; 5) el **estereotipo** incrustado en los profesionales sobre culpar al “otro” por el propio desequilibrio de la salud, sin tomar en cuenta otras dimensiones como el sistema inmunológico, el desorden emocional, la alimentación inadecuada, el escaso descanso corporal y la propia concepción y atención del autocuidado.

Este **imaginario** de individualización del origen de la enfermedad centrada en un mecanismo unicausal de contagio, es lo que evita que los profesionales realmente discutan y reflexionen sobre la raíz del desequilibrio corporal, porque como señala Laín (1970) se piensa que la enfermedad solo puede ser originada por un factor externo, en este caso, una bacteria o un virus, por el contrario, pensar en otros orígenes sería retroceder el pensamiento a un conocimiento o práctica mística. Desde esta perspectiva, Bruno Latour señalaría que la unicausalidad microscópica evita que se piense la enfermedad como un efecto de la integralidad de muchas causas, que pueden abarcar componentes internos, tales como las emociones y los afectos.

Entre otras cosas y, desde el punto de vista de la alimentación, la otra enfermera técnica de Quialana y el médico exponían la posibilidad de haber enfermado por la escasa atención prestada al autocuidado de la alimentación. En este caso, no se hablaba del acto de comer productos chatarra, sino ella hablaba de momentos en los que el alimento no era ingerido a sus horas por la carga de trabajo laboral, o, en el caso del médico por un exceso en el consumo de alimentos, lo cual ha sido poco abordado dentro del manejo de la alimentación, normalizándose como un acto un tanto irrisorio y poco importante para comprender la salud.

A este respecto, se sabe que la medicina hipocrática basaba su fundamentación terapéutica en dos principios fundamentales: el ejercicio y el manejo de la alimentación.

Este último, era el que se manejaba con mayor atención, porque la epistemología de esta medicina se asentaba en mantener o recuperar el estado de equilibrio del cuerpo a través del manejo correcto de la alimentación, más que en una polifarmacia indicada como terapia de recuperación o rehabilitación del cuerpo de la medicina occidental (Laín, 1970; Foucault, 1996).

“Ah, pues yo creo que, por el tipo de alimentación, mmm, por el tipo de vida que yo llevaba que era muy estresante, muy agitado, la mala alimentación, y también que había tiempos en que yo podía ir a comer y había tiempos en que yo no podía venir a comer, porqué, por exceso de trabajo que también teníamos, porque nada más éramos el médico y yo la enfermera, entonces si teníamos mucha consulta, porque atendíamos ahora sí que a toda la población” (Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Pues fue por alimentos, salimos a una comunidad a visitar a unos conocidos y pues eran quelites, en esa comunidad se consumen mucho los quelites, entonces (sonríe), nos pasamos un poquito de alimentos, pero a raíz de eso fue la última vez que me enfermé” (Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

Cabe resaltar que, en el lenguaje de enunciación del médico, no se emplea la primera persona para referirse a sí mismo como enfermo, sino que se posiciona desde un lugar que es habitado por un nosotros, el cual le resta cierta responsabilidad y lo protege de perder estatus y poderío como autoridad médica, por ende, el campo y posición de enunciación del discurso es lo que va a actuar como un dispositivo de poder biomédico (Foucault, 2003).

No obstante, también se puede reflexionar que el empleo de un nosotros, viene dado por una solidaridad, abundancia, territorialidad y comunidad de la tradición de los pueblos originarios de Oaxaca, donde el ejercicio de la alimentación se da en colectividad. En este sentido, cuando se hace la visita a otra persona en el interior de los pueblos originarios, se suele recibir a los invitados con abundantes alimentos, lo cual indica festividad y afecto hacia las personas que han visitado la casa. Desde esta perspectiva, el acto de comer en abundancia se convierte en el medio de interacción social, solidaridad, sociabilidad, afecto y agradecimiento, por consiguiente, este contexto oaxaqueño es el que reconfigura las representaciones, comportamientos sociales y de interacción de los profesionales con su familia y amigos (Noboa, 2006).

Asimismo, la experiencia que él nos platica no se percibe en el discurso como una vivencia propia de enfermedad, sino de imprudencia, pero al mismo tiempo, tradición de convivencia desarrollada en el interior de una reunión social; y que se lee como la “raíz” (Noboa, 2006). Es así que, a través de su discurso, podemos pensar que lo ocurrido al médico

no habla de procesos constantes o crónicos; no se piensa como un problema de debilidad física, mental u hormonal; simplemente su narrativa nos lleva a especular en algo que pudo haberle sucedido a cualquiera reflexionándolo desde nuestro componente simbólico con los alimentos.

Asimismo, el fragmento de la entrevista de la enfermera, nos deja claro el abandono y descuido de los profesionales sobre su propia salud, principalmente, por el trabajo burocrático que se les exige en estos espacios; gran parte de ello, puede deberse al compromiso ético y moral que fundamentan los profesionales, en especial enfermería, quienes anteponen su salud para sacar los compromisos exigidos por las instituciones (Moreno, 2018).

No obstante, también se mira el abandono por parte del sistema de salud de los servicios de atención primaria de las comunidades indígenas, en los cuales existe escases de personal, falta de recursos para el diagnóstico y tratamiento, aumento del trabajo burocrático, por consiguiente, sobreexplotación de los trabajadores, porque la obligación de los profesionales se corresponde más con el desarrollo de los papeles administrativos, más que en el trato directo con el usuario (Torres, 2013; Cuevas, 2007).

La narrativa del enfermero se desarrolla en una justificación, desde el inicio, sobre la presencia de la hipertensión arterial que, en este caso, él explica que el origen fue derivado de otro proceso de enfermedad que lo atravesaba (resfriado y fiebre). Aquí cobra relevancia que el enfermero, tampoco aceptó tener una cronicidad y constancia de la presión alta, sino que él lo expuso como una manifestación que se acompañaba de otros síntomas transitorios y dinámicos; quizás el enfermero al igual que el médico, no se permiten mostrar una imagen de debilidad viril al aceptarse con algún desequilibrio corporal.

“La presión si estaba demasiada elevada, entonces era probablemente por el cuadro de resfriado, fiebre, de estrés porque también le adjudico que andaba de aquí para allá” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

Sin embargo, al final del relato del enfermero, podemos encontrar una coincidencia con la enfermera de la comunidad de Quialana, porque ambos puntualizan sobre el componente de estrés vivido en estos campos de trabajo, el cual identifican como causa suficiente para producirles alteraciones y manifestaciones de enfermedad.

Finalmente, en este **imaginario** sobre los orígenes de enfermar, ambas enfermeras coinciden que la causa por la que ellas enfermaron fue debido a una falta de autocuidado y atención prestada al cuerpo. En este sentido, se observa que ambas enfermeras tratan el tema de la desidia y el aplazamiento de la intervención sobre su propio cuerpo en la atención de los signos y síntomas en cuanto estos surgen. Por ende, como señala Foucault (1996) este modelo de organización de la salud educa al cuerpo de los profesionales para la reproducción del trabajo capitalista.

“Yo creo que por el, yo cometí ese error de no poner atención desde los primeros síntomas, ese fue mi error porque ya habían pasado como tres meses que tuve como un pequeño ardor al orinar, y pues no le hice caso, y ya pasaron como tres meses, y ya hasta que me empezó a dar fiebre, dolor en el bajo vientre y así, hasta entonces fue que me preocupé” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

“La última vez que yo me enfermé fue por abusar, por esfuerzos que uno tiene, no, este, fallecieron tres familiares y como me encanta la cocina, pues, me puse a cocinar en los tres funerales, alzando, subiendo, bajando las ollas, haciendo la comida, preparando el almuerzo, atendiendo a la gente, y ahí fue donde yo me lastime la pierna” (Fragmento de entrevista Prof.5/Enfermera).

En el primer fragmento podemos leer, a partir de la enfermera, que los profesionales de la salud no asisten a consulta en cuanto se inician las primeras manifestaciones de dolencia, sino que toman como referencia la gravedad de la sintomatología, tal es el caso del dolor que inmoviliza a la persona, o la fiebre que es un indicador médico para la presencia de infecciones severas, por tanto, se considera que estos síntomas son razón suficiente para

atender la corporalidad, en contraparte, sí el dolor es leve o poco perceptible se pasa desapercibido.

En este sentido, cobra relevancia que muchos profesionales de la salud no acuden cuando se suscitan los primeros síntomas, debido a que como ya se dijo previamente, éstos son conscientes de las desigualdades en la atención de la salud en el interior de los sistemas públicos, por tanto, ellos prefieren evitar, no sólo los procesos burocráticos lentos y complejos, sino también los procedimientos y técnicas dolorosas y poco empáticas que se reciben en estos servicios (Torres, 2013)

Así mismo, el relato de la enfermera (Prof.5) nos lleva a replantear otra especificación enfocada en el rol doméstico de la mujer, y que también desarrolla la enfermera dentro del hogar (Ocho, 2019). Así, la enfermera de esta narrativa comienza por señalar que el desequilibrio corporal se derivó de una sobrecarga de trabajo, aunque en principio hace referencia a una actividad que le produce goce y placer (cocinar), termina por hacer más tareas que no necesariamente tienen que ver con el rol exclusivo de preparar la comida; sino que en el texto se puede desmenuzar el rol ampliamente doméstico que desarrolla esta mujer y la mayoría de mujeres mexicanas, las cuales abarcan un gran número de tareas que hacen en soledad y que pueden desencadenar en discapacidades a temprana edad (Mijangos, 2020).

En este tenor, pese a que la enfermera acepta la sobrecarga de trabajo doméstico, en principio, también ella habla desde una naturalización asumida de este rol por su condición de mujer, el cual no se cuestiona. Además, tampoco se habla de una cultura del riesgo sobre problemas musculoesqueléticos por el esfuerzo que asumen las mujeres al levantar y conducir ollas pesadas, al estar paradas durante muchas horas del día, al realizar estas actividades siempre y de forma individual (Mendoza, 2019).

Esto nos deja ver la desigualdad en el origen de las enfermedades desde una perspectiva de género, pero también nos muestra las **RS** sobre el pensarse dentro de la enfermedad entre hombres y mujeres, o, entre médicas y enfermeras. Sin embargo, uno de los elementos que se destacan de estas narrativas es el doble rol que ejercen las mujeres, en el que en la mañana son profesionales y por la tarde y días de descanso se siguen con su rol de madres; que en el caso del médico y del enfermero, no hacen alusión a estos otros roles, porque ellos no desarrollan estas actividades del cuidado del hogar.

Estos resultados que vemos arriba, parten desde la propia historia de enfermedad en los profesionales, sin embargo, cuando hablan de los orígenes de las enfermedades entre sus familiares o usuarios, podemos hacer otra lectura de estas **representaciones**. En este caso, solo una de las enfermeras del pueblo explicaba sobre una causa genética de la persona. Sin embargo, también se observa que el familiar sólo acude al médico hasta que los síntomas se hacen más graves e intolerantes, todo ello, derivado de las desigualdades en la atención que ya se trataron previamente.

“Pues eso según el especialista ya venía desde nacimiento, ya las traía como unas bolitas. Entonces poco a poco fueron aumentando, pero llegó un momento en que ya no cabían y por eso le costaba trabajo respirar y el dolor que le causaba” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Con respecto a las respuestas que el médico y el enfermero emiten sobre las experiencias de enfermedad en sus familiares, o, en alguno de sus pacientes, podemos leer que ellos hablan de una condición cultural como causa y origen de las enfermedades. Así, por ejemplo, el enfermero plantea la idea de que las personas que cursan con una diabetes son renuentes a seguir las indicaciones médicas, por tanto, a través de esta narrativa se engloba que la condición de tener diabetes es lo que provoca el abandono al tratamiento y al

cuidado de la enfermedad; como sí la cultura representará el principal campo de batalla y de disensos, es decir, el problema de todos los conflictos (Eagleton, 2001).

“Porque los pacientes diabéticos son un tanto renuentes en llevar un buen control, y aunque sean familiares, no me sorprende mucho porque nosotros como personal de la salud pues inculcamos y estamos ahí como todo el tiempo que tu dieta, que tu tratamiento, y pues a veces ya, es imposible hacer entrar en razón hasta los propios familiares, con los pacientes es un poquito complicado y con los familiares un poquito más, más que ellos no viven conmigo, sino que viven en otra región, pues no podemos, o en mi caso vigilarlo si llevaba a cabo su tratamiento, su dieta” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

En este caso muy específico, el enfermero muestra ciertos **estereotipos** que se relacionan con estos conocimientos y **representaciones** de la biomedicina y de la cultura, es decir, desde la biomedicina se piensa que es la autoridad médica quien determina la vigilancia y control de los pacientes sin el consentimiento y acuerdo del mismo, a través del uso de la medicalización y la dieta. En términos generales, el enfermero se posiciona desde un lugar de poder y jerarquía sobre los usuarios, así como desde un modelo hegemónico de aculturación biomédica y desde un nivel que considera de “*razonamiento superior*” al de las otras personas.

Por tanto, en su **imaginario** persiste la idea de pensar al profesional de la salud, como el único ser capaz de iluminar el conocimiento del ignorante, de corregir los cuerpos desordenados y de castigar sí es necesario; por el simple hecho de poseer un conocimiento privilegiado desde los procesos colonizadores (Lang, 2013). Sin embargo, como señala Canclini (1989) son las culturas las que articulan las diversidades y el enriquecimiento, por tanto, la cultura no es por sí mismo el origen de las enfermedades, sino por el contrario la cultura permite comprender el fenómeno de la salud y la enfermedad desde una mirada más amplia.

Asimismo, el médico en su **representación** también piensa que las enfermedades y muertes que se producen en las comunidades, se debe única y exclusivamente a la condición

cultural y del ser indígena de las personas. Específicamente, dentro de esta narrativa se puede **percibir** que entre los médicos se tiene un **imaginario** sobre las características físicas, mentales y cognitivas de las personas de los pueblos originarios, la cual tiene que ver con las diferentes conceptualizaciones que se han dado al término de indio e indígena en las políticas públicas, pero, mucho antes, en los procesos definitorios de los conquistadores (Navarrete, 2006; Gamboa, 2008).

En este sentido, se piensa a las personas indígenas y, principalmente a las mujeres como seres ignorantes porque carecen de un conocimiento “*racional y científico*”, pero además de esta percepción, se considera que en las mujeres indígenas existe una cultura de la muerte, del abandono, del descuido, del rechazo y del salvajismo; características que, ellos consideran razón suficiente para no llevar una salud plena y una falta de cuidado de sus familias, pero que al ser tratado por los médicos como un origen “cultural”, la única forma que ellos piensan necesaria para erradicar estas prácticas, es cambiando toda la cultura y creencias de las mujeres (Ochoa, 2019; Mendoza, 2019).

“Entonces a veces, ahí interfiere o pelea mucho con las creencias de la gente, el problema es que las señoras decían que el bebé no comía y cuando nosotros llegamos a la clínica, afortunadamente, estábamos comiendo, y a la hora de la comida llegó la señora que lo revisáramos, y en ese momento hicimos el intento de darle el chayote que teníamos ahí al vapor, y el bebé comía perfectamente, entonces ahí intervienen cuestiones educativas, sociales, y ese niño desafortunadamente falleció” (Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

En este tenor, este fragmento de entrevista nos permite ver la individualización metodológica utilizada por el sistema biomédico para abordar los problemas de salud de las comunidades. En este caso, la desnutrición se mira como un acto de voluntad e individualización de las madres exclusivamente. Así, los profesionales de la salud tienden a considerar que las mujeres presentan un alto desconocimiento del cuidado de sus hijos, por

ende, son a las únicas a las que se les culpa y violenta por no atender a su familia correctamente (Mendoza, 2019).

Cobra relevancia los siguientes fragmentos de entrevistas, los cuales corresponden a dos enfermeras: una licenciada y la otra técnica. Sin embargo, se resalta que ambas son originarias de pueblos indígenas; la Prof.3 es de una comunidad adyacente y la Prof.4 es de Quialana.

Se hace hincapié en estas características, porque se podría pensar que ellas al ser de la comunidad podrían tener un acercamiento y empatía mayor con las personas. No obstante, las **representaciones** culturales sobre los indígenas que se reproducen entre las ciencias de la salud, es la misma que ellas han interiorizado y objetivado a partir del modelo biomédico (Bourdieu, 2000).

A partir de estos casos, podemos reflexionar sobre la aculturación de un saber homogéneo de salud, el cual forma parte de la filosofía de las políticas sanitarias, por consiguiente, los procesos dialógicos e interculturales son borrados en su practicidad. Es así que, podemos repensar y reinventar la interculturalidad a partir de estos ejemplos: 1) los campos disciplinares llevan el mito de la modernidad en la interculturalidad, el cual, se enuncia desde una política inclusiva, pero en la reproducción de los saberes se sigue presentando la dualidad conocimiento científico sobre conocimiento bárbaro o empírico. En este sentido, aunque los estudiantes de medicina o enfermería sean originarios de estas poblaciones, éstos deben borrar toda tradición indígena de conocimiento, por consiguiente, las modificaciones en sus **representaciones** se objetivan sobre un razonamiento clínico, vertical, jerárquico y autoritario.

Así, toda la epistemología del conocimiento biomédico que van anclando a su sentido común de la salud (Jodelet, 1989), los aleja de una acción comunicativa y de interacción

interpersonal (Habermas, 1999). En esta línea, se reflexiona que para que exista un cuidado solidario, ético y digno hacia estas personas, no necesariamente se asocia con que las enfermeras o médicos pertenezcan a la misma población, por el contrario, esto se relaciona directamente con el campo educativo que actúa como un dispositivo de dominación y colonización de saberes (Dos Santos, 2015). Así, en tanto no se reconstruya una ciencia de la salud política, histórica y descolonizada, no se podrá lograr una ecología de saberes y dialogo interepistémico.

“Pero como es un pueblo, igual sus creencias son hacia otra, digamos que, este, muy arraigadas; y pues ella dijo, no, ha de ser por no hacer nada” (Fragmento de entrevista Prof.3/Enfermera).

“Era un médico que era de mucha confianza, pues, entonces él siempre la había visto, pero aquí fue el mal cuidado que se le dio, no tanto que el médico no hay podido atenderla, sino que era un mal cuidado que le dio mi cuñada. Aquí tenían que darle mucho líquido y pues ella no tomo líquido y por eso se deshidrató” (Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

La entrevista de la enfermera (Prof.3), además de transmitir el **estereotipo** sobre un conocimiento subdesarrollado de los pueblos indígenas, el cual se fundamenta con las respuestas de la enfermera técnica (Prof.4), también vemos otro elemento que se une a las **representaciones** del trabajo para las mujeres indígenas, porque a partir de la lectura del texto de la enfermera, podemos observar que muchas mujeres de las comunidades no acuden a la atención durante los primeros síntomas, porque su sentido común de la vida y la salud gira en torno al trabajo y la ocupación del tiempo. Es así que, se puede pensar que la enfermedad se produce por estar inactiva, pensando todo ello, desde el modelo de la reproducción social de la vida, el cual se produjo desde los procesos de colonización y domesticación del trabajo en la Nueva España (López Austin, 2009)

Cabe mencionar que, la enfermera técnica (Prof.4) nuevamente vuelve a hablar de un desconocimiento del cuidado y la atención de las mujeres como la única causa de la

producción de las enfermedades y complicaciones. Así, en este texto, aunque menciona al médico que reviso a su hija, ella es consistente en su argumento al referir que el mal cuidado que su cuñada le dio a su hija fue el origen de la complicación de la enfermedad, cuando podemos ver que el problema se encierra entre cuatro personas: la enfermera que se fue a trabajar dejando a su hija con fiebre, la cuñada que apoya a la enfermera con el cuidado de su hija, el pediatra que dio consulta a la niña y el papá que nunca aparece en este relato. Aquí es muy notorio que, en los profesionales de la salud siempre se encuentra presente la **actitud** de culpar a un “otro” que es mujer, y sí estas personas son racializadas, el argumento se fortalece (Ochoa, 2019).

En la expresión y/o manifestación de los procesos que acompañan a la enfermedad, también algunos de los profesionales mencionaban a la propia actividad profesional como el origen de estos procesos patológicos, que como ya se explicó previamente, esta concepción de la reproducción del trabajo y del tiempo, se asocia con las **RS** de las mujeres y hombres de la comunidad, quienes también postergan su autocuidado por la reproducción del trabajo y del sistema capitalizado (López Austin, 2009).

“Como trato mucho a pacientes con gripa y así enfermos, pues yo creo que ellos fueron los que me contagiaron” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Porque como enfermeras a veces no nos cuidamos, sabemos el peligro y las consecuencias, pero no nos cuidamos (...) al menos cuando fui con los alumnos en el hospital, siempre estoy protegiéndolos, siempre les digo fijense de qué es el aislado, protégete, porque siempre voy a ser yo, siempre primero yo. Al establecer una relación con el paciente, siempre debemos o debe uno de cuidarse, investiguen de qué es, no vaya a ser que entre con una cosa y salgan con otra. Entonces yo también de esa manera trato de cuidarme” (Fragmento de entrevista Prof.5/Enfermera).

En el caso de estas dos entrevistas a las enfermeras, podemos notar que ellas están conscientes que su profesión es altamente peligrosa para poder desarrollar una diversidad de enfermedades. Sin embargo, en el primer texto vemos que la enfermera técnica habla de una naturalización del contagio, en el que ella ha adherido a su naturaleza de enfermera los

mecanismos de transmisión, pero como algo que no puede ser evitado, porque ya es parte de este quehacer profesional, es decir, en este caso también se plantea que los usuarios cuando acuden a consulta por una enfermedad respiratoria o contagiosa, no utilizan ningún medio de cuidado para evitar enfermar a las personas con las que tienen contacto.

A partir de esta descripción, se puede plantear que la pandemia por Covid-19 ha puesto sobre la reflexión, la importancia que tiene la cultura de la prevención, no sólo para sí mismo, sino para evitar enfermar al que nos cuida, como es el caso de médicos y enfermeras. Porque con este relato podemos ver claramente que, las enfermeras han naturalizado un cuidado unidireccional, en el que ellas deben proteger por medidas de bioseguridad al usuario, pero que esta cultura de protección del contagio no trasciende hacia la comunidad civil. Desde esta perspectiva, un cuidado co-creado y co-construido no se había planteado previamente, sino es hasta la pandemia por covid-19 en donde ya se piensa que tú como persona civil, puedes ser la causal para contagiar a otra persona, la cual puede llegar a fallecer.

En la segunda entrevista, podemos hablar de una coeducación del cuidado, en el que ella como enfermera más experta reconoce que la exposición de los enfermeros es de alto riesgo para adquirir enfermedades, sin embargo, ella les transmite a sus estudiantes todas estas medidas que ellos deberán adoptar para evitar enfermar, partiendo de una cultura del autocuidado. Este fragmento de la entrevista nos deja ver que, pese a que la enfermería representa una actividad riesgosa, sí se trabaja sobre una cultura del autocuidado y el cuidado solidario, la reducción del riesgo se hace más presente entre los nuevos profesionales.

Sumado a todo ello, se rescata el valor del pensarse a sí mismo y para sí mismo, en contraposición de realizar un cuidado auto-sacrificado. Esto también nos permite reflexionar sobre el papel de los profesores dentro de la formación de los nuevos profesionales de la

enfermería, porque como señala Bourdieu (2014) la educación representa uno de los campos donde se construyen *habitus* que se reproducirán en la práctica profesional y en la vida misma. Y que, en este caso se trata de profesores externos a la estructura docente de la universidad, que sí bien siguen un reglamento universitario, tienden a llevar su autonomía y autogestión en la supervisión de las prácticas de los alumnos, por tanto, también son agentes transformadores de **representaciones y habitus** de los futuros profesionales.

No obstante, existen otras prácticas y estructuras normativas y reguladas del sistema de salud que producen determinados desequilibrios corporales de los profesionales, tal es el caso de la burocratización del trabajo, la precarización laboral, la mala redistribución de recursos económicos y humanos, entre otras dimensiones del trabajo que afectan notablemente la salud de hombres y mujeres profesionales durante el transcurso de su ejercicio profesional, o, posterior a su jubilación.

Entre otras descripciones, la enfermera técnica que cursa con una edad entre 25 a 30 años y que trabaja dentro de un centro de salud comunitario, también habla de la adquisición de enfermedades como la gastritis, la cual se debió a procesos estresantes vividos en el propio contexto del trabajo de enfermería.

“Y yo pensé que era de la vesícula, pero luego ahí me dicen que es por gastritis, que es lo que más sufrimos nosotros los trabajadores (sonríe) por gastritis” (Fragmento de entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

En este sentido, ella describía a la gastritis como una de las enfermedades comunes a todos los profesionales de la salud, por consiguiente, también se habla de una naturalización de la precarización, burocratización y reproducción del trabajo capitalizado y cosificado como algo normal y característico de estas profesiones. Desde esta concepción, la tarea de autocuidado como la alimentación, se ha modificado o suspendido para atender las exigencias de un sistema de salud que no es co(responsable) y solidario con los profesionales (Foucault,

1996). Aunado todo ello, el acumulo de estrés, se mira como el mecanismo *sui generis* de la gastritis, centrando la mirada de la historia natural de la enfermedad sobre el acto voluntario e individual del profesional, excluyendo así, otras causas macrosociales de la reproducción del trabajo.

Asimismo, la enfermera técnica jubilada del mismo centro de salud, habla en términos más explícitos de esta precarización laboral como causante de las enfermedades que tuvo como trabajadora y con las que convive ahora que ya está en su casa.

“Entonces había días en que no comíamos, no tomaba ni agua, ni nada ¿no? Entonces pues yo creo que todo eso ¿no? (Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Sin embargo, ella también reconoce la existencia de una desigualdad estructural y funcional entre las profesiones de la salud, por ejemplo, se habla que la medicina conserva un tiempo establecido y respetado para el trabajo, a diferencia de la enfermería que, aunque en términos contractuales si se habla de profesiogramas y horarios establecidos, en la praxis esto no siempre se respeta, sobre todo en el ejercicio de la enfermería en centros de salud comunitarios y/o rurales.

Estos resultados, nos permiten visibilizar la desigualdad profesional y su relación con la presencia de enfermedades. Es decir, a enfermería además de la sobrecarga de trabajo en cuanto a actividad asistencial con el usuario, también se le añade la tarea de organización y administración de estos centros comunitarios. Así, estas actividades profesionales, también reproducen el trabajo no asalariado de las mujeres en el interior del hogar (Mendoza, 2019).

Cabe mencionar que, aunque el conocimiento y organización de dicho centro de salud, lo tenga más presente enfermería, sobre todo, porque las enfermeras que trabajan en estos centros son de la misma comunidad. El título de director o directora de dicha institución siempre lo ostenta un profesional de la medicina.

En esta dirección, la enfermera jubilada de dicho centro describe en su relato, todas las formas de auto-sacrificio de su actividad profesional, las cuales ha **interiorizado** como normales, tales como atrasar o suspender el ejercicio de su alimentación; consumir sus alimentos de forma rápida, o, alimentarse con productos procesados; salir en horarios extras a su jornada laboral sin remuneración económica; realizar largas horas de trabajo burocrático y; el sacrificio de pasar tiempo sin su hija. Por tanto, se puede ver que este **imaginario** enfermero del cuidado y autocuidado auto-sacrificado y auto-compasivo no camina hacia una conciliación entre la vida personal, la vida del trabajo y la vida cívica, es decir, se es trabajadora todo el tiempo.

“La mala alimentación, las preocupaciones y todo eso, el estrés que se vive ¿no? en ese lugar porque realmente como éramos dos personas, pero yo era como que la mayor carga, el trabajo se cargaba más a mí, por ser de la comunidad por poderme comunicar con las personas. El médico como era un poquito menos, pues, porque él tenía un horario y eran muy respetados sus horarios, vaya nosotros como de la comunidad se nos carga un poquito más, que sí llegaba una emergencia, que son suturas, curaciones, vacunas”
(Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

En el caso del médico entrevistado, quien actualmente trabaja en el hospital rural de Tlacolula, también hace mención de una desigualdad del trabajo vista desde los diversos niveles de atención público (centros de salud comunitaria y/o de atención primaria y hospitales de segundo nivel o rurales) (Rodríguez, 2015); donde él también distingue que el trabajo burocratizado que desarrollan los profesionales, es mayor en un nivel de atención primaria que en un hospital.

“Estando aquí ya es más sedentario el asunto, entonces un poquito con la alimentación como el ejercicio, me lo permite un poco; porque antes en la comunidad no lo podía hacer por el trabajo, porque ya llegábamos a las 9 de la noche a pasar información”
(Fragmento de entrevista Prof.6/Médico).

A partir de su relato, él refiere que en este trabajo comunitario tenían que hacer las visitas domiciliarias a las diversas comunidades rurales y, posteriormente llegaban a pasar la información que debían entregar a la supervisión. En este sentido, el médico hablaba de la

poca atención y autocuidado de la alimentación, sobre todo, porque el tiempo era absorbido por el trabajo. No obstante, señalaba que el trabajo era menos sedentario _visto desde el concepto de ejercicio_ porque ellos se dedicaban a realizar visitas domiciliarias en diversas poblaciones, por tanto, siempre andaban en movimiento, aunque tampoco es que le dedicaran un tiempo específico al desarrollo de una actividad física.

Esta narrativa nos permite observar que existe una mayor burocratización del trabajo en los centros de atención primaria, es decir, que además de haber una redistribución inadecuada del personal de salud, también el trabajo de supervisión, gestión y control es mucho mayor en estos campos de práctica, por consiguiente, también existe un mayor abandono de los profesionales hacia este rol, porque la mayor parte del tiempo la dedican a realizar trabajo administrativo más que de prevención, promoción y educación para la salud; y esto notablemente, se traduce corpóreamente en el desarrollo de enfermedades.

Cabe mencionar que, aunque el médico habla de un trabajo mayormente burocratizado en los centros de salud comunitaria, ergo, el trabajo que desarrolla en un segundo nivel de atención también le ofrece poco tiempo para el autocuidado, por ejemplo, él refiere que en este trabajo su actividad es más sedentaria. No obstante, él médico no habla de un rol de trabajo y cuidado no asalariado en el interior del hogar, a diferencia de las enfermeras.

Dentro de esta desigualdad profesional, la cual se traduce en la somatización de enfermedades, el enfermero también habla indirectamente de la condición del trabajo como coproductor de enfermedades. En este caso, él habla desde un rol asistencial dentro del hospital rural, específicamente, en el área de consulta externa; aquí se leen aspectos relacionados con el trabajo acumulado, mayor demanda de consultas, elaboración excesiva

de papelería y trabajo precarizado por falta de personal de enfermería, lo cual desencadena un acumulo de desequilibrios emocionales y físicos.

A este respecto, también podemos observar que la desigualdad profesional abarca tanto a hombres como a mujeres de una misma profesión, lo que se traduce en una desigualdad estructural de las profesiones de la salud, es decir, se observa una inadecuada distribución del trabajo interprofesional. Todo ello se deriva de la historia de las mismas profesiones, donde enfermería, pese a que ya cuenta con hombres enfermeros, a nivel de la institucionalización de las ciencias de la salud, la enfermería sigue ejerciendo el rol social y privado de la mujer en un nivel profesional (Moreno, 2018).

“La TA elevada de 190 sobre 90. Si estaba demasiada elevada entonces era probablemente por el cuadro de resfriado, fiebre, de estrés porque también le adjudico que andaba de aquí para allá (...) Pero todo eso lo hice en el trascurso de la jornada laboral, porque nosotros no tenemos como que la opción de ausentarnos o ir a una consulta formal como tal, por lo del trabajo” (Fragmento de entrevista Prof.7/Enfermero).

A través de este relato, también podemos distinguir la reproducción de un cuidado autocompasivo interiorizado en la enfermería, que también es **objetivado** a las **representaciones** del *ser* enfermero y hombre. Así, el enfermero también recurre a la idea del abandono del autocuidado y la atención del cuerpo, porque desde la enfermería, el **imaginario** del autocuidado se piensa como un privilegio al cual no se puede acceder, porque el propio trabajo los expropia de su vida y sentir (Moreno, 2018).

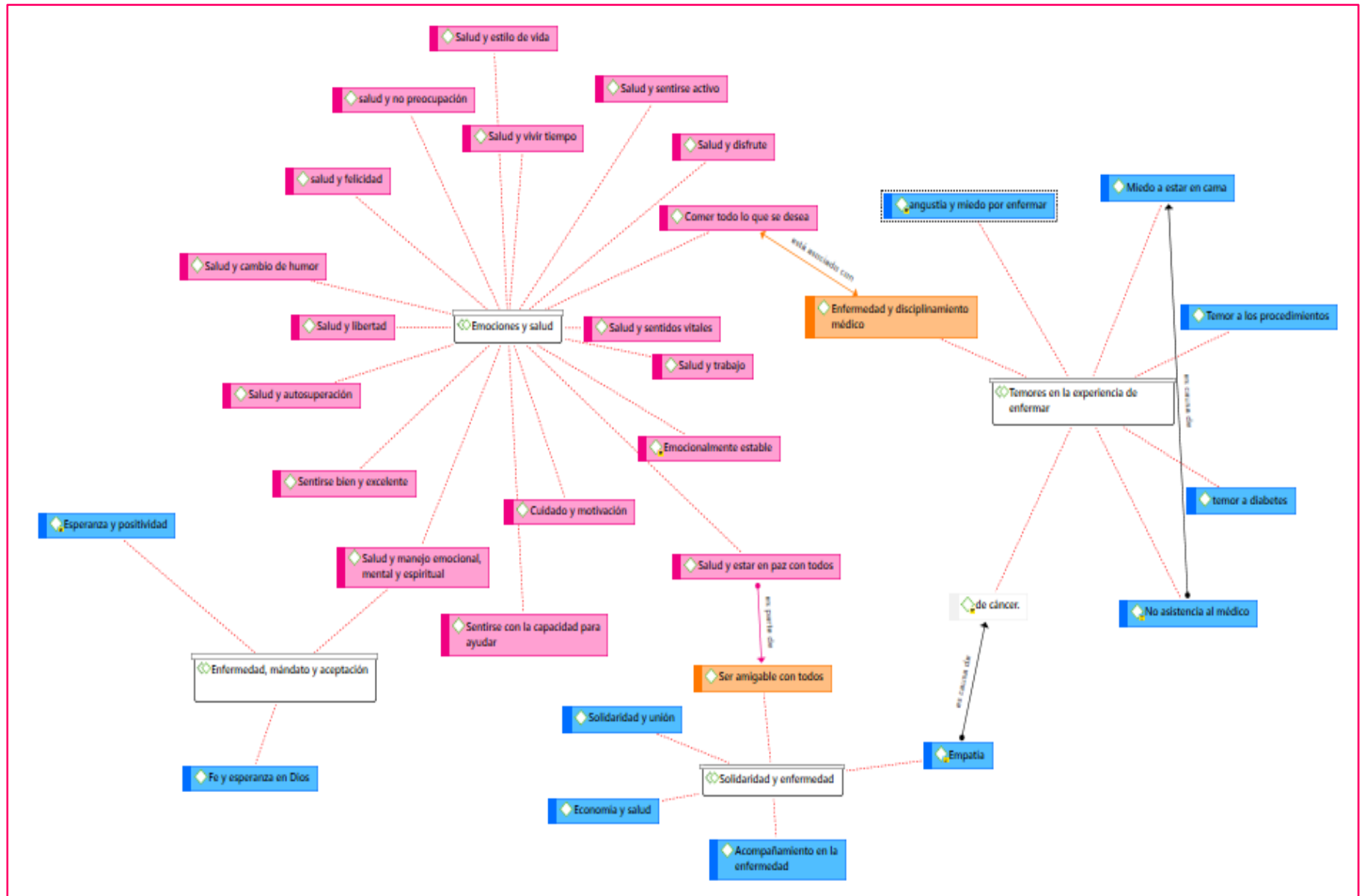
Empero, el desinterés del cuerpo, no se lee como un abandono de la persona, sino como una característica y valor humano y ético del ejercicio de la enfermería. En este tenor, se puede observar que la enfermedad que se deriva del trabajo entre medicina y enfermería es totalmente desigual, no solamente a nivel estructural, sino también a nivel emocional, sensorio-afectivo y del inconsciente.

En esta dirección, se observa a través de los fragmentos de las entrevistas que tanto las enfermeras como la médica hablan de una autovaloración y autoestima precedente al ejercicio del cuidado hacia el otro. No obstante, la violencia estructural y simbólica que se vive dentro de las profesiones de la salud, ha colonizado y creado una tecnología del yo “profesional”, en términos de Foucault (2003), que ha terminado por expropiar el cuerpo y pensamiento de los profesionales hacia una reproducción constante del trabajo capitalizado, olvidando así, el sentido digno de vivir, así como la propia autoestima y autocuidado, específicamente, en la **representación** de enfermería, que como ya describimos, se basa en el ejercicio de un cuidado autocompasivo más que solidario.

Sumado a estas reflexiones, también podemos leer la desigualdad profesional y la presencia de las enfermedades, así como la atención de las manifestaciones clínicas desde una perspectiva de género y a partir del rol de cuidado y acompañamiento familiar que ejercen las mujeres profesionales, porque como se pudo observar en los relatos, los hombres no emiten entre sus discursos actividades relacionadas con esta doble jornada de rol del cuidado.

En este sentido, manifestaciones como el dolor se desatienden desde este **imaginario** de resistencia y debilidad que se ha construido socialmente en la mujer, quién ha tenido que sobrevivir por más tiempo con esta dolencia, aunado, a que la enfermería inconscientemente les exige un auto-sacrificio moral y religioso del cuidado para alcanzar el máximo grado de auto-realización y autoestima.

Figura 7: Red de Categorías “Emociones y Espiritualidad”



Dentro de los resultados principales que se analizaron en las entrevistas, se destaca el valor de la categoría de las emociones, como una expresión espontánea que experimentan los profesionales de la salud, sin embargo, las emociones también construyen un componente de afectividad, sentimientos y **representaciones** que se relacionan con la objetivación e interiorización del término de salud y enfermedad.

En este entendido, los profesionales manifiestan sentirse sanos no sólo cuando carecen de dolencias y malestares corporales físicos, sino que el concepto de salud se subsume en otras dimensiones que abarcan cosmovisiones, cultura, equilibrio emocional, espiritual y territorial, así como de interacciones sociales, pero, por, sobre todo, abarcan un conjunto de emociones que se desprenden del **imaginarse** y sentirse sanos.

A este respecto, uno de los discursos que emergen de las enfermeras, específicamente, de las que son técnicas y originarias de Quilana, es la relación entre el goce y el deseo de la alimentación y el sentir plenitud y salud. Es decir, la salud la sienten presente cuando pueden disfrutar del placer que les produce comer, no solamente, en el verbo de alimentarse, sino en el hecho de poseer la soberanía y libertad para poder elegir los alimentos que más felicidad les producen. Por consiguiente, la enfermedad se **representa** con el concepto de dieta y ejercicio, como un sistema de control y vigilancia médica que se implementa cuando existe una enfermedad.

“Ah pues es lo más bonito, pues puedes disfrutar de todo. Comer que es lo que más nos encanta (sonríe), la comida. Uno puede comer de todo, o sea, ir a donde sea. Uno cuando está enfermo, entonces ay, el médico tienen que darle cierta dieta o ejercicios que tiene que hacer, o no hacer. En cambio, cuando está uno sano, puede comer lo que sea y no pasa nada pues, no hay que le perjudique o algo así” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Bien, muy bien. Me siento feliz, porque imagínese no, este yo nada más pienso de que cuánta gente está en un hospital sin poder, ahora sí que moverse, sin poder caminar para abrazar a su familia. Disfrutar de la casa de sus hijos, de un paseo, de una comida. Es tan rico comer, a estar tirado en un hospital, hasta para los mismos familiares no es vida.

*Y sin embargo, mientras uno tiene salud, puede uno ver, caminar, es algo tan lindo”
(Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).*

Estas primeras aproximaciones, nos hablan sobre esta expropiación corporal y personal que se padece cuando una persona entra en contacto con el sistema médico, que como refiere Moreno (2018), el enfermo deja de ser persona para ser propiedad de la medicina, por tanto, este sujeto ya no es ciudadano soberano para decidir sobre su propio cuerpo, sino que es la medicina la que elige por el mismo. En este sentido, las enfermeras técnicas, reconocen este sentir y preocupación de perder su autonomía y autogestión corporal.

Además, se puede señalar que estas enfermeras al ser originarias de la misma comunidad, también ostentan **representaciones** culturales e indígenas sobre la alimentación, en donde el alimento se convierte en el mecanismo de unión, cohesión y pertenencia territorial entre los habitantes del pueblo, y que se manifiesta en el desarrollo y vivencia de las fiestas. Por tanto, el alimento posee un valor simbólico y cultural fuertemente arraigado al sentido de pertenencia indígena y quialanense. Es así que, para las enfermeras, romper con este pacto de alimentación les haría sentirse expropiadas, no solo de su cuerpo, sino de su identidad indígena.

Asimismo, las enfermeras técnicas, también hacen referencia a la salud desde unas **representaciones** del capacitismo (Maldonado, 2017). En este tenor, ellas refieren que sólo se puede sentir saludable cuando eres consciente y disfrutas de todos tus sentidos vitales. A partir de ello, se puede leer que la discapacidad para el sistema biomédico y de las comunidades todavía sigue **representando** anormalidad y enfermedad, por consiguiente, se sigue reproduciendo temor entre los profesionales de la salud.

Por ejemplo, la enfermera técnica Prof.3 tiene en su **imaginario** que el contacto e interacción física y espiritual con las otras personas y la familia, sólo puede darse cuando la

persona no presenta ninguna discapacidad, porque al estar postrado en una cama, se piensa que se ha perdido la amistad, el amor, las sensaciones, las afectividades y la vida misma de las personas y de la familia.

En este sentido, cobra relevancia el concepto de movimiento y salud, porque las enfermeras y médicos marcan una frontera con relación a este término, es decir, el cuerpo debe estar en movimiento siempre para que pueda decirse que está sano. Estas **representaciones** pueden analizarse a través de dos postulados: 1) la inmovilidad del cuerpo se ha tergiversado en el sistema médico como una inacción e inutilidad del cuerpo, la cual se institucionalizó a partir de los procesos colonizadores, así como de la instauración del sistema capitalista y su asociación con la biomedicina como un dispositivo que contribuyó a mantener la hegemonía de este sistema.

Y 2) la formación académica de médicos y enfermeras, les ha instaurado la idea de una romantización de las ciencias de la salud, a partir del movimiento constante de los cuerpos de los profesionales, por tanto, éstos ven la imposibilidad de permitirle al cuerpo el descanso, el reposo, la inacción e inmovilidad. Es así que, para los profesionales, los cuerpos que no se mueven son cuerpo tullidos, cuerpos de desecho y cuerpos enfermos (Maldonado, 2017). Por consiguiente, pareciera ser que la salud inicia en el momento que hay movimiento, incluso, la enunciación del propio concepto de salud desde la OMS, habla de ese completo estado de bienestar físico, que no se piensa desde lo corpóreo y felicidad, sino desde el movimiento y función reproductora del trabajo capitalista y de la vida.

“Por ejemplo, ahorita me siento bien, me, pues no sé, me siento con ganas de seguir a ver qué, dónde debo de mejorar, como, por ejemplo, ya planeo mis actividades para la semana y me siento bien” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“Pues cuando estoy sana, pues me siento feliz, porque digo ay no Dios mío, que no me enferme, porque hago todo lo que se hacer y me gusta con más fuerza, con más gusto y ahora sí que entregarme no, a lo que se hacer. Eso dicen mis hijos, cuando tú estás bien,

luego se nota, porque en un día haces todo, ya hiciste tamales y de todo cuando no estoy trabajando, pero si estoy trabajando avanzo en mi trabajo, me entrego más a mi trabajo. Siento que damos más que cuando esta uno enfermo, o se siente uno mal, pues no quiere uno nada, pero cuando estas sano pues lo haces bien. Estas en el IMSS ahí contribuyes mucho con los programas prioritarios conjuntamente con los alumnos” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

En el caso de las licenciadas en enfermería, también hablan de estos cuerpos en movimiento, sin embargo, ellas hacen más explícito la connotación del cuerpo sano para seguir produciendo el trabajo y el ejercicio profesional. No obstante, la enfermera Prof.3 habla más de mantener y conservar la energía corporal para poder darle continuidad a las actividades y a su propia vida, pero también habla de la energía corporal como este nivel pulsional de introspección que permite repensarse a sí mismo y replantear su componente emocional para darse ánimos en la culminación o planeación de nuevas tareas.

En general, este componente pulsional de energía emocional es un elemento de las **representaciones sociales** sobre el cuerpo y la salud, que habla más de otro componente de la salud que no siempre se menciona en las categorías emitidas por la OMS. No obstante, el término de energía también era estudiado por la medicina tradicional que, incluso se decía que a través de los baños de temazcal se obtenía una entropía o cambio de energías para recuperar la salud de los cuerpos. Asimismo, las energías eran estudiadas para comprender los humores dentro de la medicina hipocrática, por consiguiente, la recuperación de la energía vital como motor y emoción deben estar presentes en la configuración del concepto de salud.

Asimismo, la enfermera Prof.5 habla de esta fuerza y energía que se produce al tener un cuerpo sano, por ende, al producir actividades, incluso el trabajo profesional. Aquí cobra relevancia, la importancia que adquiere la salud relacionada con realizar tareas profesionales que realmente se disfrutan, por consiguiente, la salud además de manifestarse en energía, se presenta en forma de adquisición de esa fuerza para gozar de actividades placenteras para la persona. Esto naturalmente, nos lleva a pensar sobre la importancia de recuperar el deseo de

ejecutar acciones que le producen un goce al cuerpo, en contraparte, cuando el trabajo no produce satisfacción a la persona, le puede desencadenar desequilibrios corporales.

Cabe mencionar que, aunque se habla de este goce del trabajo como algo que produce salud, no se piensa en esta energía como potencializadora de actividades no relacionadas con este campo, por ejemplo, el uso de esta energía para desarrollar otras competencias fuera de lo profesional (arte, cultura, deportes, artesanías, sabidurías indígenas, etcétera). Con ello, podemos mirar las representaciones de la salud en función de la objetivación del trabajo y el uso del tiempo productivo entre las profesionales de la enfermería. A quienes se les ha enseñado desde la academia, que su tiempo no es su tiempo, si no es el tiempo para el ejercicio de la enfermería, para el cuidado de los otros y para la actualización de los conocimientos avanzados de la profesión.

Los siguientes fragmentos de entrevista se corresponde con el enfermero y con el de ambos profesionales de la medicina.

“Pues como todos ¿no? sentimos el entusiasmo de vivir el tiempo, de disfrutar el tiempo, de tratar de hacer nuestras actividades pues al 100 por ciento (...) el ser exigente era decirles que hagan bien las cosas como se deben de hacer ¿no? sin embargo, sí creo en ser un poquito normativo para hacer las cosas como se tienen que hacer o como esta normado” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

En el caso del enfermero, vemos que rescata uno de los campos de **representación** de la salud, tal es el caso del **imaginario** del disfrute libre del tiempo. En general, el tiempo es uno de los componentes que el modelo biomédico capitalista ha desestructurado del entendimiento de la salud, es decir, el tiempo solo se contempla para cuantificar la dedicación a actividades reproductoras del trabajo. Así, el tiempo dedicado a la ociosidad o el esparcimiento mental y recreativo no se contempla como un componente que se deba estudiar y analizar en la salud o enfermedad de las personas.

Por el contrario, el tiempo dedicado a estas actividades de recreación y descanso se miran como poco productivas, anormales y hasta patologizadas, por ende, la culpa aparece inmediata y posterior a disfrutar de la salud y el tiempo desde este entendimiento. Sin embargo, en las **representaciones** emocionales, senso-afectivas y del recuerdo, el tiempo aparece como generador de salud, pero sólo cuando se utiliza para disfrutarlo y hacer del mismo, lo que realmente se desea hacer.

Entre otros resultados, también podemos destacar de los discursos del enfermero y de la enfermera Prof.5 que hablan de mantener el cuerpo sano y la energía para producir los trabajos “bien hechos” desde este **imaginario** de perfección, normalidad e indicador de calidad que se maneja y construye en la enfermería.

En este sentido, el riesgo a la frustración se hace más presente en ellos, porque han interiorizado en toda su trayectoria profesional un conjunto de normas, guías y conductas que deben desarrollar para obtener un producto y comportamiento perfecto, por el contrario, cuando éstos fallan a las normativas son señalados y castigados mucho más que otras profesiones de la salud. Es por ello que, ellos aluden a la correcta funcionalidad del cuerpo para poder atender todas las exigencias de la profesión, incluyendo aquellas que son más burocráticas que procedimentales. Es así que, el nivel de auto-exigencia corporal y personal se hace más pronunciada en estos profesionales, y como consecuencia, **piensan** que la enfermedad y la atención de la misma es un privilegio que no se pueden dar cuando tienen un trabajo como el de ellos.

Con base en las respuestas que emiten los profesionales de la medicina. La médica habla del cuerpo activo y en movimiento para referirse a la salud, sin embargo, ella trata el movimiento como un productor de la acción social del trabajo, y muy específicamente, del bienestar físico y emocional del propio cuerpo para poder ayudar a las personas que necesitan

de ella. A partir de este relato, se puede apreciar la importancia del equilibrio emocional como fabricante de empatía, de interacción, de solidaridad, de capacidad y de trato digno, porque justo la energía emocional permite el deseo y la seguridad para ayudar al otro.

“Pues bien, excelente, me siento muy bien y emocionalmente estable; también con la capacidad hasta para ayudar a los demás” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

En esta línea, también el médico hace referencia a este desequilibrio emocional que altera las energías corporales y del humor, por tanto, cuando las energías no son identificadas y canalizadas pueden producir disgustos y afectaciones de incomodidad corporal. No obstante, cobra relevancia que, dentro del modelo biomédico, la enfermedad siempre adquiere una connotación negativa, por ende, también se generan emociones llamadas “negativas” a partir de estas experiencias. Así, se lee que la sola presencia de enfermedad, puede crear cambios de humor que cambian totalmente el sentido de la vida y del trabajo.

“Pues bien, me siento activo, de cambio de humor porque la enfermedad también te cambia, entonces se siente uno bien, más activo, pues se hace la jornada más pequeña (sonríe)” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Finalmente, dentro de estas **representaciones** de la salud cobra relevancia la entrevista de la enfermera técnica originaria de Quialana, quien también ya es jubilada del seguro social. Ella además de mencionar el concepto de emociones, engloba el sentido del vivir bien, que no sólo incluye el estar bien consigo mismo, sino también el estar bien con los otros que conforman la comunidad o entorno próximo, y que justo se localiza en la cosmovisión indígena del bien vivir y del bien común. Esto nos lleva a replantear la salud a partir de una corresponsabilidad y co-educación del cuidado, así como de una ética solidaria que favorece el dialogo interepistémico, la escucha activa, la sensibilización, la aceptación de las diversidades de pensamiento, la conciliación de conflictos y la empatía para entender y comprender al otro.

“Ahora emocionalmente, pues estar bien con todos los hijos, con hermanos, primos, sobrinos, con todo el pueblo, con todo el mundo pues, para qué es pelear, para qué, sí yo no digo ay mi vida ha sido uff, ahora sí que todo de color de rosa, pero como en todas las familias hay muchos problemas, hay problemas familiares, con los hijos, con la pareja y todo, pero yo creo que sobrellevar eso” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Entonces y a pesar que el concepto de emociones, afectividades y sentimientos no viene implícito en las definiciones que la OMS ha construido sobre la salud, se puede mirar que la energía emocional cobra sentido en la forma en que los profesionales **representan** y manifiestan la salud, porque claramente ellos hablan de un disfrute del trabajo y de la vida, cuando el cuerpo se siente bien emocionalmente.

Estos resultados también nos pueden dar pautas de interculturalidad y deconstrucción de la salud a partir del diálogo con otros saberes ancestrales e indígenas, los cuales pueden vincular esta cosmovisión de emociones y espiritualidad a la salud occidental, que como ya se vio, en enunciación disciplinar no se menciona, pero en **representaciones e imaginarios** es tan vigente como en la cosmovisión indígena. Tal es el caso del tiempo, la energía pulsional, la alimentación, la recuperación de la soberanía de los cuerpos, el manejo de la auto-exigencia, la recuperación del cuidado y el autocuidado, el equilibrio del cuerpo con el cosmos, así como la filosofía del buen vivir desde una practicidad política y colectiva.

Dentro de los discursos que producen los profesionales de la salud con respecto a las emociones, se encuentran las sensaciones o pensamientos que ellos expresan verbalmente frente a una experiencia de enfermedad, y que también nos permite comprender los significados contruidos a partir de estas vivencias.

Como punto de partida de esta somatización y exteriorización de las emociones, las enfermeras que son originarias y vecinas de la comunidad (25-30 años) traen a la memoria los recuerdos afectivos y sintomáticos que les produce pensar en su experiencia de enfermar.

En este sentido, ambas se refieren al término de “feo” para señalar la emoción surgida por el recuerdo de la enfermedad.

“Es una experiencia muy muy fea” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Estuve como mes y medio con eso, pero ya con eso se me quito, pero sí muy feo, tuve que digamos llevar tratamiento como por mes y medio (...) Mi mamá ya tiene, unos que, cinco años, creo que yo estaba en la universidad, y si estuvo muy feo porque mi mamá llegó hasta perder la conciencia y le dio amibiasis” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

De ambas experiencias, se sustrae el significado del continuum que se crea entre la salud y la enfermedad a partir del modelo biomédico. Es decir, la enfermedad se posiciona en el extremo lejano y negativo de la línea, y más lejano aún, se encuentra la muerte (Moreno, 2018). Desde la mirada clínica la enfermedad **representa** todo significado negativo, consecuentemente, no existe una pauta para pensar el desequilibrio corporal como un espacio para replantear la vida y la salud y como una oportunidad para reflexionar sobre el autocuidado.

Por el contrario, los significados de la enfermedad no sólo se ven atravesados por un complejo conjunto de malestares físicos y psicológicos, sino también se configura a partir de **imaginarios** de carácter procedimental, invasivo y de control biomédico, por consiguiente, la **experiencia** de enfermar se instituye a través de una serie de símbolos, percepciones y estereotipos profesionales basados en binarismos entre lo normal y lo patológico, que hacen de la experiencia de enfermar de los profesionales, la trayectoria más compleja de vivir y enunciar.

Cabe mencionar que, para los profesionales de la salud la experiencia de sentir y vivir la enfermedad en el momento en que acontece, no les permite repensar otras posibilidades de entenderla. Sin embargo, posterior a la superación o trascendencia de la misma, se puede mirar a la enfermedad como una pedagogía de la vida y la salud, porque sólo a partir de estas

experiencias se puede comprender la trascendencia de la vida y se puede entender y vivir la empatía, tal como le ocurrió a la médica entrevistada.

“Fue una experiencia que me ayudó mucho porque en parte sí es un trauma muy difícil que se vive como por ahora este lado de paciente y de familiar, este, entonces me ayudo en parte como para tener más empatía con mis pacientes y tratarlos mejor, al familiar también, saber su preocupación, saber su necesidad de atención” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Esta propuesta de la médica, nos permite replantear la empatía como una competencia que deben desarrollar los profesionales de la salud, sin embargo, surge el cuestionamiento ¿sí ésta solo se puede lograr a través de vivir una experiencia semejante para formar este habitus? o es que se requiere de un espacio en la formación académica de los profesionales para el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo que atienda a la contextualización, interseccionalidad y ética del cuidado y la salud, porque a partir de este fragmento, sólo se podría pensar que sin experiencia propia no se puede lograr sentir y vivir la empatía.

Asimismo, esta experiencia de la médica se relaciona con las formas de entender la salud de las comunidades indígenas, las cuales, versan sobre la solidaridad, la unión y resolución colectiva de los desequilibrios, así como el acompañamiento de la familia y de la comunidad en diversos problemas, incluyendo las dolencias corporales (López Austin, AÑO). No obstante, se mira que el sistema patriarcal instaurado por los procesos de colonización, también ha dado a la mujer este rol de cuidado y acompañamiento frente a la enfermedad, justo desde donde se posiciona la médica (Ochoa, 2020).

A estas representaciones, cabe agregar que, para el caso de ambos hombres entrevistados, ellos no hablan de las emociones experimentadas al enfermar, debido a que las enfermedades que ellos describieron, se mostraban como malestares, imprudencias, excesos de trabajo y de convivencia, incluso, ellos mismos no las nombraban desde su mirada y posición como “enfermedades”, sino como una especie de tropiezos en sus acciones, por

consiguiente, al mostrarse como desequilibrios menores, ellos se podían imaginar recuperados muy rápidamente sin ver afectadas sus emociones y sentires (Bourdieu, 2014).

Recuperando el tema de la empatía, las mujeres entrevistadas tanto implícita o explícitamente hacen referencia al haber entendido y comprendido este término sólo a partir de experiencias de enfermedades, principalmente del cáncer, como una de las patologías que mayor sufrimiento y alteración emocional han producido en el entorno familiar de las profesionales de la salud. Por consiguiente, el cáncer cervicouterino (CACU) se convierte en la enfermedad más temida por las enfermeras y médicas, las cuales traducen sus emociones en sus entrevistas.

“De cáncer. Mi abuela falleció de cáncer cervicouterino, apenas tiene como cuatro años que falleció mi abuelita de cáncer cervicouterino y vi cómo cuidar a una persona con cáncer, y todo eso, entonces sí ¡ay no! es lo peor que le puede pasar a una mujer, y vi cuando íbamos a sus terapias, o sea, su radio y ¡ay no! todo, las quimios y todo eso (...) Entonces, ahí fue como tu observas y ¡ay no! no te gustaría estar en el zapato de ellas ¡ay no!” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Si la verdad sí. Lo que más le tengo miedo ahorita es al cáncer cervicouterino, no sé por qué, pero le tengo miedo, le tengo mucho miedo. Yo creo que, por la edad, o no sé (...) este, no sé, yo creo que, no sé, cambiar mi estilo de vida, empezar con tratamientos con quimio, no sé, me da mucho miedo tan solo de pensar eso, y por lo que he visto también” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“Si, de cáncer. Eso sí me da mucho miedo, porque en mi familia, porque lamentablemente en mi familia hay muchos antecedentes de cáncer (...) A mí me da muchísimo miedo el cáncer, aunque claro estoy pendiente de mi salud pues, por lo mismo, yo me voy a hacer mi Papanicolaou cada año, yo pues trato de cuidarme lo mejor que yo pueda (...) entonces yo les digo por ningún motivo me dejen que el cáncer me consuma, si me da mucho temor, porque he visto los sufrimientos de mi familia. Entonces yo no quiero vivir así, yo no quiero estar así, le digo, y para mí sería lo mejor, le digo, a que el cáncer me consuma” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Y la situación que vivió mi madre cuando se trataba con quimioterapias este, de saber que sí no llevaba el tratamiento a pesar de que no fuera tan agresivo, pues cuáles iban a ser las consecuencias, no, entonces el hecho de impulsarla, de apoyarla” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Como una primera lectura, podemos ver que las enfermeras hablan del CACU como una enfermedad que sólo puede afectar a las personas con útero, por tanto, ellas en su concepción de mujeres se perciben como potencial de riesgo para atravesar por este

desequilibrio integral del cuerpo, sobre todo, sí se conjuga con otros componentes como los antecedentes heredofamiliares. En este sentido, una primera asociación entre CACU y la condición de mujer se ve fuertemente **resignificado** hacia un temor siempre presente entre enfermeras y médicas.

En esta línea, nos preguntamos sobre el origen del temor construido colectivamente entre estas mujeres. A este respecto, se observa que uno de los planteamientos que ellas elaboran a partir de sus experiencias familiares o profesionales, es sobre el sufrimiento y dolor que viven las mujeres con cáncer. Es así que, las profesionales enuncian un miedo sentido y solidario hacia este tipo de padecimiento, incluso, la Prof.2 menciona que es una de las peores cosas que le puede pasar a una mujer.

A partir de esta lectura, se puede reflexionar nuevamente sobre la categoría de dolor, la cual ya se abordó previamente en el entramado de síntoma conjunto o aislado de un cuadro clínico, pero que como ya se analizó, la biomedicina ha controlado tanto el cuerpo de las mujeres al grado de expropiarlas del autoconocimiento corporal, es decir, las mujeres se han olvidado de conocer y cuidar su cuerpo, dejando todo el conocimiento y la decisión sobre el mismo a la medicina moderna (Foucault, 2000).

Así, sólo cuando la autoridad médica les dice a las mujeres con certeza que están sanas, es cuando ellas se reconocen saludables. En términos generales, la extrema vigilancia y control de la medicina sobre los cuerpos de las mujeres, ha hecho que éstas ya no sepan identificar sus propias necesidades de sanación a partir de sus sensaciones, afectos y emociones, sino que ellas sólo reconocen que tienen un desequilibrio cuando el dolor y el sufrimiento corporal se hace más intenso, o cuando el indicador objetivo biomédico señala que existe un problema (Foucault, 1996).

En este sentido, las profesionales hablaban de procesos cancerígenos muy avanzados, dejando toda su configuración emocional en los procesos de dolor y sufrimiento de estas mujeres. Incluso la enfermera técnica (Prof.4) hablaba de una consumación y fagocitosis del cuerpo por el tumor maligno, algo que para ella **representaba** uno de sus mayores temores.

Entre otros de los elementos que se anclan a la objetivación del miedo al cáncer, se presentan los procedimientos médicos en el manejo de este padecimiento, tal es el caso de la radioterapia y quimioterapia, este último se concibe por la médica como un tratamiento agresivo para el cuerpo, por consiguiente, las enfermeras y médica **perciben** un miedo generalizado al cáncer a partir de estas **representaciones** de la quimioterapia, y no sólo hacen alusión al proceso de administración de la misma, sino a las consecuencias que deja este tratamiento sobre los cuerpos de las mujeres. Es así que, la médica describía su cimentación del miedo desde el diagnóstico de la enfermedad, el desarrollo del tratamiento, pero también su cuerpo se veía atravesado por el temor al pensar en el futuro, es decir, pensar en las posibles consecuencias derivadas de este proceso terapéutico.

En este tenor, se observa que el *habitus emocional* (Bourdieu, 2000) construido en torno al cáncer entre las profesionales de la salud, se configura a partir de las manifestaciones y formas de presentarse del tumor, pero también se suman otros componentes que permean el miedo generalizado, tales como los procedimientos biomédicos dolorosos y riesgosos, la condición de vulnerabilidad por ser mujeres, los antecedentes heredofamiliares, la recidiva del cáncer y las consecuencias derivadas de la enfermedad o del tratamiento, entre ellas, las privaciones de sus deseos, goces y libertades, por ejemplo, la modificación en los estilos de vida.

Empero, el sistema biomédico ha añadido otros elementos simbólicos a esta construcción política del miedo entre las mujeres, tal es el caso de la edad y la poca

participación de las mujeres en la vigilancia de sus cuerpos a través del Papanicolaou y otros estudios diagnósticos. En esta línea, las mujeres profesionales se ven acorraladas por diversos factores y elementos simbólicos que les recuerdan constantemente su vulnerabilidad a padecer CACU.

No obstante, y a partir de este temor que muestra las mujeres profesionales a enfermar de CACU, también se rescata que la enfermera técnica refería que estas experiencias familiares de cáncer, le permitieron adquirir las competencias para cuidar a este tipo de mujeres. En este sentido, la enfermera le da un giro emocional al temor por la oportunidad de aprender de la enfermedad o desequilibrio corporal. Asimismo, la médica nuevamente retoma la importancia del apoyo y acompañamiento de las mujeres en estos procesos dolorosos, las cuales hacen menos compleja esta experiencia.

Estas dos últimas **representaciones**, se interpelan con la concepción cultural y tradicional de la enfermedad, porque para los pueblos indígenas, los desequilibrios corporales o dolencias comprenden mensajes del cuerpo que dejan enseñanzas y reflexiones. Asimismo, las manifestaciones corporales son signos y símbolos que indican que algo no está bien con el cuerpo o la vida de la persona (Menéndez, 1998; Gómez y Palacios, 2009). En este sentido, se puede pensar en estos elementos representativos como puntos de encuentro en el entendimiento y deconstrucción de la salud a partir del diálogo intercultural entre estas dos tradiciones.

Asimismo, cobra relevancia que en el hecho y acto de enfermar se construye un temor hacia las prácticas y técnicas biomédicas, más que a las manifestaciones de la propia enfermedad. En este sentido, este miedo construido y objetivado a la experiencia del enfermar, se traduce en la no asistencia de los profesionales al sistema de salud, porque como lo señala la enfermera, existe un miedo **sentido y representado** hacia los tratamientos, pero

principalmente hacia los procedimientos invasivos y dolorosos, y a todos los demás regímenes que conllevan a la recuperación del cuerpo averiado, que más allá de verlos como terapias que recuperan la salud, se miran como castigos por haber enfermado el cuerpo (Menéndez, 1998).

“Si, la verdad sí, si tengo miedo pues ya de todo el tratamiento, es a todo lo que me voy a someter entonces (...) entonces eso es lo que trato todo el tiempo, porque es por mí, porque si no al rato ya me tienen que inyectar, canalizar y cosas así y ¡ay! a mí no me gustan” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Este fragmento de la entrevista de la enfermera, se entrecruza con las **percepciones e imaginarios** construidos en las mujeres de Quialana, tal como lo muestra la enfermera técnica, quien nos describe el caso de su abuela. En esta situación, aunque ella habla desde su posición como enfermera, también manifiesta las expresiones verbalizadas y sentidas de su abuela, y justamente, ella habla de esta negatividad de su abuelita para acudir a consulta médica. En principio, la conversación gira en torno a una negatividad de su familiar producida por la vergüenza y la exposición de sus partes íntimas, sin embargo, en un momento la enfermera técnica se cuestiona si solo era la vergüenza, o, en realidad no quería ir a consulta por otros motivos que ella aún desconoce.

“Pues fíjese que, a las mujeres, así como que les da pena tomarse su Papanicolaou, hacerse sus revisiones (...) Entonces ella siempre se quejaba de la espalda, hasta que una tía la llevó con una ginecóloga. Bueno, ella aceptó ir y ya fue con la ginecóloga, y entonces, fue ahí donde detectaron que no era su espalda, porque ella inventaba cualquier cosa con tal de no ir, pero pues ahí si ya no sé cómo ya la convencieron para ir con una ginecóloga. Ya de ahí la ginecóloga fue la que detectó que tenía cáncer cervicouterino, pero pues, ya estaba en etapa terminal (...) Pues si fue un proceso muy difícil (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Es aquí, donde la enfermera técnica habla de una posición injustificada de su abuelita para no acudir al médico, por tanto, ella lo maneja como pretextos que la abuela encontraba para no acudir a revisión, pese al dolor intenso que sentía en la espalda. Esto nos posiciona

nuevamente sobre el tema del dolor, porque, y pese a que el dolor que sentía su abuelita era intenso, ella prefería aguantar el sufrimiento corporal que acudir al sistema médico.

Estos resultados nos permiten repensar en otras posibles realidades sobre la tolerancia del dolor en las mujeres. En principio, se puede interpretar que el dolor es un estado corporal que las mujeres han tenido que normalizar y naturalizar, porque sí el dolor es poco perceptible por la mujer, éste suele ser ignorado por el modelo biomédico, pero también se descubre que muchas mujeres indígenas prefieren aguantar el dolor intenso que acudir al servicio médico, todo ello, desde diversas realidades que ellas ha interpretado y representado a partir de sus experiencias: racismo, discriminación, exclusión, maltrato, costos de los servicios, distancia geoterritorial y temor a los procedimientos invasivos y dolorosos.

Esta última condición, converge con los motivos que las enfermeras expresaban para no acudir a consulta médica. A partir de ello, se puede pensar en una semiótica del dolor y de la humanización hacia el trato de los usuarios en general, sobre todo pensando en la ejecución y trauma que producen los procedimientos biomédicos. En este sentido, cobra relevancia construir modelos de salud que se aproximen a las personas, que dialoguen con ellas, porque si ya se habla de un modelo que es desigual en el acceso, la brecha se hace más amplia si se habla desde la pérdida de la dignidad, vulnerabilidad y sentir de la persona.

En este entender del trato digno y propiamente de la dignidad de la persona, la enfermera técnica, también habla de la afectación y consumación del cuerpo por el cáncer. En este tenor, ella se aproxima al desborde e invasión del cuerpo, cuando éste ya no puede sostenerse; y ya se encuentra totalmente debilitado y cansado. Es aquí, donde ella se replantea a partir de las experiencias familiares, la eutanasia o bien morir de forma clandestina, porque ella sabe que la biomedicina castiga moral y éticamente este acto, pero, cuando ella hace sus propios ejercicios de reflexividad sobre la dignidad y respeto al cuerpo, es cuando ella

reconoce que desearía morir antes de vivir una experiencia semejante de sufrimiento. Esto también nos permite cuestionarnos sobre el origen o campo de enunciación de la moral y la bioética, que nunca se posiciona desde el sufrimiento y vivencia de estas personas.

“Yo estoy dispuesta a todo, pero si ya es demasiado tarde, pues yo creo que ahora sí me gustaría que eso pasará, no vivir y sufrir todos esos síntomas de la enfermedad, sino que me paguen un médico y ahora sí que, porque yo no quiero sufrir” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Cobra relevancia que los profesionales de la medicina y el enfermero, fueron los que respondieron que no presentan ningún temor a enfermar. En el caso de la médica, en uno de los fragmentos anteriores describió los temores que sentía durante la experiencia de enfermedad de su madre, la cual ya se analizó previamente, sin embargo, cuando se le pregunta sobre sus propios temores al verse enferma. Ella habla desde un posicionamiento y estatus médico más que personal, por ello, señala que no siente miedo porque enferma escasamente, además de hablar de una esperanza en los avances y tratamientos biomédicos.

En este caso, la médica recupera sus saberes y discursos biomédicos para emitir una valoración clínica sobre su propia corporalidad, aunque, en el fragmento anterior, ella misma haya mencionado sobre la agresividad de los diversos tratamientos y principalmente, sobre las consecuencias que estos producen en el cuerpo. Esto nos deja claro que, la mirada y discurso biomédico siempre tiende a promover el propio modelo, aunque, subjetiva y transpersonalmente no se coincida con estos principios, porque la experiencia les ha dejado otra interpretación y **representación**.

“No, no siento miedo, incluso, yo muy pocas veces me enfermo; pero de enfermarme de algo no, porque este, porque sé que en el momento que llegue una enfermedad también hay tratamiento para ello ¿no?” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

El discurso del médico, va enfocado hacia la misma producción de conocimientos contruidos sobre la biomedicina, sin embargo, al final apunta hacia una característica

inherente al ser humano, pero que conforma un temor generalizado y que también se ha construido social y profesionalmente “El miedo a la ancianidad”, mismo temor que aparece entre los habitantes jóvenes de Quialana.

“Pues no, mmm, o sea, sabemos que con la edad van a aparecer ciertas enfermedades, pero afortunadamente su servidor cuida un poquito de su salud” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Este miedo relacionado con la edad adulta, refleja una cierta emoción negativa a esta edad de las personas, en las que mayormente aparecen las discapacidades, el poco movimiento del cuerpo, así como la poca productividad del mismo, por ello, aunque él retoma el discurso de los mecanismos de prevención de enfermedades, el envejecimiento del cuerpo, así como las representaciones del mismo, no puede extraerlos de sus discursos, sobre todo porque la edad del médico oscila entre los 50 y 60 años.

Con respecto, al enfermero, él explícitamente no hace mención de sentir un temor a padecer diabetes, pero en el trayecto del discurso vemos el cuidado que él presta a hacer una mención directa a esta enfermedad. No obstante, introduce el término de diabetes, pero como algo que sabe que está presente, pero que no puede expresar verbalmente como un temor, aunque, exista dicho miedo interiorizado y sentido.

Finalmente, él concluye su entrevista, apuntando que los conocimientos que él ostenta como enfermero lo protegen en cierta medida de enfermarse, porque él ya sabe cómo cuidar de su cuerpo. Sin embargo, también en su imaginario él reconoce que no es inmune y que ha presentado desequilibrios corporales, pero, ninguno de ellos ha sido nombrado como grave o complicado, por tanto, es algo que le ha ocurrido, pero no le han producido un temor generalizado a enfermar. No obstante, se resume que uno de los padecimientos a los que más le temen los hombres es a la diabetes, sobre todo por la pérdida de ciertas piezas corporales, que los hacen inhabitables, incapacitantes y poco viriles.

“Este, normalmente, no le temo a, en cualquier momento podemos, bueno en mi caso yo soy potencial a ser diabético porque mi papá es diabético, pero sé que, si no llevo una buena, si no me cuido pues soy propenso a ser diabético. Y como personal de la salud ya sé que debo llevar una buena alimentación y hacer actividad física y demás para evitar la enfermedad, no. Normalmente siempre he sido, llevo trabajando más de 20 años, y nunca he tenido una este, una incapacidad por enfermedad, por así decirlo, entonces prácticamente si he sido una persona sana. Hace unas semanas que me enfermé, pero (sonríe), pero no, no le temo a enfermar” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Estas dos últimas entrevistas a ambos profesionales hombres, nos llevan a replantear y resignificar los sentidos y direcciones de la salud y la enfermedad entre esta población masculina, sobre todo, porque ellos han tenido que hacer una contención de emociones que orientan y guían sus conductas y prácticas hacia una forma racionada de las afectaciones del cuerpo. Es así que, ellos han configurado sus emociones “negativas” en trastornos de salud mental, o, en problemas emocionales de las mujeres, por ende, ellos no se permiten expresar estas afectaciones de miedo, dolor, tristeza y debilidad masculina que pueden verse reflejadas a través de las enfermedades o el envejecimiento (Moreno, 2018; Menéndez, 1998).

Cabe mencionar que el temor que expresa el médico hacia el envejecimiento del cuerpo, también se representa en las enfermeras que ya están jubiladas y tienen más de 60 años, sobre todo que ellas expresan esta posibilidad de perder el movimiento debido a un mayor envejecimiento. La construcción del miedo se ha alineado a partir de dos principales componentes: la edad adulta y las enfermedades que vienen acompañadas con la edad. En este sentido, no existe un temor directo a la enfermedad, sino a una de las principales consecuencias de ésta “la discapacidad o inmovilidad física”, que como ya se abordó, el cuerpo inmóvil y envejecido se representa dentro del modelo biomédico como un cuerpo inservible.

Cabe mencionar que, la enfermera que vive en la comunidad, también hace referencia a las emociones que le genera permanecer inmóvil en una cama, pero más, al hecho de estar internada en un hospital bajo esta condición, que hace mucho más complejo el proceso

porque se conoce que, desde este espacio, la persona queda expropiada de su libertad y su cuerpo, por tanto, el temor se hace más profundo (Foucault, 1996; Moreno, 2018).

“Si me da miedo porque se dice, incluso uno no, al paso del tiempo a mayor edad...nunca me he enfermado así haya estado en cama. Y mi miedo es como soy muy activa, a enfermarme algún día y no moverme, y ese es miedo, no a enfermarme, sino a que un día me enferme y haga yo cama y no me pueda parar. Ese es mi miedo (...) porque soy muy activa, siento que me voy a morir más rápido, a una gripita que se me pasa y ya” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

“Pues me alarmé, me alarmé, porque lo que pensé fue, es mi columna, es mi columna porque ya me estaba dando guerra” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

“Como le digo la gente que ya está en un hospital es tan triste, es muy triste, ay no, o una persona que no ve, a lo mejor desde que nació no vio cómo es el mundo, cómo es la vida, digo, pues, aunque sea yo uso lentes, pero yo puedo ver, puedo oler, puedo respirar, puedo ver tantas cosas hermosas que hay en la vida ¿no?” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

No obstante, frente a los temores que ellos manifiestan sobre el imaginario de enfermedad, procedimientos invasivos, dolor, sufrimiento, discapacidad y envejecimiento, se presentan otros símbolos que permiten darle el giro emocional y sensorial a estos sentimientos de miedo y sufrimiento, tal es el caso de la fe y la esperanza que se construye como una oportunidad para pensar los desequilibrios, la energía emocional y espiritual.

Al respecto, se puede observar que los profesionales de la salud que cursan con una edad de 50 años en adelante, tratan entre sus discursos sobre estos componentes tanto externos como internos que los ponen en acción para poder mirar y pensar la enfermedad desde otras posibilidades. En esta línea, las enfermeras apuntan hacia la metáfora de la persona que cae y deberá levantarse para continuar su camino, por tanto, también se interpreta que las caídas son sucesos que no se pueden evitar y que son parte de la vida de las personas.

En este sentido, a través de esta metáfora, se puede leer la mirada histórica que las culturas indígenas tenían sobre las enfermedades, que más que denominarlas así, las llamaban desequilibrios corporales, por ende, había que encontrar el origen de ese desequilibrio para

poder contrarrestarlo y lograr la armonía y paz del alma, cuerpo y espíritu (Menéndez, 1998; López Austin, 2014; Vega, 2002).

Con base en este argumento, se puede observar que para las comunidades indígenas la enfermedad representaba una oportunidad para leer y escuchar al cuerpo, incluso en el uso del temazcal, que era un baño de los cuerpos que permitía realizar ese cambio energético y armónico de las personas. Es por ello, que en la entrevista de la enfermera técnica se encuentran estos elementos culturales para la comprensión de la salud y de la vida, porque, tal como señala Vega (2002), la persona sólo puede dar cuenta de su existencia cuando ésta está ausente. Asimismo, ella retoma el concepto del bien vivir y del bien estar desde esta concepción cultural de la armonía y equilibrio integral de la persona.

Empero, la enfermera Prof.5 también habla de otro componente siempre presente, y que actúa como energía emocional o habitus emocionales de las personas que conforman inclinaciones interiorizadas hacia prácticas u objetivos que no se modifican fácilmente (Cedillo, 2017), tal es el caso de los motivos que llevan a las personas a realizar determinadas actividades, las cuales pueden causar desorientación, incomodidad y disconfort, por ejemplo, un régimen médico prescrito.

Esto nos permite reflexionar, sobre estas energías emocionales de alta densidad que se presentan como un stock de posibilidades y disposiciones de las personas para transmutar los desequilibrios corporales (Bourdieu, 2002). En este caso, aunque se presenta un motivo de alta emocionalidad, también nos ofrece la oportunidad de pensar en estas otras alternativas como fuente de esperanza y de resolución de situaciones, las cuales deben adaptarse al contexto y disposiciones de las personas, no sólo para llevar a cabo las indicaciones de recuperación de la salud, sino para recuperar el sentido de la vida y pertenencia al grupo social.

“Ahora sí que como dicen aquí ¿no? si te caíste pues volver a levantarte y seguir adelante porque no tiene caso, ahora sí que caer y no levantarse y seguir en ese problema, yo tal vez alguna vez lo hice, y uno siente que no va a poder salir adelante, que uno piensa que es el fin del mundo, de la vida, pero yo creo que uno está mal, porque hay tantas cosas por cual vivir, por quién vivir; y dejarse ahí en ese lugar, en ese hueco, en ese agujero, en ese círculo (...) Yo creo que es martirizante, estresante, desgastante, sobre todo, en todo estar ahí ¡ay no! que mejor que salir de ahí, es lograr salir de ahí e ir adelante ¿no? otras cosas vendrán, otras cosas nos esperan ¡ay no! yo no sé, es algo que no debería uno de pasar o de vivir ¿no? pero se desgasta uno, no come uno bien, no estás bien con nadie, y no; yo creo que nunca es tarde para empezar (...) Yo creo que cada tropiezo sirve como que para hacernos más fuerte, para darnos cuenta de que hay tantas cosas por cual vivir (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“He tratado de mantenerme en el peso y como fui a Perú, también por eso, porque tenía que subir la montaña. Entonces esa idea de ir a Perú me hizo bajar de peso, y no tenía yo condición, pues me hizo salir a caminar, que antes no hacía yo, ahora ya lo hago” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

En esta connotación, también la médica mira emocional y espiritualmente a la enfermedad como esta posibilidad que permite construir realidades, así como el componente necesario para entender la vida y la espiritualidad. La recuperación del cáncer de la madre de ella, pese a ser una experiencia dolorosa, le permite descubrir el potencial del propio cuerpo como templo de sanación y de construcción de esperanza y espiritualidades. Asimismo, le ofrece la posibilidad de hacer esta separación epistemológica de la estructuración del conocimiento médico moderno real y científico, por un conocimiento que se considera más pre-científico e imaginado (Dos Santos, 2015; Lander 2000).

En el caso del médico, cobra interés la referencia hacia aspectos más emocionales y espirituales necesarios para lograr este encuentro con la salud y la armonía. En este sentido, aunque él en discursos anteriores se haya enfocado al factor físico y clínico para conseguir la salud, en su imaginario existe la presencia de este componente emocional, no sólo para mantener la salud, sino para trascender hacia la paz del alma y el cuerpo.

Cabe hacer hincapié que el médico apunta hacia aspectos más religiosos como sinónimo de espiritualidades; representaciones que fueron construidas e institucionalizada a partir de la colonialidad de saberes, donde la moral religiosa del cristianismo fue la filosofía

central de la moral y ética médica, por tanto, no es menester que aún persistan y se reproduzcan estas asociaciones entre las academias de medicina y enfermería como un conocimiento global (Mignolo, 2010; Dos Santos, 2015).

“Eso me ayudo a mí también para entender que siempre hay una oportunidad, por muy difícil que sea como el cáncer, porque uno tiene la idea que es fatal ¿no? Pero pues es la experiencia más, este, más grande que he tenido” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Pues estar bien emocionalmente, físicamente, mentalmente, todas esas cosas y hasta religiosamente porque así se siente uno en paz con uno mismo” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

En general, estas orientaciones corporales y mentales hacia productos más espirituales y emocionales, permiten ver como señala Mignolo (2010) las incompatibilidades que existen entre los valores, principios, creencias y dogmas de la cultura occidental frente a la tradicional, sin embargo, como señala Dietz (2011) también estas orientaciones permiten el reencuentro con ideas convergentes que han sobrevivido y persistido a estos procesos coloniales y que ponen en horizontalidad todos los saberes, porque se parte de la dignificación de la persona (Dussel, 2001); y justo lo que dignifica a la persona es aquello que la hace sentir en plenitud, goce y felicidad de forma eferente (de adentro hacia afuera), y en este encuentro, los profesionales refieren a las emociones como el componente más importante para estar saludable.

A este respecto, podemos hacer alarde que el miedo puede representar una semiótica para emancipar el cuidado egoísta, individualizado y desde un paradigma judeo-cristiano de la culpa, en un autocuidado ético y solidario. Es decir, la política de miedo que ha sido construida en el mundo de las ciencias de la salud; la que castiga y culpabiliza a las personas por desafiar a la normatividad de la corporalidad estética deseada, es el elemento que puede transmutarse en un generador del cambio, porque es el miedo el que nos permite crecer y crear una conciencia del autocuidado y del cuidado y/o reconocimiento del otro.

Aquí, también se puede rescatar que las nuevas generaciones de profesionales de la salud, no hace alusión a estos componentes más espirituales de sanación, porque la modernidad ha hecho un performance de pensamiento hacia la tecnocracia, la práctica avanzada y compleja. Estos resultados, nos llevan a replantear el dialogo inter-saberes, pero también intergeneracional e intercultural, es decir, se hace presente la interacción y el dialogo intercientífico entre profesionales de diversas edades, pero también el dialogo con saberes tradicionales que les permita reivindicar la epistemología de las emociones en la sanación colectiva de los cuerpos de un forma integral, holística y armónica con la naturaleza.

A pesar que los profesionales de la salud han conformado un *habitus* médico sobre la connotación y práctica de la salud y la enfermedad, también podemos destacar la cultura como un elemento performativo y presente en la construcción social de las personas (Bourdieu, 2000; García Canclini, 1989).

En este sentido, vemos una hibridación cultural que concatena los conocimientos biomédicos junto a los conocimientos culturales de su comunidad y Estado, lo cual conforma unas RS de la salud a partir de esta conformación neo cultural y de supervivencia de dicha tradición (Canclini, 1989). A este respecto, podemos distinguir que los profesionales también hablan de la presencia de las enfermedades debidas al factor de la alimentación más que de la dieta. Es así que, en su lenguaje coloquial y de percepción sensorial y cognitiva, ellos emiten su discurso desde el origen y producción de los alimentos, pese a que en su lenguaje profesional utilicen más el concepto de dieta con todos los elementos que lo acompañan.

Desde esta perspectiva, la hibridación cultural de conceptos lo podemos leer en los discursos de médicos y enfermera/os. Cabe resaltar que, quienes hacen la precisión del término de alimentación son las enfermeras técnicas y originarias de Quialana. Aunque al principio hablan de alimentación, terminan mezclando su discurso con la connotación de dieta, sin embargo, tal como lo vemos con la enfermera técnica ya jubilada, ella habla de una presencia mayor de las enfermedades debida a la transformación en la producción de los alimentos, desde una siembra más natural a una más artificial.

Este primer discurso de la enfermera, se entrelaza con los orígenes culturales que conforman las RS de enfermedad de la comunidad, debido a que los pobladores refieren al cambio en la alimentación como uno de los principales factores en la presencia de desequilibrios corporales. Es así que, la enfermera al ser originaria de Quialana reproduce el imaginario y la forma de pensamiento que existe y persiste en su contexto cultural (Piña,

2004). No obstante, ella también da cuenta que es enfermera, por ende, tiene que colocarse la máscara de profesional para abarcar el componente de buena dieta en el cuidado de los organismos, debido a que el tema del origen y producción de los alimentos no es un factor que se analice y discuta en el lenguaje académico, por consiguiente, en su **imaginario** puede persistir la idea de atender asuntos relacionados con la pseudociencia. Sin embargo, el **imaginario** sobre el origen de los alimentos representa un componente fundamental que conforma sus **RS** de salud.

“Bueno, una alimentación más o menos, de lo que está permitido, bueno ahorita, digamos, la alimentación pues ahorita ya todo es con químico ¿no? y pues nada más (...) Para estar sano, yo creo que una buena alimentación, equilibrada, variada, porque yo creo que la alimentación es la base fundamental del bienestar físico de uno ¿verdad? (...) Pues una alimentación rica en verduras, frutas, este, ahora sí que, en carbohidratos, vitaminas, minerales, proteínas. Una buena combinación de esos alimentos diario, pues yo creo que es lo que requiere el cuerpo también para estar saludable ¿no?” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

En esta línea, la enfermera técnica más joven (25-30años) habla del concepto de alimentación más que de dieta, como un componente fundamental para mantener los cuerpos sanos. No obstante, ella se dirige a la consistencia, sabor y condimentos que se incluyen en la preparación de las comidas, mismas que le han producido el malestar estomacal, es así que, ella mira la solución de su desequilibrio corporal en la disminución de dichos condimentos, más que en la cantidad de alimentos.

Estos resultados, nos permiten reflexionar sobre el componente de la alimentación en las comunidades indígenas, el cual es signo y referente de unión, pertenencia y amistad a una etnia y cultura, por ende, el abandono al consumo de dicha tradición alimentaria puede representar la exclusión y el bajo sentido de pertenencia cultural.

En este tenor, se puede pensar que la salud no sólo debe enfocarse al tema de la cantidad y calidad de los nutrientes, sino también al origen y producción, así como al significado cultural de los símbolos implícitos en la acción de alimentarse; porque en este

caso particular, la enfermera técnica se expropia de su versión profesional para ser ella misma, con sus emociones e imaginarios. Y es a través de este “yo” que podemos leer la representación colectiva y la conciencia de pertenencia al mismo pueblo (Habermas, 1999).

“Ahorita ya con la gastritis pues ya trato de no consumir grasoso, pero sigo consumiendo, por eso estoy en sobrepeso (sonríe), pero trato de cuidar un poquito más mi alimentación, menos grasa y menos picante, porque es lo que más me produce, entonces eso es lo que trato todo el tiempo, porque es por mí” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

En esta misma dirección de las características y condimentos de los alimentos, la licenciada en enfermería ya jubilada, también se refiere al control de dichos condimentos (picante y grasa) en su acción de alimentarse. En principio, ella habla desde el *habitus academicus* (Bourdieu, 2000) sobre el control y balanceo de la alimentación, sin embargo, termina su discurso con imaginarios de origen cultural, tal es el caso de los condimentos que, se puede decir son los componentes que después de consumirlos producen un malestar inmediato al cuerpo, por tanto, son fácilmente identificables. No obstante, los **imaginarios** de salud se piensan desde el goce del alimento, la convivencia que se produce a través del mismo y todos los placeres que se derivan de esa acción, por tanto, se piensa más en disminuir el condimento que afecta el equilibrio, más que en la cantidad de alimentos que se consumen. Con base en estas precisiones, se puede analizar que el objeto de la alimentación se incrusta más a componentes culturales y simbólicos.

En este sentido, la experiencia sensible y morfológica previa de las personas sobre la acción de alimentarse configura un temor y autocuidado sobre ciertos elementos de las comidas, tales como el picante y la grasa, los cuales les producen un disconfort inmediato que no desean volver a sentir, por tanto, lo disminuyen o erradican de su consumo, sin embargo, no existe un temor hacia las consecuencias que se puedan producir en un futuro por la cantidad y tipos de alimentos consumidos, debido a que las personas nos movemos por

emociones; y uno de los mayores placeres en la vida del mexicano y del oaxaqueño se alcanza a través de la alimentación, la cual conforma un régimen sentimental (Besserer, 2003). Es así que las personas asumen ciertos riesgos para conciliar el placer, el deseo y el goce.

“Pues alimentarse bien, llevar una dieta balanceada ¿no? en todo, porque por ejemplo uno ya ahorita para la edad que uno tiene, no necesita uno muchos nutrientes más que para seguir viviendo, ya la leche poco la tomo, si se me antoja un huevo, me como dos huevos a la semana, como mucha fruta, esa sí como mucha. Trato de comer lo que no me hace daño, cosas con poca grasa, con poco picante” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Asimismo, el médico también habla del consumo de alimentos más naturales, sin embargo, él no hace mención de los orígenes y producción de los mismos, que como ya se mencionó previamente, los discursos profesionales no abarcan aspectos relacionados con la redistribución y producción de los alimentos, sin embargo, en sus representaciones se reproduce el origen natural, así como la preparación de los mismos dentro del hogar.

“Pues en las mañanas fruta y verdura, o sea, pues ahí en su casa, un poco de fruta, verduras, papaya que es lo que más se consume, melón, manzana y guayaba. Y en la comida pues lo que preparan en mi casa, normalmente una sopita y un plato fuerte y ya, antes se consumía más el refresco, pero ahora ya no, ya lo estamos dejando, ya estamos viendo las consecuencias” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Cabe resaltar que el médico trata uno de los componentes más importantes a analizar en el origen cultural de la alimentación, y que consiste en la mención de los actores implicados en la construcción de una alimentación sana. En este sentido, la mujer, ya sea la madre o la esposa es quien ha asumido el rol de cocinera y reproductora del consumo de los alimentos. En estos resultados, se mira por un lado la responsabilidad asignada socialmente a la mujer en la preparación de los alimentos, por tanto, también se tiende a culpar a la misma por la presencia de enfermedades, debido a que es ella la que tiene dicha función social orientada a la familia y al cuidado (Mendoza, 2019).

Por otro lado, también podemos observar que la supervivencia de estas construcciones culturales sobre el origen de los alimentos se debe a la resistencia y disidencia de las mujeres,

quienes son las principales personas que siguen reproduciendo sus representaciones e imaginarios de una cultura que les fue heredada por sus ancestros, por consiguiente, como señala Canclini (1989) la hibridación y dinamismo cultural se hace necesaria para evitar que la cultura desaparezca.

Dentro de esta hibridación y redistribución de los alimentos, se observa que el médico trata el tema de la transformación de las bebidas naturales por las bebidas azucaradas y ultra procesadas que, más que representar una moda, significan un cambio de las sociedades modernas, el cual conlleva la expropiación de los recursos naturales de los territorios (el agua) sobre la redistribución e intercambio monetario de bebidas azucaradas. Es así que, este consumo dirigido a hacia los productos gaseosos se debe a un placer del cuerpo, pero también a una desigualdad en la distribución de los alimentos, donde los territorios ubicados en las periferias son los más afectados; y Oaxaca ocupa un lugar preponderante en el consumo de estas bebidas, debido a la escases de agua potable para el consumo (Torres, 2013).

A este respecto, vemos que la sociedad del riesgo englobada en el mito de la modernidad (Mignolo, 2010) se objetiva en la innovación y tecnologización de la producción de alimentos, más que en las consecuencias derivadas de estas transformaciones en la producción y distribución capitalista de los alimentos, por tanto, el riesgo parece estar ausente frente al consumo de alimentos procesados debido a la alta promoción y distribución de estos productos, así como a la fabricación de sustancias activas que disminuyen los efectos corporales por el consumo de dichos alimentos.

En este sentido, la salud de las poblaciones también debe tratarse en función de esta inadecuada redistribución alimentaria, así como en las RS del riesgo hacía el consumo de los diversos alimentos. Tal como lo especifica el enfermero, quien también hace referencia a este consumo inconsciente de las bebidas azucaradas y alimentos chatarra. Sin embargo, también

se analiza que los profesionales de la salud tienden a consumir este tipo de alimentos, debido a la auto explotación laboral inconsciente de los mismos, porque ellos a cambio de favorecer descansos para alimentarse adecuadamente, prefieren consumir productos rápidos y chatarra, debido a que su construcción social y profesional les enseña que el tiempo y el espacio no puede ocuparse para alimentarse.

Asimismo, el enfermero habla de otro de los hábitos adquiridos por los profesionales, tal es el caso del consumo de tabaco, como un componente que les permite mantener al cuerpo activo y trabajando sin manifestar somnolencia. Es decir, muchos de los profesionales han tenido que implementar ciertas estrategias para poder resistir y aminorar la presión y cantidad de trabajo. Es así que las bebidas azucaradas y el consumo de tabaco se ha normalizado como parte de su personalidad y formación profesional, incluso se puede leer como un **imaginario** del ser profesional de salud, debido a que se ha instaurado en sus **representaciones** que este tipo de consumos y hábitos son necesarios para poder desarrollar sus actividades profesionales con éxito frente a este trabajo burocrático y precarizado de la salud.

Y es hasta que ellos dan cuenta del daño y del riesgo que les van produciendo esas sustancias en sus cuerpos, cuando éstos deciden alejarse de este consumo no moderado.

“No ingerir bebidas azucaradas, refrescos, no ingerir muchas golosinas e implementar a nuestra alimentación las frutas, las verduras, las legumbres, todo lo que está, todo lo que tenemos a la mano en nuestra comunidad, pero que sea no dañino para nuestra salud, no comida chatarra, no bebidas alcohólicas, no fumar y todo eso” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

En esta construcción social sobre la alimentación, también los profesionales argumentan que las enfermedades se han producido por las transformaciones que se han dado en torno a esta acción. En este sentido las enfermeras infieren retrospectivamente sobre una alimentación sana que llevaban sus familiares, la cual se basada en el consumo de bienes

alimenticios producidos por las mismas familias, en consecuencia, ellas hablan de una transformación de las enfermedades debida a la modificación en la adquisición y consumo de los alimentos, desde una forma tradicional a una forma moderna.

En el caso de la enfermera jubilada, ella habla del cambio en los hábitos sobre el consumo de agua, no solamente en la cantidad que debe consumir una persona, sino que ella se remite a los significados culturales del líquido vital. En primera instancia, ella hace notar una desigualdad económica que existe actualmente para poder obtener este elemento, es decir, la enfermera recuerda que anteriormente las personas no compraban garrafones, porque existía la presencia de manantiales o pozos que les brindaban a las familias ese acceso igualitario y justo al agua; a diferencia de estas sociedades modernas, donde el agua se ha convertido en una sustancia de alto costo y alta complejidad para obtenerla como un derecho, es así que, esta desigualdad ha producido la modificación en el consumo de este líquido, tanto en cantidad como en el tipo de bebidas (Torres, 2013).

Asimismo, el agua de manantial o de pozo, tal como lo señala López Austin (2014) tiene un significado anclado a la cosmogonía de los pueblos indígenas, es decir, al origen en cómo se edificaron estas primeras sociedades, en las cuales el agua era otorgada por la madre tierra para que sus hijos pudiesen tener vida, salud y sanación a través de la misma. Es así que, las familias relacionaban el agua con pureza, virginidad y sanación para los cuerpos, por ende, sus deidades también se complacían con los sacrificios y ofrendas que éstos le brindaban a cambio de favorecer este líquido vital, que se obtenía a través de los manantiales que emanaban del cerro. En términos generales, en el agua de manantial se encontraba la sanidad para el cuerpo, el alma y el espíritu, por tanto, las enfermedades se curaban a través de la misma, porque ella misma representaba la pureza que el cuerpo requería.

“O sea agua pura de la llave, era del pozo tomábamos y porque no había para comprar garrafones. Incluso tomábamos agua de sabor, por eso tomábamos mucha agua. Entonces no había tantas enfermedades gastrointestinales, porque teníamos todo eso” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

En esta línea de las transformaciones de la enfermedad producida por las modificaciones de la alimentación, la enfermera técnica de Quialana (25-30 años) refería que el origen de los alimentos ha cambiado tanto, que ha producido que los cuerpos enfermen más, por ejemplo, ella hablaba de una soberanía alimentaria que desarrollaban sus abuelos (crianza de animales y siembra de alimentos), la cual era bajo una técnica más natural, libre de contaminantes y fertilizantes. En este tenor, ella se **percibía** con el mismo miedo colectivo de los pobladores de Quialana sobre el consumo de alimentos fuera de la comunidad, de los cuales no se conoce su origen de producción y conservación, por tanto, ella se manifestaba con cierta incertidumbre y desconfianza hacia el consumo de alimentos por fuera de la comunidad, incluso por fuera del hogar.

“Aunque también es más por la alimentación que uno lleva, porque anteriormente, mis abuelitos diríamos, ellos llevaban una alimentación muy muy diferente a la que nosotros llevamos ahorita, muy diferente porque era más de consumir más, este, comida muy saludable, ahorita por ejemplo vamos al mercado, ya compramos pollo y ya, pero no anteriormente ellos criaban sus animales y ya ellos mismos, los mataban y ya los cocinaban. Por ejemplo, ahorita es bajar al mercado, ya nadie se toma la molestia de criar pollos, o borregos, así que es lo que más se consume acá, chivo casi no. (...) Y ellos mismos sembraban todo, su cebolla, ajo, o sea, todo. En cambio, ahorita ya todo lo compran, ahí pues tienen tratadas muy diferentes, con aguas negras y así, cuando anteriormente, pues no.” (Fragmento entrevista prof.2/Enfermera técnica).

A este respecto, la licenciada en enfermería, quien ya es jubilada del IMSS también argumentaba sobre la transformación en la producción de los alimentos, los cuales ya conllevan procesos de maduración y crecimiento forzado, muy distinto a la concepción de agricultura tradicional.

“Pues yo siento que sí, nada más que antes la gente, este, pues dentro de su ignorancia llevaba una alimentación más sana (...) Ya, por ejemplo, ahora los alimentos que se cosechaban, y que a mí me tocó, no eran a base de tantos químicos como ahora. Eran de la tierra natural, ahora le tienen que echar químicos a la tierra para que se den las verduras y todo eso. Y yo siento que eso contribuye mucho a que la gente de antes se

cuidaba más y se enfermaba menos. A pesar de su ignorancia, de su pobreza, se cuidaban. Comiendo frijoles, por ejemplo, mi abuelita también ella misma cultivaba sus hierbas, siempre había chayotes, siempre tenía tomate, su epazote frito que se hacía con los quelites, los hervía y los freía. Entonces, ella nunca que yo haya sabido que tenía lombrices por dentro, porque yo siento que, porque comía tantas hierbas, nopalitos, o sea, comía sano pues. Había carne una vez a la semana, no comían tanta carne como comemos ahora” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Uno de los elementos que se recuperan de esta entrevista es que la enfermera, pese a que recupera el conocimiento de sus ancestros sobre la forma sana de producir y consumir alimentos, y una posible transformación de las enfermedades debidas a este factor. Ella nuevamente recupera sus **representaciones** del conocimiento científico sobre la “verdad”. Así, ella habla sobre una asociación entre las sociedades primitivas y su conocimiento empírico y no racional.

En este sentido, la enfermera refiere que sus ancestras mantenían un cuerpo saludable, ostentaban una mejor alimentación, pero su conocimiento era inválido científicamente, por consiguiente, ella se refiere a un conocimiento iletrado pero eficiente, es decir, los profesionales desconocen o reflexionan poco sobre estas transformaciones y los orígenes de las mismas, así mismo, no conocen exactamente el fundamento de este proceder, pero reconocen que estas sociedades más sanas, debían evolucionar hacia sociedades más civilizadas y “desarrolladas”, por ende, los procesos transformados se miran como consecuencias aceptables de este desarrollo (Mignolo, 2010).

En este tenor, la enfermera quien es originaria de un pueblo vecino de Quialana (25-30a), también observa en el desarrollo de estas sociedades, el avance de las ciencias de la salud en la erradicación de las enfermedades, por ende, ella apunta que la civilización produce nuevas enfermedades, pero también la ciencia se encarga de estudiarlas y erradicarlas, como una especie de lenguaje que se centra en las patologías de las sociedades, pero no en el origen de producción de dichas transformaciones y de enfermedades.

“Si, yo creo que las enfermedades de antes, ahorita con la ciencia pues ya la mayoría ya se logró erradicar, pero igual con los avances que hemos tenido por la civilización que hemos tenido, emm, hay nuevas enfermedades ¿por qué? por el tipo de alimentación ya no es la misma, el estilo de vida ya no es el mismo (...) pues ellos mismos, bueno no todos, pero la mayoría de lo que consumían lo plantaban ellos mismos, ajá, por ejemplo, consumían más lo que son semillas del campo ¿no? Lo que era frijol, garbanzo y todo eso; digamos que, bueno me comentaba mi abuelita que, si cambiaban el platillo, pero los ingredientes seguían siendo los mismos. Y, por ejemplo, querías comer carne, y pues agarraban digamos que de su pequeña granja que tenían, pues de ahí mismo agarraban (...) Yo creo que sí, bastante, y por experiencia se lo digo porque ahora quieres preparar algo rápido, un espagueti, vas y compras los condimentos, ya todo, ya casi nada, toda la comida ahorita pre-prerada, ya nada más llegas y lo calientas y ya” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

En esta línea, se observa que la enfermera reconoce que ha habido una presencia de enfermedades emergentes surgidas por estos procesos civilizatorios, sin embargo, como lo señala Dos Santos (2015) las creencias colonizadas se fundamentan en mirar a los pueblos indígenas y a sus saberes como seres irracionales, peligrosos e insignificantes porque se oponen a estos procesos de desarrollo, por consiguiente, se ha resignificado la mirada y **representaciones** sobre la presencia de enfermedades a cambio de mantener sociedades civilizadas.

No obstante, los profesionales al ser originarios de estas comunidades también ostentan representaciones y miradas culturales instauradas en estos territorios. Es así que, la enfermera dentro de su imaginario y memoria sabe que ha existido una transformación en la alimentación y en los estilos de vida, los cuales han producido una diversidad en las enfermedades, sin embargo, no logra hacer una reflexión y reinterpretación de la salud a partir de estos elementos porque en su capital cultural académico no se discute sobre estos procesos multidimensionales de la salud.

Empero, se cree que estos imaginarios culturales producidos por la experiencia de vida y sentido común de su comunidad pueden favorecer el diálogo intercultural hacia una visión más amplia, ética y humanística de la salud (Dussel, 2010), porque se observa que no ha habido un ejercicio de reflexión, discusión, análisis, fortalecimiento y anclaje de estos

otros saberes que están presentes en su objetivación sobre la salud y la enfermedad; por demás, se observa que el campo académico ha justificado el valor de los factores causales biológicos y psicológicos de las enfermedades, por tanto, ha minimizado estos otros saberes que los profesionales de la salud ostentan por su propia experiencia de vida.

Aunado a estas concepciones culturales de la salud y la enfermedad, los profesionales han conformado un *habitus* profesional que les ha permitido construir representaciones sobre el manejo de la atención de la salud del otro, y sobre el manejo de la salud sobre su propio cuerpo. Hasta aquí podemos dar cuenta que la salud es vista desde dos enfoques: 1) el control de los cuerpos de los “otros” “los pacientes” y; 2) el cuidado y concepción del propio cuerpo y la salud para sí mismo. En este sentido, pareciera ser que la salud no fuese atendida y dirigida por igual entre usuarios y profesionales.

En este sentido, pensar en cómo los profesionales se cuidan o desarrollan el manejo de su salud, también es hablar de sincretismo o hibridación cultural (la indígena y la occidental) (Canclini, 1989). A este respecto, vemos que la enfermera técnica originaria de Quialana (25-30a) percibe que la enfermedad desaparece sola, y que justo coincide con la concepción cultural de la comunidad. En este sentido, ella piensa que no es necesario acudir a una consulta médica por dos razones: 1) la enfermedad desaparecerá sola, porque su propio cuerpo tiene la capacidad de curarse, por tanto, con solo descansar o dormir, el cuerpo tendrá la capacidad de restaurar sus células alteradas y; 2) los conocimientos biomédicos que ella ostenta le permiten indicar su propio tratamiento, evitando así, los procedimientos dolorosos, así como los procesos burocráticos que se requieren para acceder a una consulta médica.

En estas dos representaciones sobre el cuidado del cuerpo, se puede observar que la primera razón se fundamenta en las concepciones culturales del cuerpo, las cuales se configuran en la cosmovisión del cuerpo como parte de un todo, por ende, también se

conserva como parte de esa naturaleza y cosmos. Es así que, como todo elemento natural tiene sus propias estrategias de restauración, el cuerpo humano también es capaz de recuperarse por sí mismo, es decir, solo se trata de fortalecer y facilitar ese equilibrio holístico del cuerpo con el cosmos para reencontrarse con la sanación (Vega, 2002, López, Austin, 2014).

*“Y si se me pasó luego, ya el lunes llegué ya mejor, un poco congestionada de la nariz”
(Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).*

En esta línea de mirar los desequilibrios corporales como algo que habrá de desaparecer por sí mismo en el momento que el cuerpo consigue el equilibrio con el cosmos, la enfermera quien es originaria de una comunidad contigua, también describe estos procesos, pero refiriéndose a la dolencia de su madre, quien pensó que su problema de salud era algo que podría erradicarse solo, o, con alguna pastilla para la fiebre. Sin embargo, el problema que ella presentaba era una infección más severa.

“Y le dije que por qué no me había dicho algo, porque no me había comentado algo. Y dice, es que pensó que era así un problema que así nada más con una pastilla se le iba a quitar, pero no” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

En este relato, cobra relevancia la cosmovisión sobre la restauración de la dolencia. Sin embargo, las comunidades tradicionales manejaban el equilibrio corporal a través de la práctica de la medicina tradicional, pero también a través del reposo del cuerpo, por tanto, el reposo era parte del principal tratamiento del cuerpo (López Austin, 2014). A este respecto, vemos que en las sociedades modernas persiste esta idea sobre la capacidad del cuerpo para auto-sanarse, empero, la sanación del cuerpo no incluye el reposo, porque los procesos colonizadores capitalista interiorizaron la idea que el cuerpo siempre debe estar en movimiento y produciendo, es por ello, que el uso de fármacos para anestesiar el dolor o el

disconfort tuvo una adecuada aceptación, partiendo que el tiempo no podía suspenderse para dejar reposar al cuerpo (López Austin, 2014; Oliva, 2008).

En este sentido, las personas de las comunidades indígenas y algunos profesionales originarios de dichos territorios, tienen el **imaginario** sobre esta capacidad del cuerpo sanador, pero han erradicado de sus **representaciones** el reposo como tratamiento principal, sumando a ello, **la idea interiorizada** de la farmacopea para hacer olvidar al cuerpo la dolencia, y así, poder reincorporarse al mundo del trabajo de forma inmediata. A partir de esta construcción, se hace imprescindible descolonizar la concepción del tiempo y el descanso como elementos terapéuticos que fomenten la salud y el dialogo intercultural.

Asimismo, es preocupante que bajo este sincretismo cultural del cuerpo con poder curativo y el cuerpo como productor del trabajo capitalista, se han tratado todos los desequilibrios corporales como mínimos, por tanto, las personas esperan que las dolencias desaparezcan solas, pero sin darle el adecuado reposo al cuerpo y enmascarando la enfermedad en una sedación y analgesia del dolor, lo cual provoca que el desequilibrio corporal se vaya haciendo cada vez mayor hasta que éste ya es catastrófico e irreversible. A este respecto, es importante construir puente dialécticos-dialógicos que traten este sincretismo desde la construcción de ambas culturas y desde la desigualdad en el acceso a la atención de la salud.

Se habla de desigualdad en el acceso y atención de la salud, porque muchos de los profesionales prefieren auto-tratarse que ir a consulta con otro profesional, principalmente, por los procedimientos biomédicos dolorosos y por los procesos burocráticos que exigen la demanda de consulta. En todo esto, es cierto que los profesionales al poseer un arsenal de conocimientos biomédicos, ellos mismos pueden auto medicarse, sin embargo, los

profesionales acuden principalmente a esta práctica porque desean evitar todos los procesos que conlleva la consulta médica.

En el caso de los profesionales de la medicina, el ejercicio de la auto medicación es más común, debido a que ellos son propiedad y autoridad de la farmacopea y los estudios diagnósticos. En este sentido, tanto la médica como el médico, prefirieron autotratarse bajo la confirmación de previos estudios diagnósticos que ellos mismos se indicaron.

En esta lectura, podemos pensar que estadísticamente son los profesionales de la medicina, los que acuden menos a consulta médica y a servicios de prevención, porque ellos se consideran autoridad suficiente para argumentar sí su cuerpo está enfermo, sin embargo, también se puede observar que esta limitación de la interconsulta profesional, les impide emitir un diagnóstico de enfermedad sobre sus propios cuerpos, porque de cierta forma al enunciarse enfermos, es dejar de ser productivos económica y profesionalmente, por consiguiente, puede haber procesos de auto-ocultamiento, desidia en la atención hacia sus desequilibrios corporales y cierto temor a ser definidos y vigilados como enfermos por otro colega médico/a. En consecuencia, ellos acuden al servicio médico, cuando la enfermedad ya no puede ser ocultada, o, los síntomas le impiden ejercer su actividad profesional.

“Yo me auto traté, me auto mediqué con analgésicos, con reposo (...) Y así posteriormente me traté el esguince del tobillo” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Yo mismo me traté” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Sin embargo, esta otra mirada de los médicos/as al concebirse como autoridad suficiente para ejercer una soberanía sobre sus cuerpos al tomar decisiones sobre el mismo, es lo que debería ser asequible y justo para todos. Es verdad que ellos poseen un conocimiento particular que les permite emitir un juicio y acción sobre su corporalidad, pero eso no

significa que las demás personas no puedan lograr un autoconocimiento y auto comprensión, por consiguiente, una soberanía y autonomía.

En esta temática de la auto medicación, también las enfermeras son hacedoras de estas prácticas debido al conocimiento que ellas ostentan, pero también haciendo referencia al trato deshumanizado que se ofrece desde las instituciones de salud. Ellas prefieren autotratarse, evitando así, dejar de ser personas para someterse a un régimen físico y emocional al convertirse en pacientes (Moreno, 2018).

“Eso me dice mi papá vamos con un médico, no le dije, porque yo ya sé lo que me va a hacer ¿no? No quiero ir con un médico, mejor me tomo una pastilla, yo ya sé lo que me voy a tomar y ya” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Tomé paracetamol, me auto mediqué cuando me empezó a dar fiebre” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

En este sentido, se observa que los hábitos construidos por los profesionales sobre el auto-tratamiento, se corresponde con la obtención de ciertas habilidades de conocimientos, pero, por, sobre todo, se institucionaliza a partir de un *habitus emocional* que la propia experiencia le ha instaurado sobre el régimen de control y vigilancia de los cuerpos enfermos (Bourdieu, 2000). Incluyendo que los profesionales como autoridades de control de los cuerpos, son mayormente castigados emocionalmente por haber causado un error en el funcionamiento de sus cuerpos, por tanto, ellos para evitar este estigma y enjuiciamiento, prefieren incidir en prácticas de auto medicación.

Asimismo, estos profesionales al ser originarios del Estado de Oaxaca, también reconocen que existen estas otras técnicas más tradicionales que se usan para sanar los cuerpos enfermos, pese a que ellos no conozcan el verdadero funcionamiento de estos saberes, y que quizás, es lo que no les permite hacer mención formal de estas medicinas; ellos

traen a su memoria estas prácticas que sus ancestros utilizaban para curarlos y que eran funcionales.

No obstante, su propia formación académica es la que les impide hacer recomendaciones o interconsultas con médicos tradicionales, porque estos otros saberes se consideran subalternos y pseudocientíficos, por consiguiente, su ética profesional los limita a hablar de estos otros saberes, aunque, su sentido común construido por la propia experiencia de vida les indique la efectividad de estos otros tratamientos (Vega, 2002).

Así, la enfermera ya jubilada rememoraba las diversas técnicas tradicionales que su madre y abuela implementaban para disminuir la fiebre, totalmente contrapuestas al uso de fármacos. Incluso, ella se cuestiona sobre los principios activos de las hierbas para que éstas fueran realmente funcionales, los cuales desconoce profundamente, empero, cobra relevancia que ella no se cuestiona sobre los motivos para el desuso de dichas prácticas; cuando se conoce que éstas eran funcionales, y por demás, menos dañinas que los fármacos.

“Ella por ejemplo se bajaba la fiebre a base de lavados, había una hierba que llamaba palo morado y con eso se bajaba la fiebre, no debíamos tener paracetamol para la fiebre. Yo no he encontrado porque bajaba la fiebre con los lavados, qué contenía ese palo morado, y solo eran lavados, enemas pues, y con eso se bajaba la fiebre. Eso si te bañabas, ella decía date un bañito, con pueros medios físicos pues; que pastilla, ni que nada y con eso se bajaba la fiebre. Ella tenía sus hierbas, incluso sembradas por si se enfermaba uno de dolor o de diarrea, con las hierbas (...) Yo me acuerdo que usaba sus hierbas, que para el vómito daba el ala de ángel y para la diarrea hacía como un combinado de guayaba con granada, y tomaba uno mucha agua natural, que no toma uno ahora” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Asimismo, la enfermera (25-30^a) también se refiere al uso de estas prácticas, no de una forma estereotipada, sino por el contrario ella recuerda positivamente los efectos que estas prácticas tradicionales llevaban a su cuerpo. Al igual que la otra enfermera, ella se manifiesta sobre un desconocimiento de los principios activos de las plantas, así como de la combinación y usos de las mismas, pero sí recuerda que estos tratamientos sanaban sus desequilibrios corporales.

“Se trató así con remedios caseros (...) pues fíjese que antes, me curaban así con remedios caseros. Lo que tuve más desde chiquita fueron los, este, cómo se llama, me salían unas aftas, así bien feas en la boca, y ya me pasó como tres veces creo; y lo que hacía mi abuelita era, no sé, que tanto le echaba al miltomate morado, y me lo untaba en todo el cuerpo me lo untaba, y ya me tapaba con una tela delgadita, y ya al siguiente día ya no tenía yo nada, y ya me empezaba a untar plantas, ya así. Lo que ocupaba mucho ella, era el miltomate morado, el romero, la ruda, todo eso y un poquito de aguardiente, y ya me lo untaba así en la parte externa, y ya con eso” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Cabe hacer hincapié que, no sólo las enfermeras tratan el tema de la medicina tradicional como funcional y positiva para el cuerpo, sino que también el médico apuntaba sobre un tratamiento específico que su madre solía aplicarle cuando él enfermaba de los bronquios. En esta sinergia de ambas medicinas, el médico habla desde la aplicación del medicamento que su madre usaba, pero tratando de emitir una posible explicación biomédica y fisiológica de dicho tratamiento. Esto nos ofrece una posibilidad de diálogo inter saberes (Dos Santos, 2015), donde ambas medicinas pueden sentarse a dialogar desde una mirada más amplia y plurimetodológica, no sólo desde una visión positivista y basada en evidencia científica, sino abriendo otras posibilidades de explicación y aplicación terapéutica.

Sin embargo, aquí tendremos que hablar de ciertos procesos descolonizadores y emancipadores de una visión unidireccional, universal y específicamente biomédica de los cuerpos, porque como señala Foucault (1996) *“se es sujeto en la medida que se es objeto del saber”* (p.112). Por tanto, los profesionales de la salud, se consideran sujetos y ciudadanos en la medida en que son constructores y reproductores de un solo saber.

“Si bastante, había cosas que mi mamá, yo recuerdo algún medicamento, yo sufría mucho del bronquio, entonces yo tenía cuadros o me enfermaba mucho de los bronquios, y había un medicamento, bueno, no sé si era medicamento, no lo he vuelto a ver, se llama descongestina, ese medicamento me lo echaban sobre el pecho y automáticamente podía uno respirar, no sé si era broncodilatador, o qué, pero funcionaba” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Lo mismo ocurre con la médica, que al manifestar dentro de la categoría del conocimiento biomédico se muestra esperanzada únicamente en este saber, por tanto, ella no

se pronuncia afectiva hacia otras tradiciones del conocimiento, sin embargo, entre sus memorias conserva las formas tradicionales a través de las cuales sus ancestros sanaban su cuerpo y el de sus hermanos. En este tenor, no podemos leer en su narrativa un discurso que deslegitime estas prácticas, porque tampoco existen argumentos hegemónicos racionales y basados en evidencia que apunten a efectos nocivos. No obstante, entre sus discursos biomédicos estos otros conocimientos no aparecen como terapéutica, debido a la colonización del saber que se ha instaurado en su quehacer profesional (Quijano, 2014).

“Pues creo que, como todo padre preocupado, pues, primero los remedios caseros no, sí era algo leve (...) por ejemplo, para la gripe un té, para dolor de estómago o algo estos remedios caseros (...) que me daba tantos remedios caseros, incluso con sobadas, con este, como decía ella con ventosas y todo eso. Así me curaban, así curaban a mis hermanos.” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

En el caso de las enfermeras que son originarias de Quialana, también señalaban que sus padres recurrían a prácticas tradicionales para tratar sus enfermedades, incluso una de ellas apunta a la hibridación de ambas tradiciones médicas, las cuales se combinaban y fortalecían la restauración del cuerpo. Empero, ella misma apunta a la transformación de las infecciones respiratorias (IRAS), es decir, ella considera que las IRAS que se presentaban antes eran más débiles y cedían más a los diversos tratamientos. En esta disyuntiva, ella se plantea el origen de estas transformaciones en el microorganismo, el cual considera que se ha hecho más resistente, o, por el contrario, que ha sufrido una especie de mutaciones que lo han hecho más virulento, más agresivo y más resistente a los medicamentos.

“El que se enfermaba más era mi hermano y mi hermana. Entonces más era como con curanderos y así con hierbas y cosas así” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Antes decía uno, se puede, cuando uno decía que le va a dar la gripe, decía uno, ay con un baño se me quita y se quitaba, o a veces decía uno con una pastillita, con una aspirina y se quitaba pues. Lamentablemente ahora ya no es así, yo creo que los virus ya se hicieron resistentes, ahora sí que mutan, o no sé, pero algo está pasando, porque ahorita yo he visto que hay muchísima gripe (...) ahora sí que cuando era niña, me trataban con curanderos también, porque pues si estaba el hospital de Tlacolula pero casi no nos

llevaban allá, y de hecho yo no me acuerdo de haber enfermado, creo que no, pero si veía que mis hermanitos más pequeños entonces los llevaban con curanderos aquí en el pueblo.” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Esta visión microbiológica centrada en los virus como causa única de las transformaciones de las enfermedades, se instauró en la medicina higienista (Laín, 1907) y es la que ha enfocado a la enfermedad como causa de un solo factor (microorganismos), así como a la falta de hábitos higiénicos estrictos. Por consiguiente, la mirada se reduce a factores concretos, expropiando de ese imaginario otras dimensiones macros como puede ser la destrucción del ambiente, la dominación de la naturaleza, el uso desmedido de los antibióticos, la falta de prevención, la cosmovisión indígena de la salud, entre otros factores socioculturales que pueden estar subsumidos en esas transformaciones de las RS.

No obstante, cobra relevancia que la enfermera da cuenta de las transformaciones, no sólo de las sociedades y civilizaciones, sino de las formas en las que se presentan y manifiestan las enfermedades, las cuales pueden tener un origen inmerso en el desarrollo de las sociedades, las cuales propician la reproducción y creación de nuevas enfermedades o formas de manifestación; y otro origen centrado en la propia inmunidad del cuerpo para combatir la presencia de agentes patógenos, o, para potencializar su capacidad vital de auto sanarse.

Por ende, los imaginarios sobre los orígenes y evolución de las enfermedades que existe entre los profesionales de la salud, no sólo está centrado en una causa biológica, sino que existe esta otra posibilidad que ellos no le han asignado un nombre, pero que saben que tiene relación con un origen más amplio y complejo que la propia fisiología y anatomía.

Cuando se llega a las diversas formas en las que los profesionales cuidan de su salud y su cuerpo, muchos de ellos recurren a los hábitos y prácticas recomendadas por el campo de la salud. No obstante, algunos como la enfermera ya jubilada hace referencia a **representaciones**

más tradicionales y culturales de autocuidado, tales como el descanso, el cual ha sido tergiversado dentro de los discursos sociales y biomédicos, denominándolo como una actividad improductiva, estigmatizada, o como la enfermera lo enuncia “flojera”.

“Ahorita ya he estado de floja, ya he dormido más, ya he descansado más. Siento que llega un momento en que el cuerpo te pide más que tus ocho horas” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

A este respecto, aunque la enfermera en principio se declara como “floja” por acceder al descanso y sueño que el cuerpo le pide, ella termina por justificar dicha acción vista como negativa, para adjudicarle una característica que viene acompañada con el envejecimiento del cuerpo. Es por ello que, ella dentro de su discurso encuentra una excusa frente a esta acción de autocuidado que se ha capitalizado, pero que se acepta con el advenimiento del envejecimiento, porque es cuando los cuerpos se consideran poco o nada productivos para el sistema capitalista, por consiguiente, pasan a formar parte de una lógica biopolítica de los cuerpos; y en ello radica el temor que se percibe sobre el avance del cuerpo hacia el envejecimiento (Foucault, 1996).

En otra parte del relato, la enfermera también da cuenta de estas concepciones culturales de lo frío y lo caliente en el autocuidado. Es así que ella refiere aumentar el consumo de cítricos y agua cuando existe una disminución de la temperatura del ambiente.

Estas representaciones de lo frío y caliente se conectan con las cosmovisiones indígenas de cuidado y autocuidado, porque ellos cuidan del cuerpo en función de la temperatura del ambiente, del cuerpo, de los alimentos, de las plantas y semillas que habrán de tener una interacción y principio ontológico y metodológico para su uso y cuidado del cuerpo (López Austin, 2014).

“Tomo más agua, ahorita en tiempo de frío trato de tomar mucha agua de cítricos, de naranja, de mandarina, de guayaba” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

En esta dirección, la médica también se refiere al uso de ciertos alimentos que tienen que ver con estos principios de lo frío y lo caliente, aunque ella se muestra desconocedora de los procesos funcionales de estas concepciones, dentro de su esquema de **representaciones** sobreviven estos conocimientos y prácticas de autocuidado más culturales y tradicionales.

“Comer algún alimento como ellos decían frescos o calientes” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Dentro de todas estas prácticas de autocuidado, se pueden mezclar las prácticas culturales y biomédicas que favorecen este ejercicio. En este tenor, se observa que la médica basa sus hábitos de cuidado y prevención en un sistema más estricto de vigilancia, tal es el caso de la detección oportuna de patologías. Cabe mencionar que la médica muestra toda su seguridad y certeza de salud corporal en estos instrumentos biomédicos de control e inspección, que ciertamente son avances científicos que permiten visibilizar objetivamente la presencia de enfermedades o desequilibrios corporales; sin embargo, la detección por pruebas diagnósticas termina siendo la práctica de autocuidado más importante entre los profesionales de la salud, es decir, los profesionales perciben que con el solo hecho de hacerse pruebas diagnósticas constantes, previenen por sí mismo la aparición de enfermedades.

“Pues entonces yo como médico también me cuido, realizo mis detecciones oportunamente tanto en mi persona como en mi familia” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

A este respecto, se añade que muchos de los profesionales de la medicina sólo acuden al diagnóstico por cuadro clínico [y de pruebas de gabinete y laboratorio, en algunas ocasiones], seguido del auto tratamiento. Todo ello, para evitar ser parte de un arsenal completo de control y vigilancia corporal biomédica (Foucault, 1996). En este sentido, podemos repensar sobre estos hábitos de autocuidado que desarrollan los diversos

profesionales de la medicina, quienes centran su autocuidado exclusivamente en la detección oportuna.

Por otro lado, también podemos reposicionar el análisis de estos resultados en la condición de autocuidado desde la asignación de los roles de género, debido a que son las mujeres profesionales, las que hablan de estos procedimientos de control y vigilancia de sus cuerpos, los cuales han sido dominados por el campo biomédico (Menéndez, 1998; Foucault, 1996).

En este sentido, pensar las prácticas de autocuidado que desarrollan las mujeres profesionales, es posicionar nuestra mirada en el control de los cuerpos femeninos. Así, las enfermeras (licenciada y técnica) también hacen referencia a cuidar de su salud y prevenir enfermedades a partir de las pruebas de detección; centrando todo su **imaginario y percepción** de autocuidado en la realización de papanicolaou y mastografía periódicamente como lo marca el sistema biomédico. Además de reconocer que estas pruebas generan una significación simbólica atribuida al temor que ellas ostentan frente al cáncer.

“Aunque claro estoy pendiente de mi salud pues, por lo mismo, yo me voy a hacer mi Papanicolaou cada año, yo pues trato de cuidarme lo mejor que yo pueda, mi mastografía y todo eso, pero uno nunca sabe, hay tantos cánceres” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

En esta línea trazada, también podemos hablar de una colonización del pensamiento y del saber de estas mujeres sobre sus propios cuerpos, porque ellas se manifiestan como desposeídas de su propio sentir, afectividad y corporalidad, es decir, como habitantes de un cuerpo que no les pertenece ni reconocen (Ochoa, 2019). Es así que, la licenciada en enfermería y la enfermera técnica (25-30ª) hablan de un dominio corporal que la medicina occidental tiene sobre sí mismas, y que la hace ubicarse por fuera de su mente, cuerpo y alma, porque su certeza de sanidad sólo puede ser declarada por los instrumentos de valoración y

diagnóstico. En este sentido, su cuerpo ya no es centro de poder y sabiduría, sino que es el disfraz de un alma que camina con incertidumbre y desconocimiento.

“Pues yo creo que llevar un estilo de vida, más o menos bien, pero sobre todo prevenir, yo creo. Digamos hacer, mmm, cuidar de la salud, pero también hacerse pruebas de que te indiquen que tú estás bien ¿no? porque, por ejemplo, yo ahorita digo estoy bien, pero como no me hecho ninguna prueba, pues no estoy, digamos, no es seguro que estoy bien” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“Cuidarse, ir a checarsu su glucosa, su presión, todo mmm, pues acudir con la ginecóloga cada año, toma de Papanicolaou, a revisión y así.” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

El análisis desde la perspectiva de género, también abarca los hábitos de autocuidado de los profesionales hombres. En este tenor, el médico en su descripción no habla de un control estricto y obligatorio de su cuerpo por instrumentos médicos, por el contrario, él se posiciona desde hábitos elegidos voluntariamente para su autocuidado, partiendo de una **percepción** de bajo riesgo para enfermedad, la cual caracteriza a la mayoría de los hombres. Es por ello que, él retoma el discurso del envejecimiento como una causa normal para la aparición de enfermedades, mientras tanto, él ahora se muestra como una persona sana y sin riesgo para adquirir enfermedades, por ende, él concibe que no requiere de ningún sometimiento de la medicina para decidir si su cuerpo está sano o enfermo.

“Sabemos que con la edad van a aparecer ciertas enfermedades, pero afortunadamente su servidor cuida un poquito de su salud (...) El asunto, entonces, un poquito con la alimentación como el ejercicio” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Asimismo, en este discurso del médico podemos observar que él habla de hábitos enfocados a la dieta y el ejercicio, que en las mujeres no distinguimos. Este relato, nos permite crear horizontes de interpretación que nuevamente se fundamentan en el rol de cuidado y doméstico que desarrollan las mujeres; porque en este desmenuzamiento de la entrevista del médico, no hemos podido observar que él se refiera a tareas de cuidado del

hogar y de la familia, por tanto, él goza de un tiempo disponible para el desarrollo de actividades de recreación y de movilidad física.

A todo esto, también se añade que los hombres profesionales no temen a ser juzgados o castigados por la medicina por no someterse a diagnósticos rigurosos, obligatorios y periódicos, por ende, sus discursos no giran en torno a detecciones constantes. Esto no quiere decir que los hombres enfermen menos que las mujeres, incluso los resultados estadísticos señalan una mayor mortalidad y discapacidad en los hombres (Navarrete, 2014; Mijangos, 2020). Sin embargo, la práctica médica no exige un control estricto de estos cuerpos, al menos, no antes de la vejez.

En el caso del enfermero, él no acepta directamente la presencia de una enfermedad, pero sí la ejecución de un tratamiento. Al final de su discurso, él tiende a minorizar o desaparecer la gravedad de su patología, enfocando su cuidado en la alimentación desde una enunciación abstracta, y principalmente, en el desarrollo de ejercicio basado en gimnasia de cardio, resaltando nuevamente su fuerza y cuerpo varonil, así como el poder que le confiere el conocimiento profesional.

“Y ya se me acabo el tratamiento y hasta la fecha, pues, tengo que cuidar como que la alimentación; que de por sí hacia ejercicio _actividad física_ pero ahorita me estoy dedicando más a lo que es el cardio y no he dejado de hacer alguna actividad física (...) Y como personal de la salud ya sé que debo llevar una buena alimentación y hacer actividad física y demás para evitar la enfermedad ¿no?” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Asimismo, se puede distinguir que el enfermero al final de su relato pierde de vista el objeto de la enfermedad que ya lo condiciona, para reposicionarse en un discurso como autoridad de salud que ya sabe lo que tiene que hacer para cuidarse y evitar la enfermedad, que aún le parece lejana de pronunciar y aceptar. Sin embargo, su relato es muy semejante al

del médico, en carácter de pronunciarse ajenos a un sometimiento médico estricto de sus cuerpos, o, por el contrario, a ser juzgados por descuidar su salud.

Asimismo, ambos se muestran con disponibilidad y posicionamiento para realizar actividad física. Aunque la médica en un apartado de su relato señala que ella cuida de su salud, a partir de cuidar su alimentación y ejercicio, no hace más pronunciamiento de las formas y diversidades en las que desarrolla este hábito, más bien se lee como parte de un discurso médico aceptable y exigido a los profesionales de la salud *“Cuidar mi alimentación y ejercicio” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).*

Sumado a estos hábitos de autocuidado de los profesionales, también ellos puntualizan que las propias condiciones laborales de su profesión les impide favorecer estas acciones de cuidado. En este sentido, se observa que la enfermera técnica (jubilada) hablaba previamente sobre las modificaciones en la producción de los alimentos, sin embargo, en este fragmento ella refiere que modificó sus hábitos alimenticios durante el ejercicio de su práctica profesional, la cual ella no cuestiona, sino por el contrario, normaliza el abandono del cuidado del cuerpo justificado por la ética que le exigía su profesión, de siempre cuidar del otro antes que cualquier otra acción.

“También la mala alimentación. Le digo nosotros teníamos ahí a una tiendita donde nosotros podíamos ir por galletas, refresco, mucho, y sí bien nos iba pues por una torta. Y Así, entonces si yo creo por eso (...) Por el tipo de vida que yo llevaba que era muy estresante, muy agitado, la mala alimentación, y también que había tiempos en que yo podía ir a comer y había tiempos en que yo no podía venir a comer ¿por qué? por exceso de trabajo que también teníamos, porque nada más éramos el médico y yo la enfermera, entonces si teníamos mucha consulta, porque atendíamos ahora sí que a toda la población y a todas las este, las actividades que se tenían que hacer ¿no? tanto dar pláticas a los jóvenes, tanto embarazadas, este, a las personas que estaban inscritas como prospera también, entonces pues no había mucho tiempo, y luego cuando llegaban de emergencias, pues yo no podía darme el lujo de decir, pues yo a la una me voy a comer, sino que yo tenía que estar o cuidar a mi paciente, en lo que él estaba internado pues” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Así, se puede leer a través de su relato que el consumo de alimentos chatarra es uno de los hábitos que han tenido que adoptar los profesionales de la salud, y principalmente los

de enfermería, para poder sobrevivir al trabajo y mantener con energía al cuerpo. Desde esta perspectiva, podemos reflexionar que las enfermeras han naturalizado esta praxis de su ejercicio profesional, y en pro de estas representaciones, también reconocen que las enfermedades son originadas por la transformación de los alimentos y por el consumo de ciertos productos, pero no desplazan su análisis sobre la desigualdad estructural y profesional que las mantiene en esa posición de abandono hacia su propia salud.

En esta dirección, se observa lo que señala Foucault (1996) que en esta organización de los sistemas y modelos de salud, el cuerpo, la salud y la enfermedad se convierten en una verdadera lucha de poder, porque esta cobertura económica de las enfermedades y cosificación de los cuerpos de las personas también abarcan los cuerpos y pensamientos de los propios profesionales, quienes se instauran en esta versión funcional y organicista de los cuerpos, incluyendo la funcionalidad adecuada de su propio organismo.

A este respecto, podemos dar cuenta que para las enfermeras es más fácil aceptar que existen patologías añadidas al carácter e identidad profesional, tales como la gastritis, más que cuestionar el origen de estas afectaciones corporales en función de las condiciones laborales, políticas, sociales, raciales, clasistas y de género. En este sentido, vemos configurada una política emocional profesional orientada a la autocompasión y el auto sacrificio del autocuidado, por ende, las consecuencias de ese sacrificio corporal se asumen como promesas de una auto realización profesional y un alto sentido ético de la enfermería, más que como un abandono del cuerpo y emociones, por consiguiente, se consideran como inclinaciones afectivas e interiorizadas que no se modifican fácilmente, porque se constituyeron a partir de la trayectoria y formación académica (Cedillo, 2017; Rodríguez, 2017).

“Que es lo que más sufrimos nosotros los trabajadores (sonríe) por gastritis” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Sumado a toda esta política performativa de las emociones de los profesionales, la enfermera técnica (jubilada) relataba todas las sobrecargas físicas y psicológicas que experimentó en el desarrollo de sus competencias profesionales. Denominando a todo ese sistema estructural de explotación como “estrés”, porque como señala Foucault (1996) el campo de enunciación no les ofrece otra alternativa para hablar de esas tecnologías del yo que el propio sistema capitalista se ha apropiado para el trabajo productivo y la anestesia corporal de las masas.

“Las preocupaciones y todo eso, el estrés que se vive ¿no? en ese lugar porque realmente como éramos dos personas, pero yo era como que la mayor carga, el trabajo se cargaba más a mí, por ser de la comunidad por poderme comunicar con las personas. El médico como era un poquito menos pues, porque él tenía un horario y eran muy respetados sus horarios, vaya nosotros como de la comunidad se nos carga un poquito más, que sí llegaba una emergencia, que si son suturas, curaciones, vacunas. Entonces había días en que no comíamos, no tomaba ni agua, ni nada ¿no? entonces pues yo creo que todo eso (...) El IMSS es muy normativo, para todo es registrar, todo, todas las actividades que realizábamos pues era registrar todo, hasta cuántas jeringas salieron en el día, cuánto de jabón líquido de manos (...) Entonces, para mí era mucho trabajo porque atendíamos de 25 a 30 consultas en el día” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

En esta lógica económica de los cuerpos, la enfermera hablaba de una desigualdad de género, interprofesional y racial que viven las enfermeras. En este caso, ella justificaba la sobrecarga laboral por su condición como enfermera originaria de la comunidad, porque como ella señalaba, era la única que tenía las posibilidades y habilidades idiomáticas para comunicarse con las personas de la comunidad. Sin embargo, ella no medía esta característica en relación a la justicia interprofesional y la discriminación racial y de género (Ochoa, 2019; Mendoza, 2019).

No obstante, ella, aunque no hablaba de una desigualdad profesional, si identificaba elementos que la categorizaban como tal. Es así que, la enfermera reconocía que los horarios del médico eran respetados, así como la asignación de tareas que eran mucho menores en

cantidad que las que ejecutaba ella. Con respecto a esta división sexual del trabajo, podemos observar que la enfermería al representar análogamente el rol de la mujer dentro de las ciencias de la salud, es el propio sistema médico, el que le asigna una carga y rol de trabajo mayor que el atribuido al personal médico, por consiguiente, ha interiorizado en las enfermeras su valor profesional fundado en el trabajo burocrático (Mendoza, 2019).

A este respecto, cobra sentido agregar que, a partir de estos resultados es pertinente cuestionar desde una mirada interseccional, sí las enfermeras que trabajan en estos entornos rurales son más precarizadas que las que trabajan en instituciones hospitalarias de segundo o tercer nivel, pensando que una de las enfermeras del centro de salud comunitario, describía en una de las visitas desarrolladas que, ellas tenían que llenar aproximadamente como 20 formatos por cada paciente; lo que conformaba el centro de atención de su práctica profesional, porque era más la pre(ocupación) por cumplir con el llenado de estos formatos que la práctica clínica directa con el usuario.

En este sentido, podemos distinguir que la organización del sistema de salud se basa principalmente en la cobertura económica de las enfermedades, por tanto, los recursos que disponen depende de la justificación objetiva de las demandas de pacientes y medicamentos, es por ello que, para estos sistemas importa más que las enfermeras enfoquen su calidad y efectividad profesional en el trabajo burocrático; además que, el Estado puede justificar el acceso a la salud de estas comunidades marginadas a través del dato, aunque para ello, la atención sea preconizada y sin un acceso justo a los servicios y recursos para la salud (Foucault, 1996; Navarrete, 2014).

Esta **objetivación y anclaje** de la sobrecarga de trabajo en las enfermeras no solo se desarrolla en el campo laboral, sino que este imaginario se ha trasladado al ámbito privado y social. En esta línea, la enfermera ya jubilada señalaba que esa explotación física del cuerpo

desarrollada durante su competencia laboral, también configuraba su **imaginario** de rol de mujer, madre y enfermera por fuera de la institución hospitalaria, por consiguiente, el sometimiento del cuerpo al trabajo extremo se percibe como algo construido académicamente, pero aceptado éticamente como el canon de su identidad como enfermera y mujer.

En esta línea, la culpa o el régimen sentimental melancólico y amoroso que experimentan por el abuso de la capacidad vital del cuerpo, se perdona y reemplaza por la asistencia a un consultorio médico, en donde aniquilarán o anestesiaron el sufrimiento de este organismo desgastado, el cual, al quedar sedado de las dolencias seguirá funcionando y produciendo, olvidando así, el origen que llevó a dicho cuerpo a manifestar este desequilibrio (Maldonado, 2017; Besserer, 2000). En este ciclo construido y reinventado de producción, sobrecarga, desgaste, culpa, atención médica y re(producción) se inserta e institucionaliza como parte de la biografía de todo profesional de salud, principalmente, de enfermería.

“La última vez que yo me enfermé fue por abusar, por esfuerzos que uno tiene ¿no? este, fallecieron tres familiares y como me encanta la cocina, pues me puse a cocinar en los tres funerales, alzando, subiendo, bajando las ollas, haciendo la comida, preparando el almuerzo. Atendiendo a la gente, y ahí fue donde yo me lastime la pierna (...) y me mando reposo absoluto, pero no pude, como enfermera y como cocinera no pude” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

En el caso de los profesionales hombres, también éstos se ven atravesados por el abandono y descuido del cuerpo debido a las funciones y roles que la profesión les exige. El médico, por ejemplo, habla de dos tipos de funciones: 1) la que desarrollaba en el primer nivel de atención, la cual le exigía más trabajo burocrático, pero le ofrecía menos actividades sedentarias, pese a que, estas actividades físicas no pueden ser denominadas como ejercicio, él reconoce que durante la ejecución de estas funciones su cuerpo se mantenía en movimiento.

2) la que desarrolla en el segundo nivel de atención dentro del servicio de urgencias, la cual lo mantiene con menos movimiento corporal, pero le ofrece más tiempo para planear otras actividades en pro de este hábito saludable. No obstante, su relato se mueve dentro de una línea discursiva que oculta la disponibilidad de éste hacia a la activación física. Es por ello que, él en principio hace mención que se cuidaba más cuando su trabajo lo obligaba a moverse, en cambio, el nuevo rol profesional se mantiene dentro de una esfera de trabajo más sedentaria.

“Pues ahorita, este, ya hace tiempo cuando estaba en comunidad me cuidaba yo más, salía yo, caminaba. Estando aquí ya es más sedentario el asunto, entonces, un poquito con la alimentación como el ejercicio me lo permite un poco, porque antes no lo podía hacer por el trabajo, porque ya llegábamos a las 9 de la noche, a pasar información. Aquí en el área hospitalaria pues afortunadamente, pues salgo del turno y ya me puedo concentrar” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

En este sentido, vemos que el médico asigna su autocuidado en función de lo que el trabajo pueda asignarle como rol, por consiguiente, él no muestra una conciencia de autocuidado y autogestión de actividades encaminadas a mantener un cuerpo sano. En esta línea, el enfermero al percibirse como autoridad de salud, imagina su tiempo para el tiempo del trabajo.

“Si estaba demasiada elevada, entonces era probablemente por el cuadro de refriado, fiebre, de estrés porque también le adjudico que andaba de aquí para allá (...) Pero todo eso lo hice en el trascurso de la jornada laboral, porque nosotros no tenemos como que la opción de ausentarnos o ir a una consulta formal como tal, por lo del trabajo” (Fragmento entrevista Prof.7. /Enfermero).

Con base en este fragmento, podemos denotar que el tiempo para el autocuidado y la atención de la salud se mira como un privilegio que no corresponde con su identidad profesional, es por ello, que el enfermero relata que la atención que presto a su organismo fue durante la prestación de su servicio laboral, porque de otra forma él no puede disponer de otro tiempo y espacio para manejar su salud, debido a que su trabajo no les otorga esa posibilidad para ausentarse.

Desde esta descripción, podemos hablar que el enfermero no concibe a la salud como un derecho humano que debe ser atendido y exigido, sino, por el contrario, la aprehensión de este régimen emocional y cognitivo orientado a la producción del trabajo, lo hace fragmentar y distanciar su cuerpo de la dignidad como ser humano, entendiendo, que él mismo refiere que fueron las funciones profesionales las que lo llevaron al colapso corporal.

Desde esta apreciación, nos preguntamos cómo y cuándo ocurre este abandono, bajo autoconocimiento y escasa soberanía corporal de los profesionales. A este respecto, dos enfermeras son las que apuntan a este discurso. La enfermera (25-30a) refiere sobre la desidia de los propios profesionales para atender las necesidades corporales, auto reflexionado en esta interiorización de los profesionales sobre darle mayor importancia a otras acciones como el trabajo burocrático, el cuidado del otro, el acumulo de capital económico y social, más que en las verdaderas necesidades manifestadas por el cuerpo, hablando desde esta colonización del inconsciente (Yankelevich, 2020).

“No sé, porque a lo mejor, no sé. Yo creo que a veces, son más las cosas del exterior que la salud de uno mismo, a veces dices no pues no, pues chin, pues necesito esto, y a veces cómo. Y ya lo del médico, lo del chequeo pues lo dejo así” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Asimismo, la enfermera (jubilada) habla desde su propia experiencia como profesional, señalando que las enfermeras conocen ampliamente las prácticas de autocuidado, porque justo ahí se centra su razón de ser profesional, sin embargo, saben cuidar del otro, pero no de sí mismas. Y este distanciamiento del autocuidado, no se debe a un desconocimiento en ellas, sino que sus representaciones como profesionales no las contempla a ellas como sujetos de cuidado, porque desde esta división sexual del trabajo, la mujer y la enfermera fueron construidas socialmente para cuidar de la especie humana (Ocho, 2019).

Es así que, las enfermeras no son conscientes de su explotación laboral que se disfraza en una ética del auto sacrificio y el heroísmo.

“Porque como enfermeras a veces no nos cuidamos, sabemos el peligro y las consecuencias, pero no nos cuidamos (...) Pero trato de cuidarme, pero este, si me da miedo, al menos cuando fui con los alumnos en el hospital, siempre estoy protegiéndolos, siempre les digo fijense de qué es el aislado, protégete porque siempre voy a ser yo, siempre primero yo” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Al final de su relato, la enfermera Nancy encajona toda su práctica de autocuidado en la protección y prevención de enfermedades en los alumnos que supervisa, generalizando su discurso sobre medidas de precaución universales para evitar el contagio intrahospitalario, el cual se produce por el contacto directo con pacientes infectados, como sí todo el cuidado del cuerpo se fundamentará en estos hábitos que son más técnicos y procedimentales.

En este tenor, se observa que los fundamentos científicos de los profesionales de la salud para justificar la expansión de la pandemia por covid-19, se enfocan en un discurso que abarca únicamente las medidas de precaución por gota y por aire, las cuales se consideran, desde su percepción, como razón principal para propagar el contagio. Con base en ello, su mirada clínica construida por el modelo biomédico los hace alejarse de otros orígenes macrosociales, pero también los desplaza y aleja del cuidado de su cuerpo y salud (Foucault, 1996; Dos Santos, 2015).

No obstante, cobra relevancia que esta desatención de las prácticas de autocuidado que los profesionales no desarrollan, los converge en una efervescencia colectiva y emocional de culpabilidad por sentir que sus cuerpos se muestran enfermos. Es así que, los profesionales tratan de aminorar este sentimiento a partir de dos acciones: 1) acudiendo al sistema médico para ser tratados y perdonados por dicha avería y; 2) desatando su furia e incompreensión en función de la desatención de las personas sobre su salud, por consiguiente, suelen denominar

un conflicto cultural a lo que ellos mismos no atienden, o, conciben como santuario para el perdón de esa infracción a través del control médico de los cuerpos (Menéndez, 1998).

En este sentido, el conflicto cultural se concentra en la falta de empatía para aceptar los motivos de las personas para no acudir al sistema médico en donde deben ser castigados por su falta. Tal es el caso del enfermero, quien señala que las personas que cursan con diabetes son las más complicadas de atender, porque son las que se resisten más al control y vigilancia médica, por ende, su **imaginario personal** se soslaya en una posición de superioridad y razonamiento frente a una persona iletrada, inconsciente y terca que no acepta su único camino de salvación.

“A que lleven un buen tratamiento, pues porque, tiene que ver mucho, yo siento que tiene que ver la cultura, nuestra cultura aquí en Oaxaca en su tipo de alimentación, que no llevamos una alimentación adecuada, de acuerdo, en el caso de los diabéticos, de acuerdo a la patología, y a veces hasta que desconocen y porque no saben que deben llevar un control (...) Porque los pacientes diabéticos son un tanto renuentes en llevar un buen control, y aunque sean familiares, no me sorprende mucho porque nosotros como personal de la salud pues inculcamos y estamos ahí como todo el tiempo que tu dieta, que tu tratamiento, y pues a veces ya es imposible hacer entrar en razón hasta los propios familiares, con los pacientes es un poquito complicado y con los familiares un poquito más” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Cabe mencionar que, el enfermero vuelve a referirse al patrón de alimentación como el fundamento principal sobre el cual existe, o, no la posibilidad de enfermar o de recuperarse. Desde esta perspectiva, él considera que los estilos y procesos de alimentación que siguen las personas de Oaxaca, es la causa y origen de los desequilibrios corporales, pensando que todas las personas alcanzan un mismo patrón alimenticio. Sin embargo, el reposicionar a la alimentación como el centro del autocuidado, nos traslada al concepto de salud que perseguía Hipócrates, quien señalaba que los desequilibrios corporales y de los humores, sólo podían ser mediados a través de la educación y promoción de la alimentación y el ejercicio (Laín, 1970).

No obstante, en la práctica clínica seguimos observando que la orientación de la alimentación se convierte en una práctica de carácter privado, a la cual sólo pueden acceder las personas que presentan una posición privilegiada en la sociedad. Además, la alimentación se sigue **percibiendo** como un acto centrado en la voluntad de la persona y no como un *habitus* construido social y culturalmente, por ende, es un tema que se aborda de una forma muy laxa dentro del campo profesional de la salud, dejando toda la responsabilidad y culpa en la persona (Bourdieu, 2000).

Estas **representaciones** de los profesionales, se re fusionan con el enfoque de los sistemas de salud, los cuales no priman la promoción de este elemento como un mecanismo de prevención, sino que lo retoma cuando la persona ya cursa por procesos denominados “patológicos”, es decir, se le asigna un valor biológico y simbólico cuando a las personas les es más complejo abandonar dichos hábitos de alimentación construidos durante la mayor parte de su vida.

En esta misma dirección, el médico se posiciona desde un autoritarismo que le otorga el poder y sistema hegemónico al considerarse como salvadores y agentes transmisores del conocimiento “verdadero”. Es por ello que, él refiere la presencia de un conflicto cultural otorgado a la resistencia de las personas para modificar sus prácticas, desde un conocimiento tradicional a un conocimiento biomédico occidental (Mendoza, 2019).

Aquí, pese a que se puede hablar de una función social y responsable de la ciencia médica para la erradicación de las enfermedades, tal es el caso del invento y aplicación de las vacunas, en su discurso se sigue percibiendo esos procesos de aculturación violenta de las poblaciones indígenas, en las cuales nunca hubo un diálogo y conciliación de ambas partes para la invasión de sus cuerpos por parte del arsenal médico (López Austin, 2014).

“Digamos, mi zona fue la de Quialana, estuvimos 14 años, entonces sí caminábamos mucho, entonces hacíamos muchas consultas domiciliarias, embarazadas, que son el pan nuestro de nosotros aquí. Mucho de la cuestión de vacunación también, antes era mucho más arraigado, ahorita afortunadamente, ya es menos, pero si me costó mucho con la cuestión cultural (...) pero en nuestra Oaxaca hay mucho arraigo cultural” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Cobra relevancia, que el denominado “arraigo y/o conflicto cultural” es un término abstracto utilizado por las ciencias de la salud para encajar esta diversidad de pensamiento y epistemología indígena, que no se corresponde con el conocimiento médico. Pero, además es una forma de infravalorar estos otros saberes que también se consideran funcionales. Desde esta perspectiva, la condición de ser indígena, sus saberes y prácticas tradicionales se consideran como una razón suficiente para pertenecer a la subalternidad, a lo primitivo y salvaje, por consiguiente, a aquello que necesita ser transformado, pero que se resiste a serlo por un supuesto arraigo cultural (Dos santos, 2015; Mendoza, 2019).

En esta línea de los conflictos culturales vistos por los profesionales como devenidos por el propio origen cultural de las personas, también el médico da cuenta que la mediatización y comercialización de los fármacos, es la que ha producido confusión y errores de seguimiento en las personas. Es claro que, él no acepta directamente que se trate de una cobertura económica de las enfermedades, o, de una cosificación de los cuerpos anclados al concepto de modernidad, sin embargo, él **percibe** por experiencia propia este aumento de las personas en la incidencia de la automedicación y la polifarmacia, la cual mantiene a la sociedad anestesiada de sus dolencias; porque justo los fármacos son los que se encargan de aminorar los síntomas de una forma más rápida y efectiva, aunque muchos de ellos, no atiendan el origen del problema.

“Hay muchas enfermedades que se suelen confundir y la gente piensa ¿no? es tos y gripa y pum le dan medicamento y le dan y le dan y no se cura, y lo dejan pasar” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Desde este entramado, se observa que el médico en principio habla de un conflicto o arraigo cultural, pero seguido de este relato, podemos puntualizar que el conflicto que él descubre no se encuentra directamente relacionado con la condición étnica, sino con los efectos que la modernidad ha producido en las sociedades al capitalizar al cuerpo y a la salud de las personas (Mignolo, 2010).

En este sentido, podemos dar cuenta que toda esta biopolítica construida alrededor de la salud de las personas, engloba la redistribución de los servicios de salud, de personal, de recursos, etcétera, los cuales definen el trato justo y digno a las personas dentro del sector público, y que condiciona las opciones de los usuarios para decidir sobre un sistema público o privado, así como para el auto tratamiento o la elección de otras alternativas, incluyendo la iniciativa de no atender sus malestares; pese a ser conscientes de la pérdida de su salud, pero también de la inequidad y deshumanización de los servicios. Aspectos que son poco relevantes de atender y reflexionar entre los profesionales, tal como lo vemos en los relatos de la enfermera técnica y la médica.

“Claro que también este, si la persona se dejaba y no iba, o no recibía tratamiento pues se complicaban” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Y este, darles a conocer que, este, esa salud no la van a tener siempre si se descuidan” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Finalmente, cuando se llega al momento de la entrevista en que se les pregunta a los profesionales, sobre qué se requiere para mantener la salud, o, qué están realizando ellos para evitar enfermar a su cuerpo. La enfermera Laura (25-30^a) acepta que no está realizando ninguna práctica para conservar o fortalecer su salud, refiriendo que su atención se centra en otros aspectos de su vida, más que en su propia corporalidad.

“Pues por el momento, nada (sonríe), y sí le soy sincera. A pesar, digamos de mi profesión, de estar en esta área, en este trabajo, pues no” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

A este respecto, previamente ya se había mencionado que estos resultados hablan de una política cultural y emocional de expropiación de los cuerpos de los sujetos en profesionales de la salud dispuestos a resistir toda la sobrecarga laboral y emocional performativa de su razón de ser moral y ética de auto compasión y auto sacrificio de un cuerpo socialmente reconocido como plástico y adaptable (Moreno, 2018; Pampler, 2014).

No obstante, muchos de los profesionales retoman este carácter espiritual del ser humano para recuperar la soberanía del cuerpo, esa capacidad que les permite auto cuidarse, auto gestionarse y auto reconocerse. Es así que, el enfermero y la médica reflexionan que lo primero que necesita una persona es el autoconocimiento y la autoestima, porque sí no se está bien consigo mismo, no se puede gozar de una buena salud.

“Pues necesitamos estar bien con uno mismo no, para poder llevar a cabo una buena salud” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

“Quererse primero a sí mismas, valorar su vida” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

En estos fragmentos analizados, vemos como las **representaciones** de estos profesionales se ancla a la propia historia de vida, al sentido común de felicidad y a la filosofía del buen vivir, sin embargo, en el *habitus* emocional que han constituido como profesionales no se reconocen como agentes acreedores de autocuidado, porque el propio campo profesional les ha instaurado la idea del trabajo productivo, la instrumentalización del mundo de la vida y la exclusión de los cuerpos y saberes diversos (Habermas, 1999; Bourdieu, 2000).

Y justo hablando de la filosofía del buen vivir, la enfermera originaria de Quialana (jubilada) nos recuerda que la salud depende de estar bien con uno mismo, pero también de la armonía y re(conciliación) que se tiene con los otros cuerpos, aquellos que forman parte de tu historia y contexto. En esta línea, la enfermera refiere que el perdón y reconciliación

debe empezar por la auto aceptación y el auto respeto corporal para poder recuperar esa capacidad política vital del cuerpo de auto reconocimiento y resiliencia basado en sus propias necesidades, habilidades y capacidades del mismo.

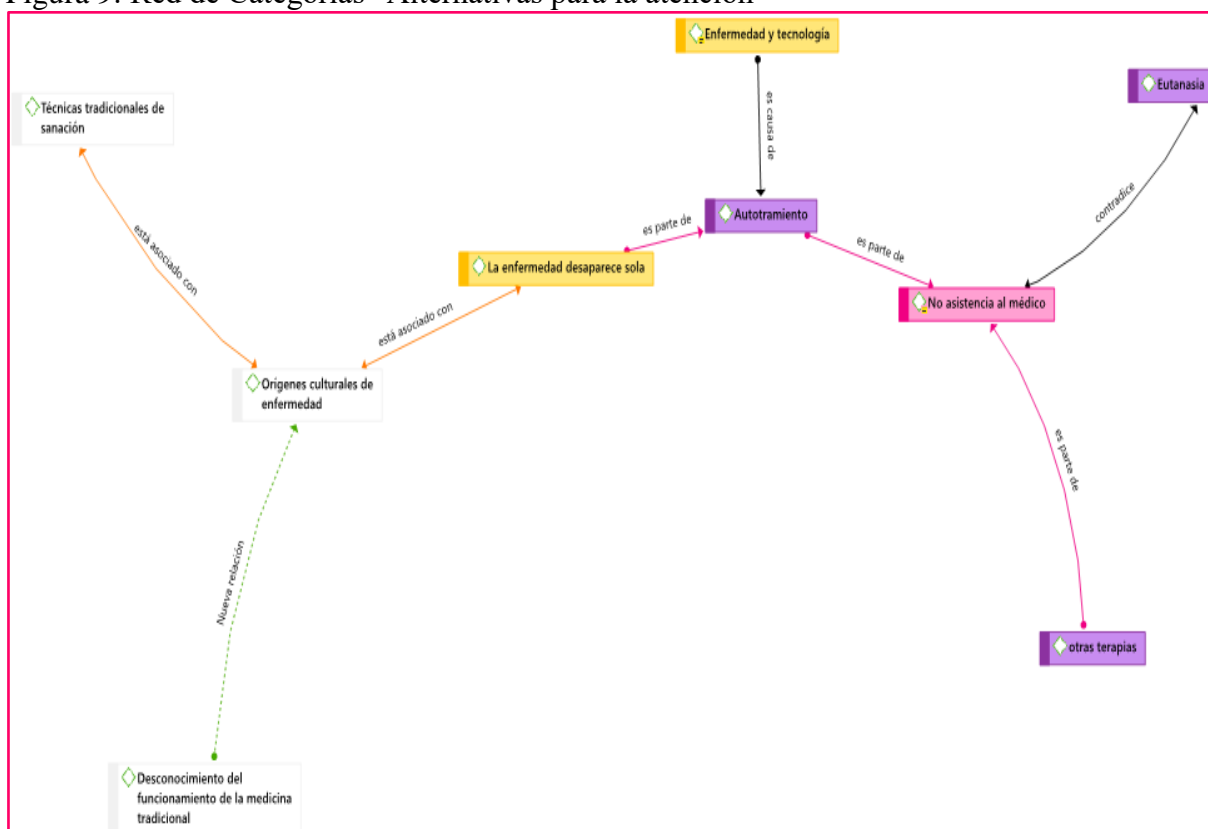
“Es algo que no debería uno de pasar o de vivir ¿no? pero se desgasta uno, no come uno bien, no estás bien con nadie, y no, yo creo que nunca es tarde para empezar, para estar bien con uno mismo, quererse, respetarse (...) Y ahora sí que como dicen aquí no, si te caíste pues volver a levantarte y seguir adelante porque no tiene caso, ahora sí que caer y no levantarse y seguir en ese problema, yo tal vez alguna vez lo hice, y uno siente que no va a poder salir adelante, que uno piensa que es el fin del mundo, de la vida, pero yo creo que uno está mal, porque hay tantas cosas por cual vivir, por quien vivir, y dejarse ahí en ese lugar, en ese hueco, en ese agujero, en ese círculo. Yo creo que es martirizante, estresante, desgastante, sobre todo en todo estar ahí, ¡ay no! Que mejor que salir de ahí, es lograr salir de ahí e ir adelante ¿no? otras cosas vendrán, otras cosas nos esperan, ¡ay no!” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Frente a estos resultados, la interculturalidad nos invitaría a replantear un diálogo interepistémico, ético y digno del autocuidado de los profesionales de la salud (Dussel, 2001; Dietz, 2011). En esta dirección, las técnicas biomédicas para la detección de enfermedades en los cuerpos de los profesionales son necesarias, pero no pueden desenfocar el conocimiento de los sujetos sobre su propia corporalidad, auto representación y autocuidado. Además de deconstruir el **imaginario** instaurado en los profesionales, sobre el hecho que la salud empieza y termina por el cuerpo individualizado, sino que la salud abarca el cuidado de la madre tierra, el cuidado de los otros, la conservación de los bienes comunes y la práctica del buen vivir.

Asimismo, cobra relevancia establecer un diálogo intersaberes sobre la denotación y connotación de la cultura y cómo ésta puede influir y mediar sobre los procesos de salud/enfermedad, pensando que el término de cultura ha representado el desagüe para todo aquello no podemos explicar en términos epistémicos y ontológicos, y que tiene una aproximación más profunda y amplia de los orígenes y evolución de las enfermedades o dolencias, así como de los umbrales clasificatorios y estigmatizados que se tienen sobre los

grupos sociales; asignando el carácter de arraigo cultural a todo aquello que se relaciona con la identidad indígena, por consiguiente, denominando avance y desarrollo a todo aquello que se imbrica en la cultura de la modernidad y que justo lleva guardado en su nombre, el mito del epistemicidio, genocidio y necropolítica basado en estilos de vida y hábitos “saludables” (Foucault, 1996; Mignolo, 2010)

Figura 9: Red de Categorías “Alternativas para la atención”



Se podría pensar que, los profesionales siempre acuden a consulta para la prevención y control de su salud, incluyendo procesos de interconsulta y auto derivación con otros colegas profesionales para la corroboración y alcance de sus desequilibrios corporales. Sin embargo, se rescata que, para los profesionales de la salud, la medicina occidental solo entra en interacción con la persona cuando ésta adquiere el carácter de paciente, es decir, cuando ésta ha perdido la salud, por ende, es cuando la medicina occidental entra en función.

En este sentido, las **representaciones** de los profesionales de la salud no tienen anclado en su memoria e imaginario el concepto de salud desde el enfoque de prevención o de riesgo y vulnerabilidad, por tanto, el concepto de medicina o tratamiento se hace presente hasta que el cuerpo manifiesta un desequilibrio. A este respecto, la enfermera técnica refería que ni ella, ni sus padres habían tenido la necesidad de acudir con el médico, partiendo de lo que ya se había dicho sobre el enfoque de prevención.

“Casi no fuese, pues casi no he tenido esa necesidad, la verdad no he tenido esa necesidad de acudir con algún médico (...) pues, no lo que pasa, bueno mi papá casi no acude con el médico, casi no se enferma, mi mamá tampoco (...) Bueno, ella aceptó a ir y ya fue con la ginecóloga, y entonces fue ahí donde detectaron que no era su espalda que, no era su vientre, su estómago, o ella inventaba cualquier cosa con tal de no ir, pero pues ahí si ya no sé cómo ya la convencieron para ir con una ginecóloga” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

No obstante, se reconoce que la enfermera es originaria de la comunidad de Quialana, por tanto, también se puede mirar este no acceso al servicio de salud insertado en las desigualdades sociales por las que atraviesan las comunidades; en donde, esa no necesidad de dichos servicios, se puede descifrar como esa falta de atención desde el sistema de salud, la cual ha sido precarizada y pauperizada durante siglos. Es así que, el acceso de estas comunidades a este modelo occidental, se lee en términos de inconmesurabilidad y violación de derechos humanos, por consiguiente, la alternativa para la atención de sus desequilibrios corporales se concentra en la medicina tradicional, sumado a que sus concepciones culturales coinciden más con esta tradición del conocimiento.

Asimismo, la enfermera técnica al final de la entrevista añade que su abuela mostraba una resistencia para ser revisada por el sistema médico occidental. Esto se puede entender por la falta de accesibilidad a estos servicios, pero también, por la desigualdad en el trato que se les brinda a estas personas. Desde esta perspectiva, ya se había mencionado que las técnicas empleadas por el sistema hegemónico suelen ser por sí mismas dolorosas y poco

empáticas con las personas, incluso con los propios profesionales, por consiguiente, el temor que muestran las personas y, exclusivamente las mujeres de la comunidad a ser vigiladas y controladas por este sistema, es construido colectivamente a partir de dichas experiencias de contacto e interacción con el sistema médico.

“Si le gusta ir al médico, pero esa vez no sé qué le pasó, justamente, esa vez no sé. Creo que, porque igual porque teníamos problemas familiares, a lo mejor por eso dejó a un lado su salud y mejor no se dedicó a eso, bueno yo pienso que eso ocurrió” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Asimismo, podemos ver que la enfermera (25-30años) y vecina del pueblo de Quialana, también trata el tema de la resistencia de su madre para asistir al sistema de salud. Como ya se mencionó, esto tiene una estrecha relación con el acceso y la desigualdad en el trato dentro de estos sistemas de salud. No obstante, como refiere Mendoza (2019) el fenómeno de el no acceso de las mujeres a la atención de su salud, se debe mirar desde la domesticación colonial de estas mujeres, quienes no han tenido voz para expresar sus dolencias, porque son ellas las que deben cuidar del resto de la familia, las que deben aguantar el dolor hasta ser dobladas por el mismo y las culpables de la enfermedad de sus hijos.

En esta línea, la misma enfermera técnica (25-30años) señala que cuando ella enferma prefiere optar por el auto tratamiento. Esto derivado de dos fundamentos: 1) el conocimiento biomédico que ella ostenta, es el que le permite hacer inferencias y esquemas terapéuticos para su propio manejo de la enfermedad, sin embargo, la limitación en el rol profesional para recetar antibióticos y otros fármacos puede hacer menos completo el esquema de tratamiento, lo cual implica un análisis más profundo y; 2) las experiencias propias y de interacción con los usuarios sobre las diversas técnicas y procesos biomédicos, le ha permitido construir un **imaginario** de dolor, miedo y sufrimiento frente a estas terapéuticas y decisiones para ser tratada por el sistema de salud.

“Eso me dice mi papá vamos con un médico, no le dije, porque yo ya se lo que me va a hacer ¿no? No quiero ir con un médico, mejor me tomo una pastilla, yo ya se lo que me voy a tomar y ya (...) y si se me pasó luego, ya el lunes llegué ya mejor, un poco congestionada de la nariz” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Además de esta construcción creada en función de los tratamientos y procedimientos biomédicos. La enfermera se encuentra imbricada a su contexto cultural y social, por tanto, ella concibe que existen desequilibrios corporales que se retiran solos del cuerpo en cuanto éste consigue el equilibrio esperado. Es así que, ella **percibe** que existen dolencias que no requieren de una farmacopea, sino solamente se necesita dejar reposar al cuerpo, así como proporcionarle el equilibrio a través de plantas y fármacos enfocados en los síntomas (Fiebre o dolor). En este sentido se incorpora al concepto biomédico de enfermedad, el concepto cultural y de sentido común sobre la connotación y manejo de las mismas; y de esta forma, el conocimiento tradicional no muere, sino que se transforma y se une a una configuración completa de salud (Canclini, 1989).

En esta misma dirección sobre el manejo de la enfermedad, tanto la médica como el médico señalaron que la primera opción de tratamiento para sí mismo es la automedicación. En este tenor, para ambos profesionales, el conocimiento biomédico que ellos han obtenido en su formación, es razón suficiente para construir un cuadro terapéutico para sí mismo.

“Yo me auto traté, me auto mediqué, con analgésicos, con reposo. Así me trate el esguince” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica)

“Yo mismo me trate” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Estos resultados conllevan a una variedad de reflexiones. En principio se puede pensar desde la lógica práctica (Bourdieu, 2000) que su conocimiento les produce soberanía y autonomía en el manejo de sus propios desequilibrios, por ende, ellos no requerirán de la atención de otros colegas y/o especialistas. Sin embargo, se observa que su campo de **representaciones** se teje a partir de un modelo organicista, el cual tiende a reducir la

experiencia de la persona a un cuerpo enfermo y dañado por descuido; el cual habrán de recuperar (Menéndez, 1998).

En este tenor, se puede leer una despersonalización de los profesionales de la medicina sobre su autocuidado; y para disminuir estos efectos físicos y emocionales, ellos confían en su conocimiento y optan por maquillar la enfermedad a través del manejo de fármacos que anestesian el dolor y el malestar. Sin embargo, también se puede pensar que la automedicación representa para ellos el dominio de su poder cognoscitivo, en contraparte, la interconsulta con otro/a médico/a implicaría la debilidad de su conocimiento y la pérdida de su estatus profesional (Pampller, 2014).

Finalmente, sobre estas reflexiones críticas ya planteadas, cobra relevancia señalar que las experiencias de la médica y el médico con respecto a los mecanismos y estrategias del modelo y sistema de salud, ha configurado sus representaciones sobre la atención de su salud. A este respecto, los profesionales de la medicina al igual que enfermeras/os y usuarios prefieren la automedicación, o, la elección de medicinas complementarias, antes que pasar por todo el arsenal médico y sus respectivos procedimientos y técnicas invasivas y dolorosas (Foucault, 1996).

“Tomé paracetamol, me auto mediqué cuando me empezó a dar fiebre” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Con base en la opción de otros saberes y prácticas de sanación, la enfermera Nancy refiere que además de continuar la vigilancia y control de su cuerpo con el especialista médico correspondiente, ella complementa su manejo terapéutico con otras terapias que le permiten alcanzar el equilibrio corporal e integral más rápido, incluyendo la fe, esperanza y espiritualidad sobre una deidad quien habrá de darle la fortaleza y sanación.

“Ahí fue donde yo me lastime la pierna, más sin embargo he estado en vigilancia con el trauma, con médicos de ahí del pueblo. Con terapias por mi cuenta, y ya salí gracias a dios” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Con este fragmento de entrevista, podemos apreciar la interacción y diálogo entre los diversos saberes, porque en este discurso no se observa una jerarquización y poder de la medicina occidental sobre otras tradiciones del conocimiento, sino que las vemos en constante interacción, en un ir y venir como lo hacen las olas del mar (Dos Santos, 2015).

Esto nos permite comprender que la tendencia a la interculturalidad no se encuentra totalmente ajena en estos territorios, debido a que muchos de los profesionales tienen un antecedente directo e inmediato con la cultura indígena, o, ellos mismos se autodefinen como indígenas, lo cual les permite hacer un sincretismo entre ambos saberes, porque entienden y comprenden la epistemología, el alcance y las limitaciones de los diversos saberes, a partir de su ser ontológico como indígena y como profesional de la salud.

A este respecto, se puede observar que muchos de los profesionales de la salud no pudieron profundizar más en la epistemología y metodología de su conocimiento tradicional indígena por diversos motivos, incluyendo la necesidad de un acceso igualitario al sueldo, obtener prestigio y estatus social, conseguir un documento válido que avalara sus conocimientos y el deseo de continuar con sus estudios, o, mejorar su vida.

Es todo ello, lo que no les permitió a los profesionales buscar y encontrar fundamentos a dichas prácticas y conocimientos, sin embargo, su sentido común se conforma de experiencias y recuerdos positivos en función de la medicina tradicional. Es por ello que, frente a este temor construido colectivamente hacia los procesos y procedimientos biomédicos, muchos de los profesionales pueden recurrir a estas prácticas ancestrales que en algún momento los salvaron de la enfermedad.

Así mismo, la enfermera Nancy recordaba que en su infancia nunca utilizaron fármacos para disminuir la fiebre, sino, por el contrario, todo lo resolvía su abuela por medio del uso de hierbas. Es claro que, ahora la enfermera busca un fundamento científico que trate de explicar el funcionamiento de dichas medicinas, quizás, en un afán por reconocer el funcionamiento análogo a los fármacos, empero, también por la necesidad de fundamentar por medio de un lenguaje academicista y científico las prácticas que su familia desarrollaba y que conforman su experiencia familiar cultural, simbólica y corporal en función al enfermar.

“Yo me acuerdo que, por ejemplo, para la fiebre no debíamos utilizar un paracetamol (...) Ella [abuela] por ejemplo, se bajaba la fiebre a base de lavados, había una hierba que se llamaba palo morado y con eso se bajaba la fiebre. Yo no he encontrado por qué bajaba la fiebre con los lavados, qué contenía ese palo morado. Y solo eran lavados, enemas pues, y con eso se bajaba la fiebre. Eso si te bañabas, ella decía, date un bañito, con puros medios físicos pues; que pastilla, ni que nada y con eso se bajaba la fiebre. Ella tenía sus hierbas incluso sembradas por si se enfermaba uno de dolor o de diarrea” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Esta misma necesidad sentida y compartida para fundamentar las prácticas tradicionales, a través del conocimiento occidental, atraviesa tanto a enfermeras como a médicos. En este sentido, el médico también reconoce el funcionamiento de la medicina tradicional y familiar, sin embargo, en su construcción biomédica y moderna de racionalidad y evidencia científica, le es incomprensible entender el funcionamiento de las plantas como se entiende la farmacocinética y la farmacodinamia, por consiguiente, le es imposible pensar en el acceso a estos saberes, no en función de experiencia, sino en relación a la epistemología del positivismo y ética de la justicia médica (Lang, 2013; Lander, 2000). No obstante, la interculturalidad puede ser pensada y construida a partir de estos agentes, porque en sus **representaciones** y recuerdos permanecen las experiencias sentidas y vividas de sanación corporal.

“Obviamente cuando ya era gripa o tos, pues ya la mamá ya sabía manejos caseros, pero si me toco todo eso también (...) si bastante, había cosas que mi mamá. Yo recuerdo algún medicamento, yo sufría mucho del bronquio, entonces yo tenía cuadros o me enfermaba mucho de los bronquios, y había un medicamento, bueno, no se si era medicamento, no lo he vuelto a ver, se llama descongestina, ese medicamento, me lo echaban sobre el pecho y automáticamente podía uno respirar, no sé si era broncodilatador, o que, pero funcionaba” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

En el caso de la médica. En principio, hace una clasificación de “remedios caseros” en función de alteraciones leves y de medicamentos en caso de alteraciones graves o complicadas. Desde esta perspectiva, se observa que la médica a partir de su conocimiento biomédico, no elimina el uso de prácticas tradicionales, sin embargo, ella desde el desconocimiento de estos saberes opina que la medicina tradicional no puede atender otras alteraciones corporales.

“Pues creo que, como todo padre preocupado, pues, primero los remedios caseros ¿no? sí era algo leve, por ejemplo, para la gripe un té, para el dolor de estómago o algo, estos remedios caseros. Me daba tantos remedios caseros, incluso con sobadas, con este ¿cómo decía ella?, con ventosas y todo eso. Así me curaban, así curaban a mis hermanos” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Con base en estos posicionamientos, podría decirse que la medicina tradicional no atendía enfermedades complejas y modernas, debido a que la filosofía indígena veía en el uso de las plantas y prácticas un estilo y sentido de vida que se enfocaba en el cuerpo, alma y espíritu. Es decir, la alimentación, el reposo, el movimiento, el equilibrio con la naturaleza y con el cosmos se construía desde que la persona nacía, por ende, en estas culturas no se pensaba en enfermedad, sino en desequilibrio y/o dolencia, el cual producía un verdadero ejercicio de introspección y espiritualidad de la persona para hallar el equilibrio; aquello que había creado esa ruptura y fragmentación del cuerpo, incluso, aunque el equilibrio se consiguiera a través de la muerte (Menéndez, 1998).

En este entramado, tal como lo señala las enfermeras técnicas y la enfermera originarias y vecina de Quialana, el cuerpo solamente se curaba con procedimientos y medicinas naturales, por tanto, éste no se encontraba expuesto a la farmacopea o uso excesivo

de la medicalización. Es así que, como un de ellas refiere, los cuerpos sanaban más rápido porque gozaban de una buena alimentación (vista desde el origen de producción), un sistema inmune más activo y protector, un uso amplio de las medicinas tradicionales y una medicalización disminuida, por consiguiente, la interacción de estos cuerpos con algún fármaco, en caso necesario, era más efectiva que la que se puede observar en la actualidad.

“Antes decía uno, se puede, cuando uno decía que le va a dar la gripa, decía uno ¡ay! con un baño se me quita y se quitaba, o a veces decía uno, con una pastillita, con una aspirina y se quitaba pues (...) ahora si que cuando era niña, me trataban con curanderos también, porque pues si estaba el hospital de Tlacolula pero casi no nos llevaban allá, pero mis hermanitos chiquitos si, si veía yo que si los llevaban para que los curaran de susto, para la tos, la gripa y así” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“El que se enfermaba más era mi hermano y mi hermana. Entonces más era como con curanderos y así con hierbas y cosas así” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Pues fíjese que antes, me curaban así con remedios caseros” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Entre las otras alternativas de tratamiento, la enfermera técnica (jubilada) basada en sus experiencias familiares del cáncer, llegó a la conclusión que frente a un episodio de cáncer terminal, ella preferiría optar por la eutanasia debido al temor construido hacia la destrucción del cuerpo humano por esta enfermedad. En este sentido, se lee que, pese a que algunos de los profesionales de la salud se niegan a aceptar la eutanasia como un procedimiento que las personas pueden elegir para morir dignamente, cuando se trata de pensar en un sufrimiento desde su propia corporalidad, ellos se contraponen a la ética que los formó profesionalmente.

“Si ya es una etapa avanzada ¿no? el cáncer ya no se va a curar pues, entonces le digo páguenle a alguien, le digo, para que ahora sí me quiten la vida, porque yo no quiero que me consuma el cáncer” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Finalmente, se recuperan de los resultados dos de las ideas que se relacionan con la modernidad. Desde esta perspectiva, el médico y la enfermera (jubilada) apuntan a una nueva opción de tratamiento que están seleccionando los usuarios, la cual se basa en imaginar a la

tecnología y al uso de los buscadores de internet como una deidad a la cual se acude para encontrar respuestas frente a los desequilibrios corporales.

“Pero si hay cuestiones que cambia el tratamiento ahora, porque la gente tiene la información en el celular o internet, y a veces no es muchas veces lo que tiene. Hay muchas enfermedades que se suelen confundir y la gente piensa ¿no? es tos y gripa y pum le dan medicamento y le dan y le dan y no se curan, y lo dejan pasar” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

“Ahora, pues nos cuidamos, pero ya las cosas han cambiado en todo, la tecnología nos está abarcando (...) por lo que se ve en la televisión, ahora ya hay el bendito san google que a veces nos confunde, y llega el momento en que para todo recurrimos a la tecnología y antes no” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

En esta divinidad que las personas han asignado a la tecnología y a las redes sociales “San Google”, tanto la enfermera como el médico perciben un peligro latente que puede poner en riesgo la salud de las personas, debido a que los usuarios no verifican que los tratamientos o técnicas que le recomienda el internet, realmente estén relacionados con el problema que están presentando.

En este tenor, el riesgo que ellos perciben tiene una estrecha relación con la interacción farmacológica, la intoxicación medicamentosa por el uso no moderado de los mismos, el uso indebido que hacen de los fármacos frente a determinadas manifestaciones clínicas. En general, se puede percibir que la tecnología ha acercado el acceso de las personas a la atención de la salud, sin embargo, ha construido una baja percepción del riesgo entre las personas para el uso indefinido y múltiple de los medicamentos, lo que puede llevar a complicaciones graves de la salud.

Dos de las categorías que emergieron y se encuentran profundamente entrelazadas, son el autoritarismo médico y los estereotipos y/o prejuicios médicos. En este sentido, se puede observar como este estatus profesional como médico/a y enfermero/a les otorga un cierto poder para disciplinar y controlar los cuerpos de las personas (Foucault, 1996). Esto es muy semejante a lo que refiere Bourdieu (2000), el campo profesional de la salud les ofrece un stock de posibilidades y disposiciones para apropiarse de los cuerpos de los “otros”. Y a partir de ahí se crea todo un conjunto de significados entre los profesionales para establecer una línea jerárquica y vertical con los usuarios y entre ellos mismos.

Uno de los mayores efectos del ejercicio del autoritarismo entre los profesionales, va conjugado con el ejercicio de la violencia psicológica y simbólica hacia los usuarios, por ejemplo, la enfermera técnica (25-30 años) originaria de Quilana, nos describe el caso de su abuela, quien falleciera de cáncer cervicouterino por una falta de diagnóstico y control oportuno. Sin embargo, ella señala que su abuela durante su estancia hospitalaria fue observada por un sin número de médicos, empero, ella agregaba que su abuela jamás se hizo un Papanicolaou porque no le gustaba que la revisaran.

“Mi mamá fue la que la acompañó el primer día, entonces ahí en la sala de exploración dice mi mamá que la pusieron en posición ginecológica, y se pasaban médicos, así como que, uno veía tal parte y luego otro veía otra cosa. Varios médicos la observaban, entonces ella dijo _miren que yo no quería que nadie me viera, ahora peor tantito, me están viendo a cada rato_ (sonríe)” (Fragmento entrevista Prof,2/Enfermera técnica).

Aunque al final parece resonar en un discurso que produce risas, el relato nos lleva a la discusión de la violencia que percibió su abuela al sentirse observada por todos, sobre todo porque ella no hablaba español y no podía entender claramente lo que estaba sucediendo con su cuerpo, pero sí sentía la presencia y mirada de todos. En este caso en particular, se piensa en la poca empatía y cuidado hacia el otro desde la posición de los profesionales, porque

ellos no actúan bajo una pertinencia cultural y simbólica, reflexionando sobre la violación de la dignidad de la persona.

A este respecto, también se rescata que los usuarios frente a un episodio de dolor intenso o gravedad, específicamente las usuarias indígenas, se ponen a disposición del personal que las atiende. En este caso, como señala Moreno (2018) las usuarias sufren una especie de expropiación corporal para ser nombradas y tratadas como pacientes, sin injerencia alguna sobre su propia persona.

Este performance no sólo las expropia de su nombre, sino también las absorben de obligaciones y les quitan derechos como persona; porque aquí nos preguntamos qué hubiera pasado si la abuela fuera de clase media, o, media alta, seguro no hubiesen tenido la misma atención con ella, debido a la **percepción** y clasificación que tienen los profesionales sobre los diversos cuerpos anclados a la clase social y a la etnia (Mendoza, 2019).

Empero en estos actos de violencia ejercido contra los usuarios, también podemos dar cuenta que los mismos profesionales cuando cambian su rol a pacientes o familiares, sufren los mismos estragos del autoritarismo médico, tal es el caso de la enfermera, quien nos narra sobre una historia de enfermedad de su hija en la cual fue “regañada” por el personal médico.

“La verdad que si fue, es un día que no se me olvida, que siempre me acuerdo de eso no, porque yo decía que hice más por mi trabajo, que estar con mi familia, con mi hija, pero pues le digo, yo no pensé que iba a salir otro tipo de enfermedades no, como la diarrea o el vómito, yo nada más, para mí que nada más era la fiebre lo que tenía, pero pues resulta que si le dio esta enfermedad, esto de la diarrea y vómito, y pues, ahí empeoró (...) La doctora aunque fui, si me regañó bastante, me dijo qué cómo me atreví yo a dejar a la nena si estaba enferma, pero pues no era algo que, si yo hubiera sabido que tenía diarrea y vómito, pues ya no la dejo” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Este fragmento de entrevista nos permite mirar un proceso muy marcado de desigualdad profesional, pero también se pueden analizar otras posibilidades implícitas en este ejercicio de autoritarismo médico, tales como, el abandono de la hija “enferma” por parte de la enfermera; la exigencia y poca empatía por parte del sistema de trabajo de las

enfermeras; el origen étnico, debido a que ella es de Quialana, por tanto se puede pensar en un probable maltrato psicológico y simbólico dirigido a esta población indígena y; el hecho de ser enfermera que, como bien ya se ha discutido, la condición de mujer ha favorecido el maltrato hacia las mismas por considerarlas las únicas responsables del cuidado de los hijos (Mendoza, 2019; Ocho, 2019).

Con base en ello, ella refiere que en otras ocasiones fue ignorada en su decisión y en su opinión profesional por parte de una médica dentro del servicio privado. Esto que ella nos relata, en cierta forma le produjo un sentimiento de culpabilidad dado por la impotencia que sentía de haber sido ignorada en su propuesta, pero también, por el coraje que percibía de haber sido víctima de una negligencia y maltrato, la cual no nombraba como causa, sino más bien trataba de encontrar una respuesta en causas ajenas y naturales o espirituales.

“Lamentablemente esa doctora no la atendió bien, ella decía que no era necesario un ultrasonido, que para qué gastábamos, si él estaba bien, si el dolor que tenía era por la tos, pues, ella decía (...) Y yo decía, pues si esta doctora hubiera detectado esa enfermedad, ya hubiera hecho el ultrasonido que yo le pedía, pues a lo mejor mi padre no estuviera así ¿no? (...) yo no lo llevé con un médico, o a un hospital público, para que se atendiera bien, pero pues lamentablemente esa doctora no la atendió bien”
(Fragmento de entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Aunado a las violencias que los usuarios y las enfermeras indígenas viven a partir de esta interacción con el personal de salud, se suman los actos violentos que los profesionales ejercen sobre sus familiares por la no aceptabilidad del régimen médico. Así, el enfermero señala que su papá vivía una resistencia absoluta al uso de la insulina, hasta que él sufrió una descompensación, la cual fue el detonante para que éste entendiera y se sometiera a un control más estricto; pensando que la aceptación de un tratamiento sólo se asocia con el proceso de entendimiento y voluntarismo.

“Él si vio que estaba demasiado débil y le cayó el veinte de que si debe llevar un control. Inclusive estaba renuente a la insulina que ya le habían recomendado desde cuando; y

*en esta ocasión ya aceptó la insulina como una segunda opción de tratamiento”
(Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).*

Además de estas desigualdades y conflictos para la comprensión y atención digna de los usuarios, los profesionales también hacen referencia a otros aspectos que les ocasionan conflictos culturales. En el caso del enfermero, él apunta sobre una subclasificación de “pacientes”, dentro de los cuales, los usuarios con diabetes “pacientes diabéticos”, son los que caben en lo que él denomina como renuentes, desinteresados por su cuerpo y salud, complicados e irracionales.

“Los pacientes diabéticos son un tanto renuentes en llevar un buen control, y aunque sean familiares, no me sorprende mucho porque nosotros como personal de la salud pues inculcamos y estamos ahí como todo el tiempo, que tu dieta, que tu tratamiento, y pues, a veces, ya es imposible hacer entrar en razón hasta los propios familiares, con los pacientes es un poquito complicado y con los familiares un poquito más” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Este relato cobra relevancia por la **imagen** construida de los profesionales sobre determinados usuarios. Aquí se puede leer que el enfermero piensa al usuario como un agente ahistórico, asocial e individualizado que no depende más que de su propia voluntad para someterse o no al control médico (Foucault, 1996).

En este **imaginario** de autoritarismo, se puede argumentar que los profesionales piensan al usuario como una persona totalmente ajena a ellos, es decir, les es imposible leer al paciente a través de sus propios ojos, experiencia sensible y actos de despersonalización y abandono del cuerpo, reconociendo que ellos tampoco han podido ejercer un autocuidado (Nocera, 2011). Todo ello, sumado a los procesos simbólicos, históricos, culturales, políticos, sociales y económicos que se concatenan a la vida de la persona, sobre todo, pensando en las comunidades oaxaqueñas, las cuales viven el año rodeadas de fiestas y alimentos.

En esta línea trazada, también se observa que los profesionales **perciben** que los “pacientes” son propiedad de las instituciones de salud y de todo el personal. En esta relación

entre propiedad y propietario, la persona queda desdibujada de su soberanía y libertad para decidir sobre sí mismo, es por ello, que los profesionales se consideran autoridad suficiente para inculcar más que dialogar, para imponer más que consensuar, para vigilar y castigar más que acompañar, para decidir por el usuario sobre su corporeidad, para homologar y universalizar en vez de aceptar la diversidad de saberes (Moreno, 2018; Maldonado, 2017).

Asimismo, nos parece curioso señalar sobre los motivos que llevaron al enfermero a pensar en las personas con diabetes: 1) su padre vive esta enfermedad, 2) es una de las enfermedades más comunes en México y 3) el temor generalizado que se presenta en la población masculina hacia esta enfermedad que, aunque el enfermero no lo dice explícitamente, se encuentra como un discurso mitológico en todo su relato.

Esta concepción de los profesionales sobre los usuarios, los ha llevado a crear un **estereotipo** de pacientes correspondiente con estas comunidades, el cual se mueve entre binarismos como la ignorancia y el conocimiento, legos y expertos, suficiente e insuficiente, renuente y sumiso. A este respecto, el enfermero habla de actividades de promoción y educación para la salud, empero, éstas no se circunscriben desde la pertinencia y diversidad cultural, porque como señala Dietz (2011), se piensa que la cultura (s) es única, inamovible y estática, por consiguiente, se habla de “buena” alimentación desde la enunciación y reducción limitada del sector salud, que no siempre se corresponde con el contexto donde habitan las personas y; que además, los profesionales se siguen promocionando como autoridades que deben imponer sus propios criterios sin consultar con el usuario.

A este respecto, también nos cuestionamos este autoritarismo en función del sexo de los profesionales, debido a que son los hombres los que muestran menos tolerancia al descontrol y resistencia de los usuarios para aceptar los protocolos médicos, por ejemplo, el médico relata el caso de una muerte infantil por desnutrición, donde previamente ya había

comentado que la madre era la que no llevó un adecuado cuidado de alimentación con el niño, por tanto, el niño había tendido a desnutrirse y morir. Empero, lo que se rescata de esta historia, es que el médico basó sus conclusiones en función de observaciones precisas de la madre y de las características físicas de la casa donde ella habitaba. Efectivamente, estos son elementos que ayudan a comprender el fenómeno, pero no son causa suficiente para establecer unas conclusiones generales.

“Esos son uno de los casos que impactan, porque sí. Uno quisiera tener más apoyos para ese tipo de gentes, no nada más económico, sino apoyo educativo, cultural, pero pues no se pudo” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Cabe hacer mención en que, el médico marca la pauta para hablar de un conflicto cultural subsumido en este desenlace; si bien, él no logra descifrar el concepto de cultura, reconoce que existe un problema implícito al mismo. En este caso, también podemos señalar que los profesionales de la salud tratan de encajar todas aquellas cosas inexplicables para ellos, al concepto y causa de cultura, lo cual puede limitar el análisis, diagnóstico y origen del fenómeno, por tanto, retomando sus palabras, es necesario hablar de una formación de los profesionales en el campo de las ciencias sociales y humanidades para ampliar su mirada y comprensión del “yo” en el “otro”, por consiguiente, establecer diálogos con los usuarios que fomenten modelos de prevención y autocuidado más pertinentes, menos estigmatizados y más contextualizados.

Con base en este conflicto cultural profesional pensado unidireccionalmente, es decir, que solo pertenece a los usuarios, los profesionales basan sus indicaciones desde una posición privilegiada y especializada que les ofrece el campo de la salud (Bourdieu, 2000). En este tenor, la médica señala que se debe hacer conciencia en los usuarios hacia la prevención, sin embargo, como ya se habló previamente, el **imaginario** de prevención de los profesionales muchas veces parte del control y diagnóstico oportuno de las patologías, enfocándose

únicamente al uso de técnicas biomédicas de diagnóstico (estudios de laboratorio y de gabinete) y a la exclusión del diálogo inter saberes y conciliación.

“Hacer conciencia en ellos para la prevención, sobre todo, eso” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Sobre este enfoque preventivo epistemicida y fragmentado (Dos Santos, 2015), el médico también refiere que el arraigo cultural y los cuidados culturales de las abuelas y madres siguen estando presente en este siglo, lo que, para él es el principal motivo para un escaso restablecimiento y cuidado de la salud, pensando que la medicina moderna es el Dios que vino a salvar a la humanidad, por ende, debe conformar el único conocimiento válido y aceptable por todas las personas.

“En nuestra Oaxaca hay mucho arraigo cultural, todavía las abuelas, las mamás siguen mucho el tratamiento de los hijos, de los nietos (...) Mucho de la cuestión de vacunación también, antes era mucho más arraigado, ahorita afortunadamente, ya es menos, pero si me costó mucho con la cuestión cultural” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Asimismo, el hecho de pensar que lo diverso, aquello que se contrapone a la medicina occidental es arraigo, y por demás, conflicto cultural, es una constante presente entre los profesionales de la salud, porque justo, la soberanía, la libertad, la autogestión, la disidencia y la diversidad de saberes de los usuarios es lo que los profesionales pueden categorizar como conflicto, por ende, el problema que ellos perciben no es dado a lo que ellos conocen y reproducen, sino a todo aquello que se opone a su catecismo dado por la cultura médica. Tal como lo describe el enfermero, el término “cultura” parece ser el que mejor se adapta a lo intangible e incomprensible.

Así mismo, el enfermero se dirige desde una semántica que se inserta desde lo plural, pero universal como experiencia particular. Es así que, él habla desde un “yo” posicionado como el instrumento de medición para la otra persona, es decir, el profesional de salud tiende a imaginar que el conocimiento que ellos ostentan como profesionales es superior y único

(Oliva, 2008) por consiguiente, nadie más podrá alcanzarlo y/o comprenderlo, porque simplemente no han adquirido esas competencias, por ende, a una persona de la comunidad se le piensa como iletrada e ignorante, incluso hasta el grado de no poseer un conocimiento suficiente para alimentarse sanamente.

*“A que lleven un buen tratamiento, pues porque yo siento que tiene que ver la cultura. Nuestra cultura aquí en Oaxaca en su tipo de alimentación, que no llevamos una alimentación adecuada, de acuerdo, en el caso de los diabéticos, de acuerdo a la patología, y a veces hasta que desconocen y porque no saben que deben llevar un control”
(Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).*

Como refiere Dietz (2011) la interculturalidad también debe ser intersticial, porque las culturas no son puras, sino híbridas, por tanto, los profesionales deben tener un acercamiento a los saberes de los pueblos para poder reconocer sus resistencias y representaciones transformadas, y a partir de ello, establecer un diálogo inter saberes que les permita disolver el conflicto, que más que conflicto, parece ser un autoritarismo médico enraizado en una estructura jerárquica y de poder que no ha cedido campo y posición a otras tradiciones del conocimiento, incluso, a otras disciplinas.

En esta dinámica de las relaciones de poder que ejerce el sistema hegemónico sobre otros saberes (Dos Santos, 2011), se observa que la médica y la enfermera justifican estos procesos de aculturación y epistemicidio como una estrategia para avanzar en el desarrollo de los pueblos. Incluso, la enfermera apunta a que este epistemicidio se debe a que los conocimientos ya no se siguieron transmitiendo, y lo poco que se pudo rescatar, ya no es funcional. Cabe señalar que, ella no mira esto como una tragedia por la muerte de los saberes, ni siquiera se cuestiona sobre el origen de su posible extinción, sino más bien trata de justificar los motivos por los que las personas han abandonado estas prácticas, ya que, según ella, dejaron de ser funcionales.

“Pues ya iban olvidando poco a poco eso tratamientos empíricos y ya nos atendía un médico”

(Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Pues yo creo que, pues ahorita la mayoría de las abuelitas que hacían esos remedios, pues ya no están, yo creo que, por eso, o, también van al médico porque ahorita los remedios caseros que ellos hacían antes, ya no les funcionan ahorita” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Entre otras de las **representaciones** que se pueden describir entre los profesionales, es el rol de cuidado y acompañamiento de la enfermedad asignado a la mujer específicamente. Este es uno de los elementos más naturalizados e instaurados que habita el sentido, memoria y los discursos de los profesionales. No obstante, cobra relevancia que este **imaginario** no solo recupera el recuerdo al ver a su madre o abuela ejerciendo ese rol, sino que, por el contrario, es un conocimiento que siguen reproduciendo entre los usuarios y para sí mismas como enfermeras o médicas, combinando así el rol profesional y el de cuidado de la familia asignado históricamente (Mendoza, 2019)

“Siempre mi mamá ha sido la que ha estado al pendiente de mí. Cuando era niño, para la atención médica, recuerdo que me llevaba al servicio u hospital, entonces sí, era lo primero que hacía cuando nos enfermábamos, llevarnos al hospital para que nos atendieran” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

“En las dos ocasiones en que estuvo internada, la tuve que ir a acompañar y, como sus hijas están casadas y no hablan español, entonces, nada más éramos mi mamá y yo. Nosotras dos nada más nos hicimos cargo de ella” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Entonces el hecho de impulsarla y de apoyarla” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Nada más estuve en la recuperación en mi casa” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“Entonces con ella debo tener cuidados, ahora sí que, extremadamente bien vigilada” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Con estos fragmentos de entrevista, podemos observar como las enfermeras, la médica y el enfermero se refieren al rol de cuidado de la mujer como algo que es inherente a la misma, sin cuestionar la función de los hombres de la familia en este rol de cuidado (Mendoza, 2019). No obstante, estos relatos destacan puntualmente el valor de las mujeres

en el acompañamiento, solidaridad y sororidad frente a episodios de enfermedad, quienes han sido pilares fundamentales para el afrontamiento y motivación emocional personal y colectiva.

Este reconocimiento negado a las mujeres por su valiosa participación en el acompañamiento y afrontamiento de la enfermedad, es algo que todavía se tiene pendiente por retribuir hacia las mismas, porque, aunque los profesionales hacen mención de esto, no lo señalan como un acto que debe reconocerse y contribuir, sino como una tarea que es obligatoria a la mujer, por consiguiente, ellos tienden a creer que la enfermedad se origina cuando la mujer descuida de la familia por el hecho de insertarse al medio laboral, así como de ocuparse de otras actividades ajenas al cuidado y a su rol de mujer. Tal es el caso de la enfermera técnica, quien aún sufre la culpabilidad por haber dejado a su hija cuando enfermó para irse a su trabajo, el cual también le demeritaba muchas más exigencias como enfermera de la comunidad.

“A mí no me gustaba pedir permiso, o faltar a mi trabajo. Entonces ella cuando tenía como 6 o 8 meses, se enfermó. Pero esa vez teníamos que ir a, este, censar, entonces teníamos que ir a una comunidad que se llama San Lucas Quiavini y a San Marcos Tlapazola que estaban a nuestra responsabilidad y la dejé” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Otro de las RS presentes entre los profesionales, es pensar a las personas de las comunidades y a todos sus conocimientos y prácticas como ignorantes. A este respecto, la enfermera técnica apuntaba que los bebés de antes morían porque sus mamás no tenían conocimiento para cuidarlos y cuando acudían con ellos para sanarlos, lo hacían con curanderos. Todo ello derivado, según ella, de las creencias y costumbres de las personas de dichas comunidades.

“Si morían pues, pero también era por el mal cuidado de las personas ¿no? que se les decía, denle mucho líquido, pues ellos no lo hacían, por qué, porque también aquí tienen mucha creencia y todavía hay mucha gente que se va a los curanderos y los curanderos

les decían de diferente manera (...) ya no le des agua, ya no le des pecho como para que ya no tenga nada que evacuar ¿no? (...) La gente (...) no tenían conocimiento de cómo cuidar a sus bebés (...) tienen hasta la fecha mucha, cómo le diré (...) tienen mucha creencia, sus costumbres, que ellos creen que la medicina no cura, pues, puro curandero, hierbas y todo eso” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Frente a esta percepción, la enfermera también daba por hecho que todas las personas no hacían caso de sus indicaciones porque los médicos tradicionales les daban otras instrucciones. Aunque esto en definitiva no puede ser comprobado, se piensa en el poder que sustenta la enfermera para asegurar que las mujeres no sabían cuidar de sus hijos, pero también que los médicos tradicionales no tienen sustento epistemológico ni metodológico, por tanto, actuaban bajo un velo de la ignorancia; idea que fue instaurada con los procesos de colonización del poder, del ser y del pensamiento (Quijano, 2014; Mendoza, 2019).

Asimismo, como señala Ochoa (2019) los procesos colonizadores le quitaron la posibilidad de obtener el estatus de pueblo a las comunidades, entendiendo que, el estatus abarca credibilidad y aceptabilidad. Es por ello, que la enfermera (25-30 años) hace referencia a los conocimientos del pueblo como arraigados. Y en el caso de la Enfermera Nancy, ella señala que sí se cuidaban, pero lo que parece sorprenderle es que, a pesar de su escaso o nulo conocimiento, ellos no enfermaban.

“Pero como es un pueblo, igual sus creencias son hacia otra, digamos que, este muy arraigadas” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

“A pesar de su ignorancia, de su pobreza, se cuidaban” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Cabe hacer hincapié, en que el médico se refiere a la mujer indígena como aquella que le hace falta educación y conocimiento para cuidar de sus hijos, debido al caso que él relata en particular, y que probablemente tenga algo de cierto en lo que comenta, sin embargo, las conclusiones a las que el médico llega se fundamentan en el discurso lógico-racional no simultáneo que excluye las subjetividades de las mujeres indígenas, dejando al tintero

algunas ideas que discriminan a las mismas, porque se puede llegar a interpretar que ellas no tienen una afección, cariño, ternura y cuidado ético y solidario hacia sus hijos (Castro, 2005).

“Las señoras decían que el bebé no comía y cuando nosotros llegamos a la clínica (...) a la hora de la comida llegó la señora que lo revisáramos, y en ese momento hicimos el intento de darle el chayote que teníamos ahí al vapor y el bebé comía perfectamente, entonces ahí intervienen cuestiones educativas, sociales, culturales” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Y justo es esta mirada homogeneizadora, heteronormada y hegemónica, la que no permite que los profesionales puedan pensar en una heurística no binaria del lenguaje y del pensamiento que incluya otras dimensiones de las personas que atienden. En esta reducción de la mirada y la empatía, los profesionales siguen adjudicando al voluntarismo individual, las decisiones de las personas para asistir al sistema de salud, olvidando todas estas desigualdades sociales ya tratadas, por consiguiente, ocurre como en el caso que nos relata la enfermera técnica (25-30años), donde la mirada se concentra en culpar a la persona que enferma, no por el hecho de haber enfermado, sino por haberse negado a asistir a control y vigilancia médica

“Pues fjese que, a las mujeres, así como que les da pena tomarse su Papanicolaou, hacerse sus revisiones (...) Ella le decía a mi mamá y a sus hijas por favor, cuidense, porque yo nunca acepte que nadie me tocara, que nadie me revisara y miren como estoy pagando las cosas” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

A este respecto, podemos apuntar que el autoritarismo médico se ha visto atravesado por el género, la raza, la etnia, las clases sociales, el poder hegemónico, los prejuicios construidos profesionalmente, empero, también por la explotación al propio personal a través del llamado “disciplinamiento médico y ético”, específicamente, el de las mujeres y enfermeras.

A partir de estas representaciones profesionales sobre el disciplinamiento médico y su objetivación en el autoritarismo, se puede observar que ambos constructos configuran la identidad del profesional, pero al mismo tiempo recuperan la memoria sobre las emociones

desagradables y las experiencias sensibles a lo vivido en persona, o, a través de los ojos de los usuarios; donde ellos **perciben** un temor al ser desmantelados y expropiados por el sistema y procedimientos biomédicos (Nocera, 2011; Moreno, 2018).

En este sentido, se puede apreciar que los profesionales temen a enfermar, no por el hecho del desajuste corporal, sino por el ajuste del cuerpo, de las trayectorias, del sentido y de la vida a través de la ciencia médica, tal como lo refiere la enfermera *“Este, no sé, yo creo que, no sé, cambiar mi estilo de vida, empezar con tratamientos con quimio, no sé, no sé, me da mucho miedo, tanto solo de pensar eso y por lo que he visto también”* (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

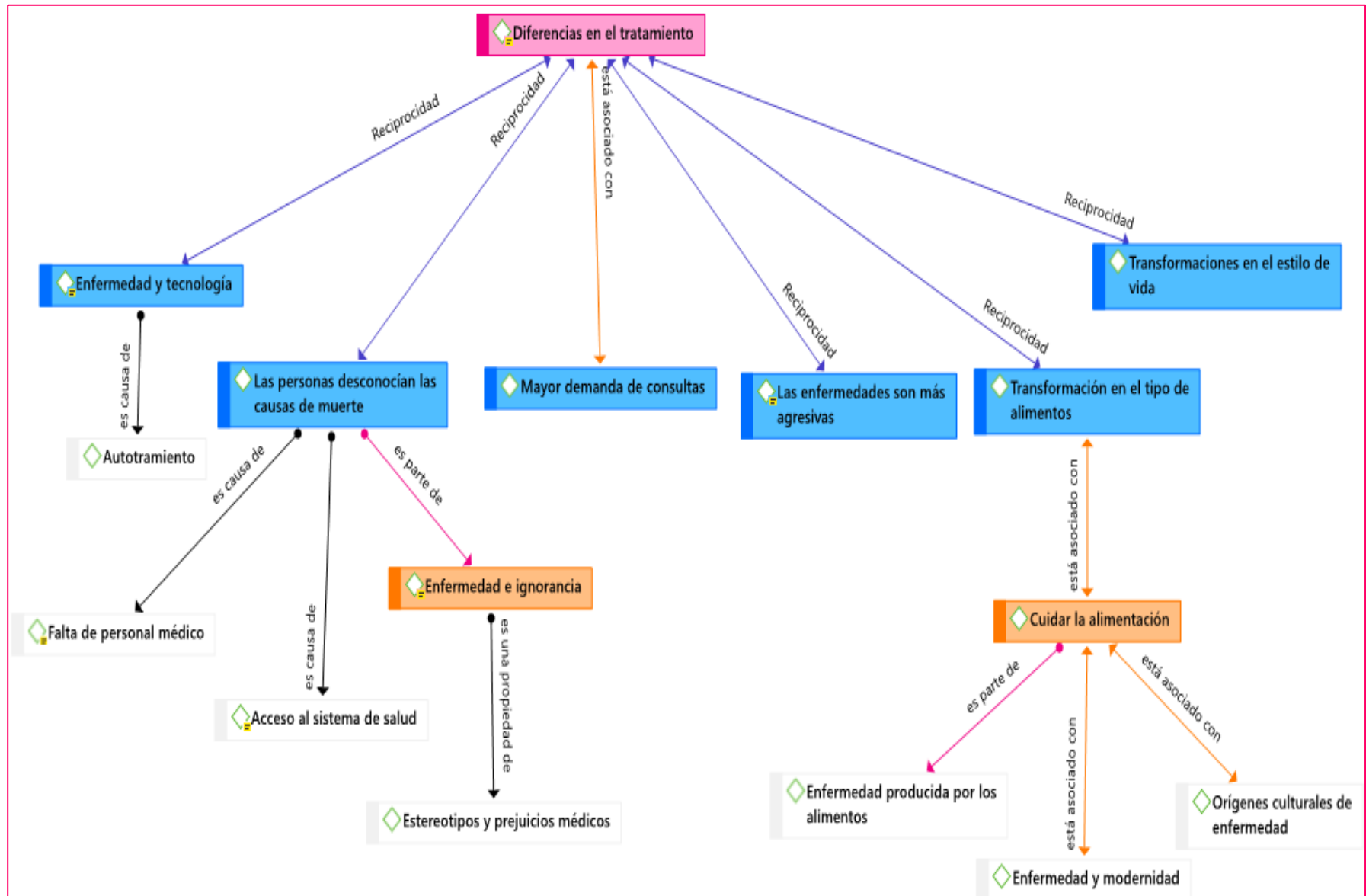
Así mismo, las enfermeras técnicas refieren que este disciplinamiento médico del cuerpo, no sólo afecta a la persona enferma, sino a toda su esfera familiar y contextual, debido a que hay un reajuste de la vida, de los roles, de los gustos, los deseos, el goce y las preferencias, porque como refiere el enfermero, ellos se siguen percibiendo como autoridad suficiente para controlar las decisiones de las personas, incluyendo la muerte de sus saberes y la supresión de su soberanía y autonomía

“Nosotros como personal de la salud pues inculcamos (...) y a veces, es imposible hacer entrar en razón hasta los propios familiares” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

“A estar tirada en un hospital; hasta par los mismos familiares, no es vida para ellos” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Uno cuando está enfermo, entonces ¡ay! el médico tiene que darle cierta dieta o ejercicios que tiene que hacer, o no hacer” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Figura 11: Red de Categorías “Modificaciones en las RS de Enfermedad”



La médica considera que no ha habido ninguna transformación en las enfermedades a lo largo de los años, pero sí cree que las formas de tratamiento son distintas a las que empleaban sus antecesores *“el tratamiento es distinto, pero siempre han sido iguales, las mismas”* (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

Asimismo, la enfermera técnica (25-30 años) de la comunidad señala que ella no percibe diferencias entre las enfermedades a lo largo de los años, pese a que muchos de los rumores que se tejen a su alrededor refieren la existencia de transformaciones

“yo diría que son lo mismo yo creo, aunque sí, lo que pasa es que muchas personas dicen son diferentes, pero en mi persona, pues si son lo mismo” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

A este respecto, el médico (más de 50 años) quién le ha tocado vivir la transición del sistema tradicional a la digital, no refiere puntualmente las modificaciones que él percibe en función de las enfermedades, empero, sí reconoce que hay transformaciones, debidas principalmente al componente de la educación.

“mmm, ya no tanto, o sea, si hay cuestiones que se han ido mejorando no con la educación sí, ya no se ven tanto” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

En este sentido, el **pensamiento** que se construye en la academia de la salud, se basa en que la resolución de todos los problemas, así como la causa de los mismos se fundan a partir del factor educativo, es decir, entre más educadas estén las personas existen menos probabilidades de enfermar. Estas formas de **representaciones** de la salud y la educación, como ya se ha estudiado, se han fundamentado en las políticas de aculturación indígena a través de la educación, las cuales han tratado de borrar los sistemas de pensamiento y sentido común de las comunidades (Navarrete, 2014).

En esta línea de la educación, pero desde la promoción de la salud. El enfermero apunta que los cambios que él observa no están dados en las enfermedades directamente, sino

en los procesos de abordarlas. En este tenor, él refiere que previamente la demanda de consulta era menor, por tanto, los profesionales de la enfermería tenían más tiempo para organizar pláticas de capacitación a las personas.

“Creo que la demanda era un poquito menos, entonces las enfermeras si se tomaban o como que tenían el tiempo para hacer promoción a la salud de forma expositiva, exponiendo así en la sala de espera y podía ver a las enfermeras con su rotafolio y dando una plática de cierto tema ¿no? Ahorita al menos en el tiempo que llevo laborando, siento que la demanda cada día es más y ese tipo de actividad, si se realiza, pero se realiza de una forma más personalizada al momento de estar en contacto con el paciente, entonces ya no se realiza como anteriormente se hacía, estando el paciente en una sala de espera se le otorgaba la información, los procesos son los que han cambiado” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero.

A este respecto que señala el enfermero, se podría pensar que el factor educativo que ya había mencionado el médico, es el que se encuentra estrechamente relacionado con este cambio percibido por el enfermero. Sin embargo, aquí no sólo podemos decir que las personas ya han entendido y compartido la importancia del sistema de salud hegemónico, sino, por el contrario, también podemos pensar a partir del pensamiento de Foucault (1996) que la medicalización de las sociedades ha hecho a las personas dependiente de los fármacos, debido a que estos actúan mucho más rápidos que otras medicinas, por tanto, se lee la efectividad de los mismos en relación al tiempo de acción y anestesia producida.

Estos cambios en los procesos de atención y abordaje de las enfermedades, se **perciben** desde la mirada de la enfermera técnica quialanense (jubilada) como producto de la resistencia y agresividad de las enfermedades de ahora. En esta dirección, ella observa que las enfermedades que afectaban a las personas de antes cedían con medicinas tradicionales, o, con medicamentos sintomáticos.

“Creo que no, las enfermedades de antes no eran tan agresivas como ahora. Ahorita siento que las enfermedades, tanto respiratorias como gastrointestinales son un poco más agresivas (...) Y apenas el papá de mi hija tuvo gripa, pero duró bastante tiempo. Yo creo que, como una semana, Y a pesar que ya está controlado, como que no, no hacía efecto el medicamento, pero antes sí, antes, con un baño, con dos pastillitas ya se calmaba la enfermedad ¿no? pero ahorita creo yo que, las enfermedades ya son más resistentes,

porque le digo antes era más fácil de curar las enfermedades.” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Con respecto a estas modificaciones que observa la enfermera, se puede señalar que ella al pertenecer a la comunidad, creció con un sistema de salud que solo accedía al uso de las plantas medicinales, y un tanto, al uso de la alopátia en cuanto ésta se abrió camino entre la población, por ende, el uso de fármacos era moderado y limitado a la indicación del médico, porque de cierta forma existía un temor de los pobladores a consumir estas sustancias que ellos desconocían. Frente a este suceso en que la modernidad ha promocionado como estilo de vida el uso de fármacos (Mignolo, 2010). El consumo no moderado de éstos, ha propiciado la resistencia de los microorganismos a todo antibiótico, por tanto, la autoinmunidad también ha sido reducida y las enfermedades se han visto modificadas en las formas de presentación o manifestación.

Este cambio en la inmunidad pasiva y activa del cuerpo se correlacionan estrechamente con las transformaciones en la alimentación de las personas. A este respecto, las enfermeras tanto de la comunidad, como del pueblo vecino refieren que la base de la alimentación de las personas de antes, coincidía con el consumo de hierbas y animales cuidados y criados por ellos mismos, por ende, las personas no consumían alimentos ultra procesados y enfermaban menos.

“Aunque también es más por la alimentación que uno lleva, porque anteriormente, mis abuelitos diríamos, ellos llevaban una alimentación muy muy diferente a la que nosotros llevamos ahorita, muy diferente porque era más de consumir más, este, comida muy saludable, ahorita, por ejemplo, vamos al mercado, ya compramos pollo y ya, pero no, anteriormente ellos criaban sus animales y ya ellos mismos los mataban, y ya los cocinaban. Por ejemplo, ahorita, es bajar al mercado, ya nadie se toma la molestia de criar pollos, o borregos, así que es lo que más se consume acá, chivo casi no (...) si, demasiado, yo diría que sí. Y ellos mismos sembraban todo, su cebolla, ajo, o sea, todo. En cambio, ahorita ya todo lo compran, ahí pues tienen tratadas muy diferentes, con aguas negras y así. Cuando anteriormente, pues no.” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Si, yo creo que ahorita, las enfermedades de antes, ahorita, con la ciencia pues ya la mayoría ya se logró erradicar, pero igual con los avances que hemos tenido por la

civilización, emm, hay nuevas enfermedades, ¿por qué”? por el tipo de alimentación ya no es la misma, el estilo de vida ya no es el mismo (...) pues ellos mismos, bueno no todos, pero la mayoría de lo que consumían lo plantaban ellos mismos, ajá, por ejemplo, consumían más lo que son semillas del campo ¿no? Lo que era frijol, garbanzo y todo eso. Y, por ejemplo, querías comer carne, y pues agarraban digamos que de su pequeña granja que tenían (...) yo creo que sí, bastante, y por experiencia se lo digo porque ahora quieres preparar algo rápido, un espagueti, vas y compras los condimentos, ya todo, ya casi nada, toda la comida ahorita pre-prezado, ya nada más llegas y lo calientas y ya” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Sin embargo, la enfermera (25-30 años) introduce a sus representaciones el concepto de civilización, que como menciona Mignolo (2010) éste se encierra en el mito de la modernidad, el cual contribuye a modificar los estilos de vida y la alimentación basados en el consumismo de productos ultra procesados.

A estas modificaciones de la alimentación, también la enfermera Nancy (jubilada) señala que la producción de los productos alimenticios ha cambiado, porque anteriormente el uso de fertilizantes y pesticidas no se empleaba para producir las frutas, verduras, así como para alimentar a los animales. Asimismo, pese a que ella, al principio, señala que existía un desconocimiento de las personas para alimentarse [quizás el conocimiento, ella lo mide sobre los conceptos precisos de las calorías, propiedades nutricionales de los alimentos, dieta, etc.] ella reconoce que su alimentación era mucho más sana. Incluso, ella habla del conocimiento de las personas para utilizar plantas medicinales en la elaboración de los alimentos, lo cual evitaba que ellos enfermaran por amibiasis u otras enfermedades.

“Pues yo siento que sí, nada más que antes la gente, este, pues dentro de su ignorancia llevaba una alimentación más sana (...) ya por ejemplo ahora los alimentos que se cosechaban, y que a mí me tocó, no era a base de tantos químicos como ahora. Eran de la tierra natural, ahora le tienen que echar químicos a la tierra para que se den las verduras y todo eso. Y yo siento que eso contribuye mucho a que la gente de antes se cuidaba más y se enfermaba menos. Mi abuelita también, ella misma cultivaba sus hierbas, siempre había chayotes, siempre tenía tomate, su epazote frito que se hacía con los quelites sí, los hervía y los freía. Entonces ella nunca que yo haya sabido que tenía lombrices por dentro, porque yo siento que, porque comía tantas hierbas, nopalitos, o sea, comía sano pues. Había carne una vez a la semana, no comían tanta carne, como comemos ahora” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera)

Frente a todos estos cambios que la modernidad ha ocasionado, la enfermera (25 a 30 años) señala que el estilo de vida se ha visto modificado por este suceso de la civilización. Principalmente, ella observa que la transformación se ha visto mediada por el uso del tiempo y del movimiento, porque ella considera que las personas de antes, siempre andaban en movimiento y trabajando.

“el estilo de vida ya no es el mismo (...) pues el de antes, caminaba ¿no? caminabas, llegabas a casa y te dedicabas a otra cosa, por ejemplo, mi mamá me comenta que mi abuelita tejía con, ¡ay! no sé cómo se llama ese telar, y hacían movimientos pues todo el tiempo, y pues ir al campo, regresaban, todo el tiempo. No descansaba, todo el día era estar en movimiento, pues ahorita, pues ya no, ya no es estilo de vida.” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

No obstante, ella observa este cambio en la actividad física del cuerpo que, efectivamente, las personas de antes se movían más, sin embargo, tampoco gozaban de un tiempo preciso para el descanso. Idea que fue instituida por los procesos colonizadores y del capitalismo, los cuales consumieron los cuerpos de los indígenas para la producción del trabajo, olvidando que las personas también requieren el tiempo para el descanso, tal como lo señalan los profesionales previamente.

No obstante, en los cambios sobre los procesos de abordar las enfermedades, también la enfermera Nancy (jubilada) y el médico señalan que una de las principales transformaciones se relaciona con el uso desmedido e inconsciente de la tecnología, porque como señala la enfermera, el primer acceso de las personas a la atención de la salud se ha trasladado al uso de buscadores de internet, los cuales, afirma ella, suelen confundir a las personas sobre el manejo de las enfermedades.

“Ahora, pues nos cuidamos, pero ya las cosas han cambiado en todo, la tecnología nos está abarcando (...) por lo que se ve en la televisión, ahora ya hay el bendito San Google que a veces nos confunde, y llega el momento en que para todo recurrimos a la tecnología y antes no.” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

“Pero si hay cuestiones que cambia el tratamiento ahora, porque la gente tiene la información en el celular o internet, y les dan antes, y a veces no es muchas veces lo que

tiene. Hay muchas enfermedades que se suelen confundir y la gente piensa ¿no? es tos y gripa y pum le dan medicamento y le dan y le dan y no se cura, y lo dejan pasar y cuando ya llegan acá, ya llegan complicados, entonces antes era porque no los llevaban, ahora es porque les dan cosas que no corresponden con un padecimiento. Entonces la gente piensa que el celular, el internet puede hacer todo, y pues no puede hacer eso ¿no? Entonces saturamos mucho a la gente, la televisión que, para la tos, para la gripa, para la flema, y la gente dice esto es bueno porque ahí lo dijeron, y pues no todo siempre es así” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

Con respecto al fragmento de la enfermera Nancy, cobra relevancia la analogía que ella estructura entre la devoción a un santo y a San Google, la cual, en principio no sería más que un comparativo, sin embargo, al desmenuzar el discurso de la enfermera junto con el que elabora el médico, se observa que el internet se ha convertido en el Dios de las respuestas y la atención individualizada y agilizada que requiere el usuario, por ende, google se ha convertido en el primer acceso de atención.

Como señala el médico, esta nueva creencia incuestionable de las personas en el internet puede llevar a grandes consecuencias en el manejo de las enfermedades, debido a que las personas no hacen una posología de los medicamentos, ya que ellos consumen el primer fármaco promocionado por la red o la televisión.

Estas últimas conclusiones, nos colocan en la posición de reflexionar que, hasta ahora para los profesionales, los únicos cambios de las enfermedades se siguen relacionando con el enfoque de tratamiento y con la farmacopea (Foucault, 1996), por consiguiente, ellos vuelven a dejar por fuera la salud emocional, el contexto social, histórico, económico y político. Es decir, todo ello se mira, como sí los cambios cayeran repentinamente del cielo y las personas sólo se adaptaran a las nuevas formas de tratamiento, pero pensando a la persona ahistorizada, apolítica, acrítica y sin experiencias.

A este ejercicio de pensar a la persona en su contexto y realidad, bastaría con hacer introspección para mirar en mi “yo” al “otro”, porque precisamente, el auto tratamiento que están desarrollando los usuarios, es el mismo ejercicio que hacen los profesionales. Todo ello

derivado de las experiencias que tanto la médica como la enfermera han tenido con el sector salud, por tanto, esas vivencias de dolor a partir de los tratamientos, así como otros factores emanados de la burocracia de la atención, conducen a los profesionales a optar por el auto tratamiento. A esto mismo se agrega, como señala Dussel (2001) que la opción del auto tratamiento o el tratamiento basado en el internet, es el sistema que dignifica a la persona, por tanto, no es nada extraño que se haya convertido en una deidad que ofrece respuestas, pero también en el primer contacto de toda persona que requiere recuperar la salud.

“Yo me auto traté, me auto mediqué, con analgésicos, con reposo Y así posteriormente me traté el esguince del tobillo” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

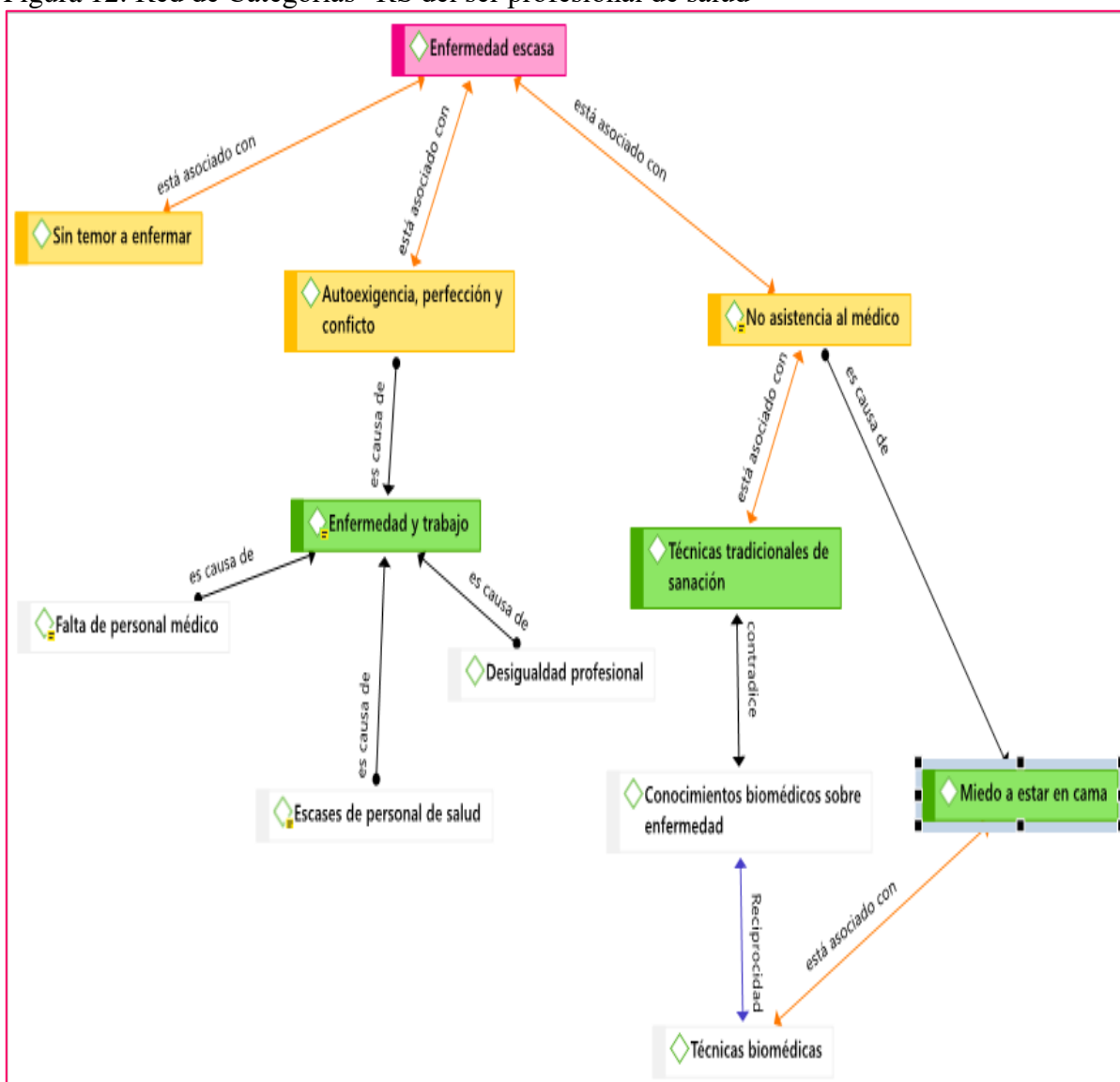
“Eso me dice mi papá vamos con un médico, no le dije, porque yo ya se lo que me va a hacer, no. No quiero ir con un médico, mejor me tomo una pastilla, yo ya se lo que me voy a tomar y ya” (Fragmento entrevista Prod.2/Enfermera técnica).

“porque no sabían de qué morían (...) de parte de sus hermanastras una falleció de muerte materna, y pues ahí no sabían de qué era, como no tenían centro de salud y ellos no acudían al médico, entonces pues no sabían ni lo que tenían” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“sí morían pues, pero también era por el mal cuidado de las personas no” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“aquí en Oaxaca en su tipo de alimentación, que no llevamos una alimentación adecuada, de acuerdo, en el caso de los diabéticos, de acuerdo a la patología, y a veces hasta que desconocen y porque no saben que deben llevar un control” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Figura 12: Red de Categorías “RS del ser profesional de salud”



Una de las categorías emergentes de la investigación se corresponde con el “ser” o la identidad del profesional de la salud. A este respecto, una de las características o **imaginarios** de los profesionales, es la inmunidad subjetiva, es decir, ellos se consideran sin riesgo para adquirir alguna enfermedad, o, incluso algunos de ellos respondieron que es muy extraño que enfermen.

“Pero así enfermarme de algo grave, casi no me enfermo, si me enfermo, me enfermo de tos, así cosas leves (...) casi no fijese, pues casi no he tenido esa necesidad, la verdad no

he tenido esa necesidad de acudir con algún médico (...) pues no, lo que pasa, bueno, mi papá casi no acude con el médico, casi no se enferma, mi mamá tampoco” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

Tal como lo observamos con la enfermera técnica (25 a 30 años), existe una inmunidad subjetiva que se ancla a su performance profesional. En este sentido, se observa cómo la enfermera hace una clasificación entre las enfermedades graves y leves, donde las últimas parecen ser las que pueden ser enunciadas y las que tienen derecho a adquirir los profesionales, porque se consideran “normales”, por consiguiente, las enfermedades graves son aquellas que se estigmatizan y se rechazan (Maldonado, 2017).

A partir de este fragmento, se reafirma el **imaginario** de los profesionales sobre el modelo patológico de la enfermedad y del ser humano, porque, como ya se mencionó, los profesionales no tienen entre sus representaciones sociales la prevención de los desequilibrios corporales, por tanto, no conciben necesario acudir a consulta médica cuando se goza de salud.

Asimismo, la enfermera técnica originaria de Quilana y la enfermera Nancy, ambas ya jubiladas, también hacen referencia a esta inmunidad subjetiva, señalando que ellas escasamente se enferman, tomando siempre como referencia la salud física y biológica para medir y describir si han enfermado, o no; excluyendo en esta descripción al estrés y sus diversas manifestaciones, los cuales, y desde su pensamiento antes descrito, señalaban que era una de las fuentes de origen de las enfermedades.

Esto nos deja claro que, para los profesionales de la salud, la enfermedad solo la pueden entender y comprender a partir del tan llamado cuadro clínico, el cual se compone de signos y síntomas, en contraparte, si se les pide que piensen la salud y la enfermedad, sin hacer referencia a manifestaciones físicas y síntomas clínicos, difícilmente ellos pueden describir la enfermedad a partir de aspectos más subjetivos como las emociones, la

espiritualidad, los conflictos culturales, económicos, sociales y políticos que los atraviesan como personas. Desde esta perspectiva, se debe repensar en reivindicar el término de salud y enfermedad como una heurística emancipadora del modelo biomédico, medicalizado y patológico, es decir, una forma de descolonización y despatriarcalización de la salud.

“De hecho, yo no me acuerdo de haber enfermado, creo que no (...) Pero yo le digo, yo casi no me enfermé, no me acuerdo haber ido con algún curandero o a algún hospital” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

“Hasta ahorita pues me considero sana entre comillas” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Asimismo, las enfermeras consideran que enferman poco, empero, en sus discursos describen que, sí experimentan procesos de desequilibrios corporales, sin embargo, ellas no acuden al médico para tratarse, porque prefieren hacerlo ellas mismas. Todo ello derivado del conocimiento biomédico que ostentan, pero también por las experiencias previas de atención dentro del sistema de salud.

“Eso me dice mi papá, vamos con un médico, no le dije, porque yo ya se lo que me va a hacer (...) Le digo a mi mamá, a mí me gusta inyectar, pero no me gusta que me inyecten (sonríe)” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Tomé paracetamol, me auto mediqué cuando me empezó a dar fiebre” (Fragmento entrevista Prof.3/Enfermera).

Además de esta inmunidad subjetiva, la médica y el enfermero manifiestan no presentar temor a enfermar, principalmente, porque la médica señala que la enfermedad es muy extraña en su persona. A este respecto, el enfermero afirma no sentir miedo a enfermar, porque nunca ha presentado una incapacidad y, aunque ha enfermado un par de veces, no ha sido algo que le produzca inmovilidad o temor.

“No, no siento miedo, incluso yo muy pocas veces me enfermo” (Fragmento entrevista Prof.1/Médica).

“Normalmente siempre he sido, llevo trabajando más de 20 años, y nunca he tenido una este, una incapacidad por enfermedad, por así decirlo, entonces prácticamente si he sido una persona sana. Hace unas semanas que me enfermé, pero (sonríe), pero no, no le temo a enfermar” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

Aquí nuevamente se observa que, para la mayoría de los profesionales sentirse autoinmunes por el solo hecho de tener un conocimiento de las enfermedades, es muy característico y un tanto riesgo para crear una conciencia de autocuidado en ellos, debido a que la atención del cuerpo la empiezan a plantear a partir de la gravedad de los síntomas, o, de la presentación de una incapacidad. Esto es parte de la política de las emociones construidas entre los profesionales dentro del campo de formación disciplinar, el cual los expropia de su conciencia de autocuidado y los despersonaliza para olvidar que ellos son seres humanos vulnerables (Moreno, 2018; Maldonado, 2017).

No obstante, también observamos que cuando los profesionales ya son jubilados de sus trabajos, ellos perciben otros riesgos y temores que van muy enfocados al proceso de envejecimiento e inmovilidad del cuerpo. En este sentido, el solo hecho de pensar en incapacidad, ya es doloroso para ellos, porque han considerado anormal el capacitismo de las personas, por consiguiente, pensarse como discapacitados es identificarse como anormal y patológico (Maldonado, 2017).

“Y mi miedo es como soy muy activa, enfermarme algún día y no moverme, y ese es miedo, no a enfermarme, sino a que un día me enferme y haga yo cama y no me pueda parar. Ese es mi miedo (...) porque soy muy activa, siento que me voy a morir más rápido, a una gripita que se me pasa y ya” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

Lo último que menciona la enfermera Nancy, nos lleva a repensar que la propia **idea** de dominación de la naturaleza por el hombre, es lo que nos ha llevado a **imaginar** que sólo aquello que puede ser provocado por y desde el hombre, es lo que puede conducir a la persona a la muerte, por consiguiente, aquello que emana de la naturaleza, se pensaba, ya estaba controlado y erradicado. Ahí es donde miramos, el impacto que ha causado entre los profesionales el hecho que un virus esté causando más muertes que cualquier otra causa,

porque se tenía el **imaginario** que, con el desarrollo de las sociedades, los microorganismos sólo podían afectar a sociedades primitivas.

Uno de los elementos que se objetiva a sus representaciones como profesionales de la salud, se enfoca a ese perfeccionismo, autoeficacia y calidad de su ser como profesional. En este sentido, el enfermero nos describe cómo se va construyendo una identidad de enfermería a partir de la auto exigencia constante, y justo esa identidad, se configura a partir de los procesos normativos de la profesión, los cuales les exigen adoptar una forma de comportamiento y representación. Por ende, el no adaptarse a estos procesos les genera conflicto interno e interpersonal con las personas que los rodean.

“Yo a veces siento que soy un poquito normativo con mi trabajo y, a lo mejor eso como que a muchas personas, como que no a muchas personas les parece, se lo digo, porque hace unos días buscaba a alguien para que me cubriera, y me dicen, no porque tú eres muy exigente en tu servicio, pero pues a veces no se trata de ser exigente, se trata de hacer. Yo pienso que para la persona que me lo dijo eso, era el ser exigente, era decirles que hagan bien las cosas como se deben de hacer ¿no? sin embargo, sí creo, ser un poquito normativo para hacer las cosas como se tienen que hacer o como esta normado” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

A este respecto de asumir como normal la exigencia del trabajo, el apego estricto de lo normativo, la falta de autocuidado por atender a los usuarios, el abandono de la familia, de la recreación y actividad social, también se observa que los profesionales han considerado que ellos están condicionados a adquirir determinadas enfermedades por el solo hecho de ser profesionales de la salud, lo cual asumen con mucha naturalización, heroísmo y amor de su ser e identidad profesional.

“Es lo que más sufrimos nosotros los trabajadores (sonríe) por gastritis” (Fragmento entrevista Prof.2/Enfermera técnica).

“Por el tipo de vida que yo llevaba que era muy estresante, muy agitado, la mala alimentación, y también que había tiempos en que yo no podía venir a comer, ¿Por qué? por exceso de trabajo que también teníamos, porque nada más éramos el médico y yo la enfermera. Entonces si teníamos mucha consulta, porque atendíamos ahora sí que a toda la población y a todas las este, las actividades que se tenían que hacer ¿no? tanto dar pláticas a los jóvenes, tanto embarazadas, este, a las personas que estaban inscritas como prospera también, entonces pues no había mucho tiempo, y luego cuando llegaban de

emergencias, pues yo no podía darme el lujo de decir, pues yo a la una me voy a comer, sino que yo tenía que estar o cuidar a mi paciente, en lo que él estaba internado pues (...) El IMSS es muy normativo, para todo es registrar, todo” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Sin embargo, la enfermera técnica hace referencia de una mayor desigualdad entre los médicos y las enfermeras, señalando que la carga de trabajo siempre es mayor para enfermería, sobre todo por el registro preciso y conciso de los procesos, procedimientos, materiales, técnicas y actividades desarrolladas en el centro de salud. Esto que la enfermera técnica nos describe, también nos lleva a concluir que el trabajo es muy desigual entre las enfermeras que atienden los centros de salud comunitaria y las enfermeras que están insertas en los hospitales, donde a las primeras se les atribuyen muchos procesos burocráticos.

Además, otra de las diferencias que se pueden estudiar en otras investigaciones, son las desigualdades profesionales producidas entre las enfermeras indígenas y las enfermeras mestizas que atienden dichos centros de salud comunitaria, así como las enfermeras licenciadas y técnicas que también se encuentran en estos espacios comunitarios.

Sin embargo, el trabajo autosacrificado y autocompasivo es muy característico de los profesionales de la enfermería, quienes han construido un imaginario de atención a los demás sacrificando su autocuidado, por consiguiente, el reposo y atención del cuerpo ni siquiera lo perciben como un componente de su propia salud, porque la propia inmovilidad les genera culpa, rechazo y estigma.

En este sentido, la protección específica del cuerpo la pueden pensar desde las medidas de precaución por gota, contacto y aire, a las que pueden estar ampliamente expuestas dentro del entorno hospitalario, porque, se podría decir que es el único escenario que ellas pueden percibir objetivamente como un mecanismo para adquirir una enfermedad, por consiguiente, sus esfuerzos se duplican por mantener un área limpia, unas correctas

medidas de precaución para evitar el contagio intrahospitalario, que es donde realmente pueden percibir el autocuidado.

“La última vez que yo me enfermé fue por abusar, por esfuerzos que uno tiene no, este, fallecieron tres familiares y como me encanta la cocina, pues, me puse a cocinar en los tres funerales, alzando, subiendo, bajando las ollas, haciendo la comida, preparando el almuerzo. Atendiendo a la gente, y ahí fue donde yo me lastime la pierna (...) y me mando reposo absoluto, pero no pude, como enfermera y como cocinera no pude (...) pero trato de cuidarme, pero este, si me da miedo, al menos cuando fui con los alumnos en el hospital, siempre estoy protegiéndolos, siempre les digo fíjense de qué es el aislado, protégete, porque siempre voy a ser yo, siempre primero yo” (Fragmento entrevista Prof.5/Enfermera).

A esta desigualdad inter e intraprofesional, la enfermera técnica jubilada también refiere que el trabajo precarizado y burocrático de enfermería es lo que produce enfermedades entre estos profesionales. Ahora ella, quien ya se encuentra del otro lado, ya puede percibir claramente estas desigualdades, así como las consecuencias derivadas de ese trabajo heteronormado, capacitista, jerárquico y autoritario (Foucault, 1996; Maldonado, 2017).

“Entonces, y nosotros como enfermeras tenemos nuestros propios documentos que le llamábamos place. Los places son muchos documentos de enfermería, y también era como una consulta que le dábamos primero nosotros al paciente, y después de ahí pues ya pasa con el médico a terminar, ahora sí que, a su enfermedad, a lo que ellos iban, pero nosotros, ahora sí que dábamos la primera consulta, de prevenciones como de cáncer de mamá, de cáncer cervicouterino, las detecciones que, de diabetes, de triglicéridos, colesterol. Todo eso teníamos que hacer nosotros antes de que pasaran con el médico, entonces siempre se carga un poquito más el trabajo hacia nosotras” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera).

Con base en estos argumentos, el enfermero fundamenta que muchos de los síntomas que él presentaba cuando enfermó, se debían prioritariamente al ejercicio profesional. En este sentido, él habla del trabajo burocrático que le exige su profesión, pero también de una colonización del pensamiento, del ser y de las emociones que no les permite atender sus manifestaciones corporales cuando éstas se presentan, debido a que ni siquiera se pueden replantear, solicitar un permiso para ausentarse y atender su salud, porque este **imaginario** de perfección y auto exigencia los expropia de su capacidad y experiencia sentida y vivida de enfermedad como un derecho a la atención y autocuidado (Moreno, 2018).

“Si estaba demasiada elevada, entonces era probablemente por el cuadro de resfriado, fiebre, de estrés porque también le adjudico que andaba de aquí para allá (...) Pero todo eso lo hice en el transcurso de la jornada laboral, porque nosotros no tenemos como que la opción de ausentarnos o ir a una consulta formal como tal, por lo del trabajo” (Fragmento entrevista Prof.7/Enfermero).

En el caso del médico, aunque él no señala directamente a la actividad laboral como una de las causas para no desarrollar ejercicio o actividad física, sí apunta que su anterior rol como médico dentro de las comunidades, le permitía tener un mayor movimiento del cuerpo al que puede tener ahora como médico adscrito al servicio de urgencias. A partir de estos fragmentos, también podemos distinguir que el autocuidado, no es parte de la identidad y las **RS** de los profesionales de la salud, parte de ello, es dado por la inmunidad subjetiva que construyen, pero también porque el campo profesional de la salud no les mira a ellos como personas que requieren cuidado, sino como trabajadores que siempre deben estar dispuestos a ofrecer cuidado y curación sin sentir la más mínima conciencia de autocuidado.

“Este ya hace tiempo cuando estaba en la comunidad me cuidaba yo más, salía yo, caminaba” (Fragmento entrevista Prof.6/Médico).

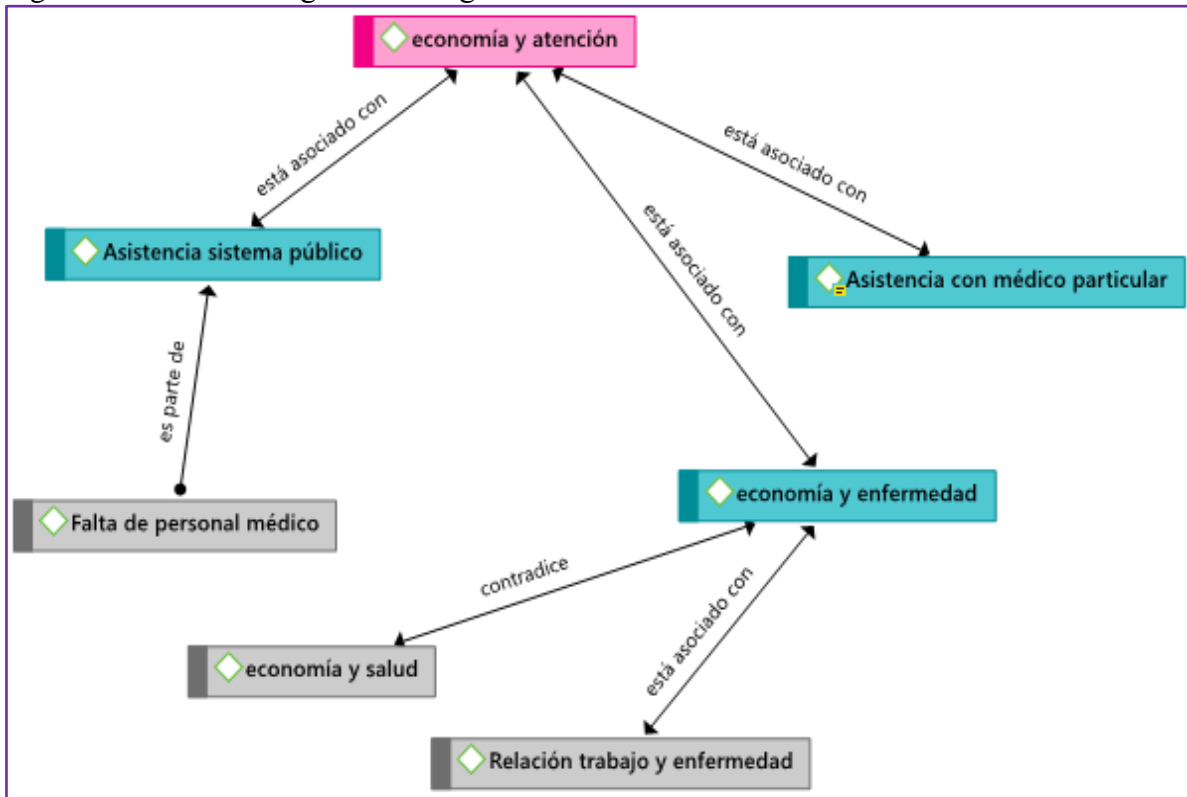
Finalmente, una de las cosas que también ha configurado su pensamiento e identidad profesional es la naturalización del trabajo precarizado. A este respecto, la enfermera técnica, señala que ahora que ya está fuera del campo laboral, reconoce que la falta de personal de salud, hace que los procesos no se agilicen, por tanto, la consulta se atrasa y todo ello lleva a recibir una mala atención en el sistema de salud, sin embargo, ella adjudica todas estas causantes a la alta demanda de consultas por parte de los usuarios, considerando que la falta de cuidado de las personas y las enfermedades constantes de éstos, es lo que ha mantenido al sistema de salud muy precarizado y con mala calidad de atención.

Sin embargo, ella no analiza el problema del sistema de salud de una mirada más amplia que trascienda hacia otros modelos de explicación social, política, económica, estructural y funcional de todo el fracaso del sistema de salud occidental.

“Entonces yo creo que, por falta de personal tanto de enfermería como médico, pues no agilizan este, la atención ahí, pero yo creo que no es culpa del personal, pero es por la demanda de consulta que tienen” (Fragmento entrevista Prof.4/Enfermera técnica).

Análisis de contenido: usuarios de Quialana

Figura 13: Red de Categorías “Desigualdades sociales”



Uno de los elementos que se presentan como características principales para analizar las desigualdades sociales, es la pobreza y vulnerabilidad de los pueblos indígenas (Navarrete, 2014). En este sentido, la vulnerabilidad puede medirse en función del trabajo y la afectación de la salud. Tal es el caso de Basilia y Juana, quienes apuntan directamente que el trabajo precarizado y altamente acumulable es lo que ha producido los desequilibrios y dolencias corporales.

“Por tanto trabajo también, pues, antes de tener a mis bebés, pues, íbamos al campo los dos, con mi esposo y así” (Fragmento entrevista Juana).

“[Interprete (I): A la mañana siguiente le dijeron ya no te acuestes, le dijo la señora, ya levántate ya puedes hacer lo que tú quieras, puedes hacer tortilla, aunque ya no te

acuestes, le dijo (...) Tenía espinitas en su palma de mano, por hacer mucho quehacer, porque iba al campo a sembrar frijol, maíz] iba yo al molino [I: ella tenía que moler] gracias a Dios que ahora hay molino, pero antes no había molino” (Fragmento entrevista Basilia).

En este sentido, tal como apunta callejas (2010), los procesos colonizadores absolutizaron la libertad individual de las comunidades indígenas, al grado de impedirle defender sus tierras y protestar frente a los procesos de empobrecimiento a los que los ha llevado las condiciones estructurales, políticas, económicas y sociales. Así, Basilia refiere que después de haber sido sobada, ella ya estaba lista para seguir elaborando sus tortillas. Esto tiene relación con lo que señalaba Austin (2014), que los indígenas fueron objetivando su pensamiento hacia el trabajo, por ende, él señalaba que los indígenas no murieron por las epidemias, sino, por el contrario, éstos fallecieron por la carga laboral a la que los sometían. Por tanto, esta realidad aún persiste entre los pueblos indígenas y mestizos, donde el reposo no tiene cabida en sus vidas.

Asimismo, cobra relevancia que Doña Basilia habla de cómo la tecnología ayudó a disminuir la carga laboral de las mujeres, en este caso, el molino. Con base en ello y, a diferencia de los profesionales, Doña Basilia no mira a la tecnología como algo totalmente negativo para la salud, por el contrario, ella reconoce que estos inventos creados por el hombre, ayudaron a las mujeres de las comunidades a disminuir su carga de trabajo en el hogar, sobre todo, porque ella apuntaba que previo a este invento, ella tenía que moler su nixtamal en el metate. Por consiguiente, el trabajo doméstico de las mujeres era mucho más pesado y más vulnerable para ellas.

Los casos de Juana y Basilia permiten identificar la configuración del trabajo de las mujeres en la comunidad, en el cual combinan el trabajo de la casa y del campo, lo cual nos permite hacer una primera aproximación a la vulnerabilidad de las mujeres de la comunidad. No obstante, también los hombres presentan otro tipo de riesgos que se derivan del ejercicio

laboral. Por ejemplo, Don Pedro (80-90 años) mostraba sus manos dañadas por los años dedicados al trabajo de la tierra. Sin embargo, podríamos pensar que, para su edad, él debería estar descansando, empero, él tiene animales que debe cuidar y alimentar para poder vender los productos que de ellos se derivan.

“Mire yo trabajé mucho, mire mis manos (se sentía y veían engrosadas y maltratadas por uso de las mismas en el campo), pues ahora vengo a darle de comer a los toros aquí al terreno” (Fragmento entrevista Pedro).

Como ya se describió previamente en los capítulos anteriores, los hombres de Quialana tienden a migrar a Estados Unidos para poder condicionar un mejor nivel de vida (Hernández, 2020). A este respecto, Jorge relata las desigualdades de trabajo a la que ellos se enfrentan como migrantes y como indígenas, pero también habla de discriminaciones por raza, clase y etnia que experimentan muchos de sus paisanos al estar en Estados Unidos.

“Mire cuando viví en Estados Unidos no me gustó, el trabajo es muy pesado, allá se trabaja todo el tiempo, y si haces dinero, yo gracias a Dios allá hice mi dinero. Y el pueblo tiene lo que tiene por todos los paisanos que se han ido y han mandado dinero para que el pueblo se construya. Pero en general, la vida de allá es muy dura, hay que trabajar mucho, hay que trabajar en el sol. Ahí es difícil cuando uno llega, a mí, por ejemplo, se me complicó mucho el idioma, además allá la migración es muy fuerte, sobre todo en las personas que no pueden o no saben defenderse. Yo, por ejemplo, si me defendía, yo sí les decía a los gringos que esa tierra tampoco era de ellos. Los americanos son los dueños de esas tierras, pero los americanos que nacieron ahí y ustedes pues no nacieron aquí, así que no tienen derecho a pelear por estas tierras (se sonrió). Ellos se molestaban conmigo, pero a las personas que no pueden defenderse las discriminan mucho” (Fragmento entrevista Jorge).

Las desigualdades que relata Jorge (60-70 años) son: trabajo pesado, con exposición frecuente y extrema al sol, horas cargadas de trabajo, la diferencia idiomática, autoritarismo y discriminación frecuente. A partir de ellas, se puede reflexionar tal como señala Flores (2004) que, para muchas culturas indígenas, el desequilibrio corporal surge cuando existe sufrimiento, bajo auto respeto, baja calidad de vida, exceso de trabajo y forma no armónica de vivir, por tanto, las consecuencias del desequilibrio están dadas por estas condiciones de vida de los hombres y mujeres de la comunidad.

Desde esta perspectiva, cuando se produce dicho desequilibrio, habrá que buscar esta reconciliación del cuerpo con el cosmos (Flores, 2004; Austin, 2014). A este respecto, cuando nos preguntamos sobre los recursos con los que cuentan las personas de la comunidad para atender sus necesidades de salud, es donde se produce otra mirada desigual para el acceso y atención de la salud. Tal como lo describe Juana.

“Pues también porque no había dinero, no fui al doctor (...) Pues también para ir a un médico particular pues no, porque también cuánto gastamos (...) Y por lo mismo, que siempre casi no hay dinero pues ya no he ido otra vez a ultrasonido para saber si si salieron las piedritas” (Fragmento entrevista Juana).

A este respecto, podemos observar que Juana habla de una pobreza intrafamiliar, en la que ella abandona su salud y su cuerpo, empero, no por un proceso de individualidad y voluntarismo, si no por la escases de recursos económicos. Sobre todo, porque ella nos había contado que la litiasis renal era una enfermedad que la había acompañado por varios años, sin embargo, en la clínica del pueblo le habían mandado a hacerse un ultrasonido de forma particular, debido a que en dicho centro de salud comunitaria no cuentan con ese servicio. Esto implica, que las personas de la comunidad deberán programar una cita en el hospital de Tlacolula para la toma de laboratorios o estudios de gabinete, lo que les exige realizar todos los trámites de solicitud y esperar que les agenden una cita.

En esta dirección y, frente a la crisis de los sistemas de salud en México, los usuarios de Quialana muchas veces optan por hacerse sus estudios en una clínica particular, sin embargo, esto les produce una inversión económica que en muchas ocasiones no la poseen. Es así, como el caso de Juana nos permite descifrar que muchas personas de la comunidad y específicamente, las mujeres, son las que deciden continuar con sus dolencias hasta que el cuerpo se derrumba (Mendoza, 2019).

Asimismo, Juana nos deja ver las posibilidades y disposiciones de clase que se viven en el interior de la comunidad y en el medio urbano, porque ella haciendo memoria, recordaba que cuando era pequeña gozaba de una posición privilegiada, debido a que sus padres tenían una adecuada solvencia económica que le permitía asistir con un médico particular.

“Pues en mi casa, pues este mis papás son este, como ya tienen su negocito. Tienen molino, tienen tierra de riego, pues tienen un poquito más de economía, pues nos llevaban con un doctor particular, ya íbamos a Tlacolula con el doctor o la doctora maría y así. Puro con médico particular” (Fragmento entrevista Juana).

No obstante, este caso particular de Juana nos permite observar que el sistema público de salud, no es la primera línea de acción y opción para las comunidades. Esto no sólo se traduce en el lenguaje de los usuarios, sino también en el discurso de los profesionales; ya que ambos coinciden sobre la crisis estructural del sistema de salud público, lo cual implica: mala calidad de la atención, falta de recursos humanos, físicos, materiales, atraso de las consultas, violencia estructural y dimensión simbólica de la exclusión y vulnerabilidad (Rodríguez, 2015). Sin embargo, a diferencia de los profesionales, las personas de la comunidad no siempre poseen los recursos económicos para atenderse en el sistema privado.

Con base en esta categoría de la economía, también podemos analizar a través de los relatos que, esta falta de recursos económicos no sólo afecta en el acceso a la atención de la enfermedad, sino también en el mantenimiento, conservación y recuperación de la calidad de vida. Por ejemplo, Juana (30-40 años) refiere que su familia no puede llevar una alimentación basada en el plato del buen comer, porque los productos que marca dicho esquema son impensables para ellos desde el costo y acceso de los mismos (alimentos de origen animal). En este tenor, ella apuntaba que muchos de los problemas de salud que ellos presentaban se debían a complicaciones por desnutrición, vulnerabilidad del sistema inmune, debilidad, etcétera.

No obstante, se reflexiona que los modelos de atención y promoción de la salud, siguen sin atender las diversas realidades a la que se enfrentan los pueblos originarios, es decir, su esquema estructurado de dieta no es pertinente con el concepto de alimentación de las comunidades, por consiguiente, como refiere Dietz (2012) la interculturalidad no puede procrearse, cuando existe un desinterés, asimetría política y económica, invisibilización de la diversidad, estigmatización de la otredad y discriminación.

“Pues por lo mismo, porque por nuestra situación económica pues casi no comemos lo suficiente, no completamos nuestra alimentación, porque lo que yo he visto en revistas, una alimentación, un desayuno. Todo eso tiene que llevar huevo, pescado y todo eso, y pues, nosotros casi no consumimos el pescado porque está muy caro, pues consumimos nada más de lo que tenemos. Aquí tenemos chayote, frijolito, sembramos nuestras verduras y pues es lo que consumimos, y carne tampoco comemos, porque, así como está la carne de res cara” (Fragmento entrevista Juana).

En esta línea de las desigualdades de atención, Don Pedro (80-90 años) también señalaba que él continúa con un problema de astigmatismo que le disminuye su visión, empero, él no tiene la libertad de solucionar esa situación, porque la limitación económica le impide adquirir unos anteojos. Sin embargo, estas respuestas, nos permiten replantearnos la salud como un derecho fundamental de toda persona, la cual no se proyecta únicamente en el acceso a la consulta médica, sino que implica todo lo que se circunscribe en el equilibrio y armonía del cuerpo y en el entorno, tal es el caso de obtención de lentes para mejorar el sentido de la visión, así como el apoyo económico para estos adultos mayores de las comunidades. (Rodríguez, 2008).

“Si, si me recetó unos lentes, pero pues los lentes están caros, valen casi dos mil pesos. Y pues yo de dónde saco ese dinero, si por eso mejor me quedo así (...) Si tengo mi hijo en estados unidos, pero no me manda dinero porque él tiene su familia allá. Nosotros sembramos nuestras cositas, lo que podemos sembrar, también tenemos nuestros animalitos, pues de eso vivimos porque ya no podemos salir a vender” (Fragmento entrevista Pedro).

En esta línea del acceso al sistema público, tanto Basilia (90 años) como Eleuterio (30-40 años) coinciden con los profesionales que, antes no había doctores que atendieran a

las personas, por eso es que ellos no acudían al sistema de salud, así mismo reconocen el valor de su actuación profesional a nivel social, empero Basilia y Eleuterio no hacían referencia al sistema de salud como un Dios que llegó a salvarlos del oscurantismo, en contraparte, ellos hablan de ese acceso desigual y geoterritorial de los centros de salud y hospitales, ya que el traslado a una de estas instituciones les producía desgaste económico y desplazamiento físico y complejo (Rodríguez, 2015).

A este respecto, también se observa que Eleuterio identifica un problema de los centros de salud comunitaria. En este entendido, él señalaba que ahora ya existen las instituciones, no obstante, éstas no cuentan con personal especializado para la intervención y consulta de las personas, debido a que como mencionaba otra persona de la comunidad, normalmente a estos centros comunitarios suelen mandar personal que va de paso o está realizando servicio social. Además, estas unidades médicas carecen de materiales y recursos pertinentes para una atención especializada o compleja (Torres, 2013). En este entramado, las personas solo pueden acudir a la única medicina y ciencia posible para ellos, la medicina tradicional.

“No fue al médico, a parte que no había doctor, y así se curó, dice, nada más le sobaron, como antes no había doctor, namás puro sobar, puro sobar” (Fragmento entrevista Basilia).

“Porque no había médicos o no había quien nos atendiera, y ahora pues no, ha cambiado, porque vas al centro de salud y te dan pastillas, te inyectan y ya para la enfermedad” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“Pues lo llevamos al centro de salud de acá del pueblo, pero acá como pues, lástima que esos doctores no están preparados para una cirugía o no son doctores buenos, pues, no lo atendieron, no sabían qué hacer en ese momento; y lo mandaron para Tlacolula, al centro de salud de Tlacolula, ya ahí le operaron sus dedos” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Uno de los aspectos que se destacan de este fragmento de Eleuterio es que, existe una inefectiva comunicación de los profesionales con los usuarios, debido a que no se les explica adecuadamente los motivos por los que no se les puede atender en la casa de salud, por tanto,

esto genera una confusión en las personas, por ejemplo, Eleuterio quien no sabía si era desconocimiento del médico para atender dichas urgencias, o simplemente que no lo quisieron atender. Estas dificultades y conflictos culturales se van configurando en las RS de las personas de la comunidad, las cuales van compartiendo con el resto de los pobladores, lo que les genera una desconfianza colectiva hacia la consulta médica y el sistema público de salud (Banchs, 1986).

Frente a esta disyuntiva que se presenta entre el factor económico y la incredibilidad en el sistema público de salud, las personas de la comunidad se ven forzadas a acudir a un sistema privado en caso de urgencia o emergencia. A este respecto, tanto Carlos como Eleuterio (25-40 años), quienes habían sufrido un accidente laboral, comentaron que acudieron inmediatamente al sistema privado, aunque para ello hayan tenido que desplazarse del pueblo, sin embargo, ellos no deseaban experimentar el atraso de la consulta dentro del sistema público, ni tampoco el mal trato que se perciben en estos contextos.

“Eh no, hasta Matatlán. Es que aquí casi no atienden luego. Si fui con un médico particular. Ya él me coció y ya, me lavó la herida y ya” (Fragmento entrevista Carlos).

“Ah pues fui al doctor, al cómo se llama, al oftalmólogo, en Tlacolula, si (...) si, era un médico privado (...) no, porque donde trabajaba los señores pues, nuestros patrones pagaron al médico” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Tal como lo leímos en estas entrevistas, Carlos y Eleuterio pudieron asistir sin problemas al sistema privado, debido a que fue un accidente laboral, por tanto, era responsabilidad de los patrones atenderlos. Sin embargo, estas posiciones no siempre corresponden a todos los actores y actoras de la comunidad (Bourdieu, 2000), por ejemplo, Juana refiere que la atención privada solo pueden reservarla para sus hijos, porque son los únicos para quienes pueden invertir en la atención privatizada.

“Y pues también para ir a un médico particular pues no, porque también cuánto gastamos. Los únicos que hacemos el esfuerzo por que vayan al médico pues son los niños

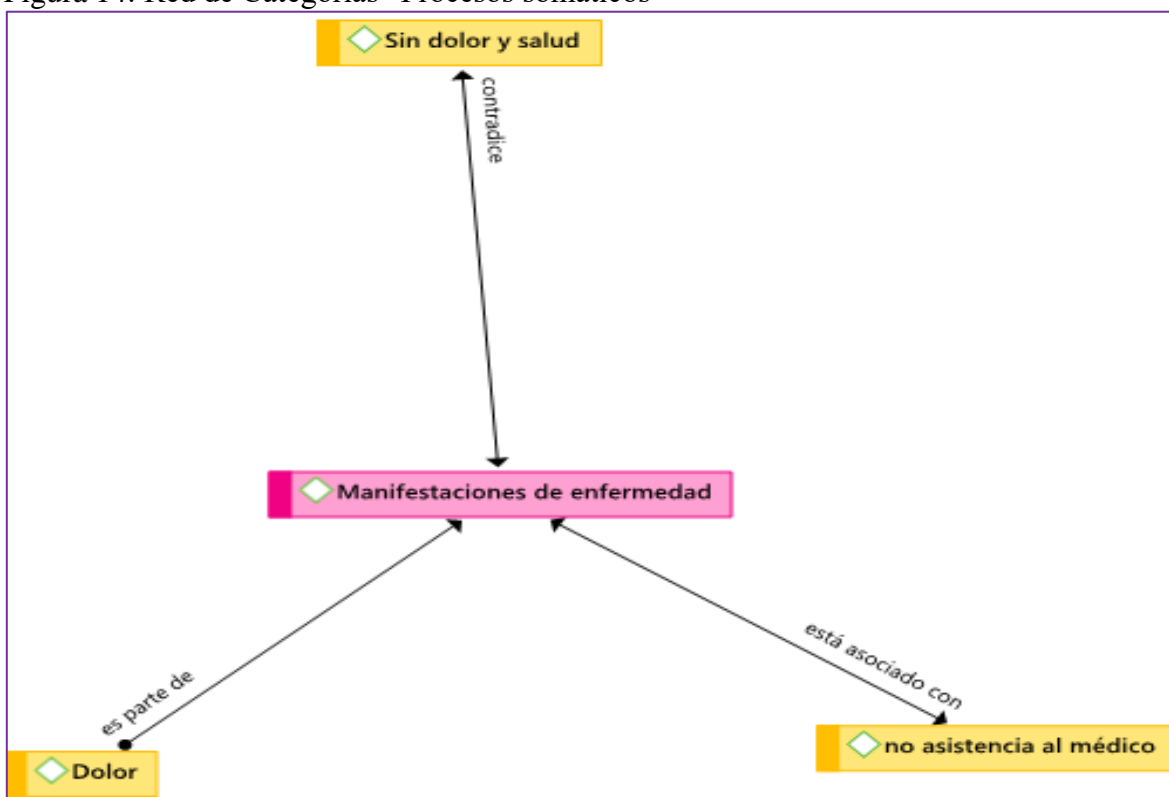
y ya (...) No íbamos, porque igual, tardaban un buen en atendernos. Es más tiempo estar ahí para que te atiendan y luego tampoco te indican qué es lo que tienes” (Fragmento entrevista Juana).

Estos fragmentos, nos permiten reflexionar sobre el acceso desigual a la salud o sobre la pobreza intrafamiliar (Rodríguez, 2015), porque como observamos en el relato de Juana, hay familiares que tienen que sacrificar su atención. Y en este caso, principalmente la mujer es la que se sacrifica por sus hijos, sin embargo, como lo leemos en las palabras de Juana, el sistema público no parece ser un modelo que se adapte a las necesidades y trato digno de estas personas, por consiguiente, los sujetos de la comunidad deben atenderse con técnicas de medicina tradicional, o, por el contrario, abandonarse en su malestar y necesidad.

No obstante, como señala Salaverry (2010) y Callejas (2010) se requiere identificar estas desigualdades de salud vividas y experimentadas en los contextos comunitarios, para poder reinventar un sistema de salud digno que incluya un conocimiento intercientífico y la libertad de autonomía y autogestión de las comunidades (Dussel, 2001). Justo es esta absolutización de la libertad, es donde se vulnerabiliza a los pueblos indígenas a seguir reproduciendo la pobreza y la enfermedad, porque como señala Juana, para tener salud se requiere de más dinero, pero también se necesita de la conciencia de los ciudadanos para pagar dignamente por los productos que ellos elaboran o siembran.

“Ahora sí que más dinero porque no hay, porque sí sabemos hacer varias cosas, pero luego no hay quien las compre, por ejemplo, yo en tiempos de lluvia corto mi cilantro, mi chayote y ya lo llevo ahí al mercado. Tengo mis pollitos, pero luego la gente no valora, te lo vienen pagando bien poquito, pues por eso, los huevos que producimos ahora aquí es para consumo, ya mejor ni los vendemos, porque te los pagan igual que los huevos de la tienda, y estos son con más calidad” (Fragmento entrevista Juana).

Figura 14: Red de Categorías “Procesos somáticos”



Al igual que los profesionales de la salud, las personas de Quilana dan cuenta del desequilibrio corporal cuando el cuerpo sale de su estado normal (Flores, 2004). A este respecto, Austin (2014) señalaba que las culturas prehispánicas también identificaban estos desequilibrios a través de las manifestaciones físicas y aquellas expresadas por las personas.

En este sentido, Basilia y Juana hacen más explícitas las manifestaciones de enfermedad tanto en ellas como en algún miembro de la familia. Basilia describe brevemente los signos y síntomas que se presentaban en su hija, haciendo alusión que en ella no estaba la solución para que la niña no quisiera comer, ya que ella le ofrecía alimentos, pero la niña simplemente no tenía apetito. Frente a este relato, se cuestiona la falta de credibilidad hacia las madres de familia indígenas, porque, aunque estaba con el adivino, él también sometió a verificación lo que Basilia le decía, como si ella mintiera, o no quisiera cuidar de su hija.

Esto es una constante que se repite dentro de ambas tradiciones del conocimiento, tanto la occidental como la indígena, las cuales se instituyen en interrelación con el sistema heteropatriarcal y racista, por tanto, se piensa desde esta posición patriarcalizada que la enfermedad de los hijos es culpa de las madres, y sí estas madres son de origen indígena, se piensa que el descuido y desatención es mayor (Ochoa, 2019; Mendoza, 2019).

“Pero no quiere comer, le dije, entonces fue a traer atole (...) No quiere, entonces cómo le hago, le dije si no quiere tomar atole, nada, no quiere, no tiene hambre, no tiene, le dije (...) No quería comer, no le da hambre, pura vasca le da, no quiere comer, no quiere nada, por eso, puro vasca, puro vasca (I: asco)” (Fragmento entrevista Basilia).

Asimismo, Juana va haciendo una descripción precisa de las manifestaciones que aparecían en su cuerpo, con el objetivo de darle a conocer que algo no estaba bien con su corporalidad. Una de las características del lenguaje de los usuarios, es que ellos explican las dolencias a través del uso del mito, como refiere Austin (2012), las mitologías manifiestan las causas objetivas y universales de las sensaciones, por tanto, a través del lenguaje mitológico se interpreta el modo de ser, vivir y **representar** la vida; que en este caso es la sobrecarga de trabajo doméstico y del campo (Estar parada todo el día) (Broda, 2001).

“Me empecé a sentir mal, este, después que me alivié de mi bebé, de mi último bebé, este, ya de ahí no me sentí bien, pues, ya puro me dolían los pies, que me dolía la cabeza, que me dolía la espalda. Sentía malestares constantes, y ya este, pues, ahí de repente me empeoré, ya no podía pararme, sentarme, ya sentía todo mi cuerpo ya debilitado (...) Como que casi los mismo síntomas, dolor de cabeza, cansancio, dolor en mis pies, en la palma de mis pies, haga de cuenta que ya me he parado todo el día pues, ya ve cómo se siente el talón del pie cuando está uno parado todo el día, pues así me siento a veces (...) pues él se enfermó de fiebre, de dolor muscular, del cuerpo y así” (Fragmento entrevista Juana).

En el caso de los hombres, sus respuestas eran más cortas y sólo se concentraban en hacer mención a los signos y síntomas que se presentaron durante el accidente laboral o enfermedad por resfriado. A excepción del caso de Eleuterio (30-40 años) y Pedro (80-90 años), quienes apuntaron sobre un síntoma más emocional, “la desesperación” y “el espanto o miedo” que sintió frente a la posibilidad de perder un ojo y/o de perder la vista. Tal como

refiere Vega (2002), para las culturas indígenas, las personas solo daban cuenta de su existencia, cuando ésta se encontraba ausente.

“La cabeza, si me dolía la cabeza (...) Me empezaron a salir lágrimas” (Fragmento entrevista Carlos).

“De gripa, tos” (Fragmento entrevista Jorge).

“Así angustia, digamos ¿no? desesperación, como haz de cuenta que, dije que había perdido un ojo, si” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“Yo me espanté mucho que no podía ver claro (...) pues, porque dejé de ver como veía, ya no veía yo bien” (Fragmento entrevista Pedro).

Asimismo, los usuarios de Quialana coinciden con los profesionales en que la principal manifestación del desequilibrio corporal, es el dolor, en contraparte, no sentir esta dolencia es sinónimo de estar bien. Así es como lo expresan tres de los hombres entrevistados, y justo hacen memoria de las manifestaciones que apuntaban en el fragmento anterior, además que corresponden con las dolencias que les están produciendo disconfort y desequilibrio en este momento, a pesar de que a los hombres les es difícil afirmar que han enfermado.

Con estos versos mitologizados, podemos dar cuenta de que, para muchos de los hombres, las dolencias o manifestaciones que llegan a sentir, no necesariamente la nombran como enfermedad, porque para muchos de ellos, estos signos y síntomas son pasajeros, además que el hecho de enunciar que presentan alguna enfermedad puede **representar** alguna vulnerabilidad a su virilidad.

“Pues bien, pues cómo decirle, pues no siento ningún dolor y así” (Fragmento entrevista Carlos).

“No me da dolor de cuerpo, no tengo dolor de ojos, pues no tengo ninguna molestia” (Fragmento entrevista Pedro).

“Pues no tener dolor, porque actualmente me duelen las rodillas” (Fragmento entrevista Jorge).

Asimismo, con estos fragmentos podemos dar cuenta del uso laboral que le han dado al cuerpo, por ello, Don Pedro y Don Jorge hablan de un dolor que se produce en la ancianidad, pero que se asocia fuertemente a la sobrecarga laboral a la que expusieron al cuerpo en su juventud (Flores, 2004). Quizás, en una aproximación a la descolonización del término de enfermedad, podemos agregar que, la enunciación de las voces de los hombres con respecto a intercambiar el concepto de enfermedad por desequilibrios o dolencias corporales, es un término más apropiado y cercano al de nuestros ancestros, en el cual no había cabida para el concepto de enfermedad y enfermar (Austin, 2012).

Sin embargo, se ha observado que los hombres en un intento por erradicar el término de enfermedad de su vocabulario, se han sumergido en un binarismo extremo de mirar todo como desequilibrio, por tanto, tampoco acuden a consultas para prevenir enfermedades, ni ejercen el autocuidado, porque consideran que poseen una inmunidad subjetiva y que todo lo que les ocurre son dolencias pasajeras. Así, cuando el dolor es intenso y constante es cuando acuden a curarse con un médico tradicional u occidental.

En esta línea, el dolor se **percibe** como la principal manifestación para la acción y para la decisión de atender el desequilibrio corporal. Así, Doña Basilia hace mención del dolor en tiempo presente y pasado. En tiempo presente, se refiere a la molestia física cargada de sentimiento y valor simbólico, la cual representa su malestar, una dolencia que no se aleja de ella, por el contrario, rebota con su cuerpo y la vuelve a encontrar una y mil veces.

No obstante, ella viaja al pasado y trae a su memoria uno de los dolores más intensos que invadieron su cuerpo, el cual constaba de un dolor estomacal. Es impresionante, como las **RS** que ella tiene del dolor, la hacen recordar no solo el tiempo y espacio, sino también las emociones y sensaciones interiorizadas en su sentido común, las cuales le hacen sentir nuevamente el dolor que presentó hace algunos años (Jodelet, 1986; Mora, 2002)

“Pues, me duele, me duele, no puedo alzar una cosa, me duele mucho, parece que [I_ sentía como si rebotará algo en su cuerpo] (...) pero cuando duele, antier hubo un dolorcito aquí [señala su rodilla] por el dolor que tengo, por el dolor [se señala la rodilla] (...) Me duele, me duele mi estómago [I: le dolió mucho el estómago dice] mucho, mucho” (Fragmento entrevista Basilia).

“De dolor muscular” (Fragmento entrevista Juana).

En el caso de los hombres, Eleuterio (30-40 años) recuerda muy profundamente el dolor, porque en el momento que él emite la respuesta, su expresión corporal recupera las emociones y sensaciones de ese momento, además de la angustia que le produjo el saber que podía perder el sentido de la vista.

“Ahhh, dolor” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Así mismo, Jorge relata una diversidad de dolores que experimentó cuando estuvo viviendo en Estados Unidos. Nuevamente observamos que los dolores manifestados, hablan de la propia biografía e historia de vida de Jorge, la cual nos traslada a una vida de trabajo fuerte, rigurosa y auto sacrificada, porque él nos describe algunos antecedentes patológicos de gastritis, la cual seguramente adquirió por los ayunos prolongados o la omisión de los alimentos durante su jornada de trabajo (Austin, 2014). Sin embargo, Jorge al igual que los profesionales de la salud, han normalizado la presencia de ciertas enfermedades como parte y característica de sus trabajos, sin cuestionar el origen de esas manifestaciones corporales.

“Y ya después, lo último que tuve fue un dolor de espalda (señalaba los bordes externos de la columna) (...) Ya después, me empezó a doler el estómago, me ardía muchísimo el estómago” (Fragmento entrevista Jorge).

Con respecto a las decisiones para acudir, o no al médico en caso de dolor o malestar. Los profesionales de salud responderían que las personas del pueblo no acuden al centro de salud por sus creencias y arraigos culturales, los cuales no les permite creer y confiar en la medicina occidental. No obstante, cuando se les pregunta directamente a los usuarios los

motivos para no acudir a dicho centro, son otras las realidades que ellos muestran, las cuales están profundamente relacionadas con las desigualdades sociales previamente tratadas.

Juana (30-40 años) señala que, ella y su familia no van al centro de salud debido a los trámites burocráticos que necesitan realizar para ser atendidos inmediatamente, discurso que coincide con el de los profesionales. Además, ella da cuenta de los dualismos que envuelven al sistema biomédico entre los conceptos de urgencia y emergencia, por tanto, como señala Juana, las dolencias se convierten en no clasificables para ser atendidas, es decir, sí el servicio ya es inaccesible para las personas de la comunidad, los sistemas clasificatorios de atención lo hacen aún más estrecho, hasta el límite de sufrir vulnerabilidad, exclusión e incredibilidad en el sistema de salud (Navarrete, 2014).

“Y pues, también, nosotros casi no vamos al médico, pues, porque acá en el centro de salud, pues, no te atienden, sí tienes fiebre pues, te dicen que: ya se te pasará, es normal, hoy no estamos atendiendo, solo atendemos urgencias, una fiebre no es una emergencia. Solo te atenderían si fuera una herida o algo así, se llama una emergencia, pero así que vayas con un dolor de cabeza o una fiebre o dolor de estómago, pues no es una emergencia para ellos, luego sacas tu cita y a ver hasta qué día te dan. Y por eso nosotros preferimos...ya no vamos a la clínica porque desconfiamos del centro de salud” (Fragmento entrevista Juana).

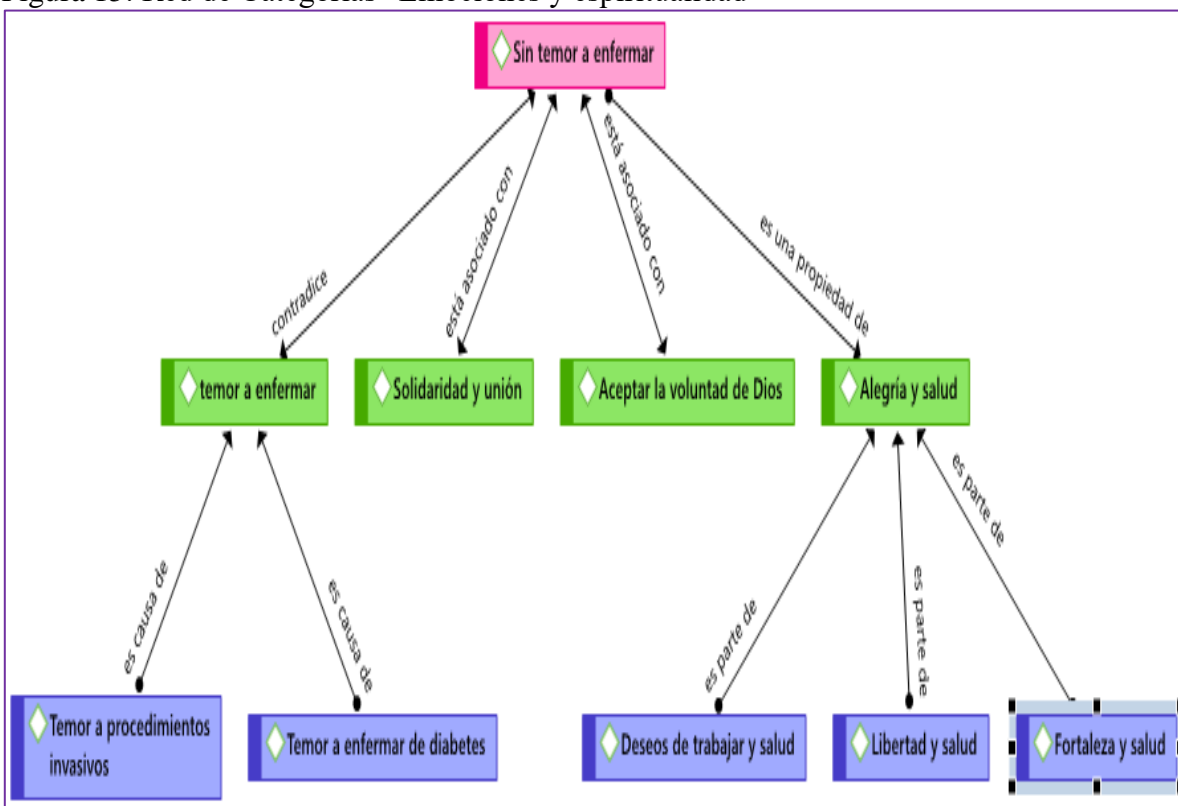
Asimismo, Jorge comienza señalando que él no acude al médico porque no le gusta y vive bajo el efecto de la vulnerabilidad subjetiva. Empero, aunque Jorge hace el comparativo entre países, señalando que en Estados Unidos tenía aseguradora y esto le daba una mayor probabilidad para tener una mejor atención, y tampoco asistían, ni él, ni sus hijos al sistema de salud, sin embargo, la pregunta que surgía aquí era ¿sí la no asistencia al médico era mediada únicamente por el gusto de asistir o no?

La respuesta la dio inmediatamente Jorge, apuntando que en su **imaginario y RS** los medicamentos son los instrumentos que utilizan los médicos para robarle dinero a las personas; porque a través de su posición de poder, los médicos patologizan y medicalizan a las personas. Jorge coincide plenamente con el pensamiento de Foucault (1986) quien refiere

que la medicalización de las personas es el objeto de la medicina occidental, la cual contribuye con la reproducción del sistema capitalista.

“La mera verdad no voy al doctor, casi no me gusta ir y me enfermo muy poco (...) De repente, me da gripa, pero yo no voy al médico, a pesar que en Estados Unidos tenía papeles y tenía la aseguradora y demás, yo no voy al médico, no me gusta ir (...) Mis hijos, pero pues de gripa, tos, pero tampoco van al médico, no les gusta (...) La verdad a mí no me gusta tomar medicamentos, porque pienso que los médicos solamente nos dicen que estamos enfermos para sacarnos dinero. Yo rechazo esto, por eso no me gusta ir al médico” (Fragmento entrevista Jorge).

Figura 15: Red de Categorías “Emociones y espiritualidad”



Alguno de los hombres de Quialana al igual que los profesionales hombres, no refieren sentir temor a enfermarse, sin embargo, como ya se mencionó previamente, en las RS de ellos, existe el término de desequilibrio corporal en lugar de enfermedad, sobre todo pensando que la alteración mayor como la diabetes, es la que pueden nombrar como enfermedad.

A este respecto, Eleuterio y Jorge dicen no sentir miedo a entrar en este estado corporal, porque como apunta Eleuterio, las enfermedades siempre pasan por la vida de las

personas. Empero en este pasar, él se **imagina** a los desequilibrios corporales como algo pasajero que atraviesa por el cuerpo, pero que no se queda en el mismo, sobre todo porque esta mirada ancestral del desequilibrio se **percibe** como una transgresión de normas (exponer el cuerpo al frío o caliente, no comer adecuadamente, altercado con los dioses o naturaleza, etc.); por consiguiente, la salud se obtendrá al resolver dicho equilibrio del cuerpo con aquello que transgredió (Vega, 2002). Así Eleuterio concluye que las enfermedades siempre existen, porque siempre ocurren estas alteraciones del cuerpo.

“Pues casi no, pues las enfermedades van, si te agarran pues ya, pues no, las enfermedades siempre existen” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“No, yo no tengo miedo a enfermarme” (Fragmento entrevista Jorge).

De estos fragmentos se rescata la mirada de los hombres de Quialana, quienes no ven en la enfermedad un problema, porque lo **piensan** como desequilibrio, sin embargo, ellos al reconocer que existen alteraciones que nunca se van del cuerpo, les genera conflicto con su cosmovisión y sentido común, porque dan cuenta que no todo es pasajero, como el caso de la diabetes, la cual representa uno de sus mayores temores. A todo ello, se suma el **estereotipo** de virilidad e **imaginario** de inmunidad subjetiva en el hombre.

“Pues de varias cosas, pues de todo (sonríe) no me gusta enfermarme. Por ejemplo, la diabetes, porque es muy grave, casi en todas las personas del pueblo lo tienen ¿no? y me da miedo en como causa sus efectos, como cortarles sus pies, o algo, cuando ya está muy avanzado” (Fragmento entrevista Carlos).

A partir de este fragmento, Carlos (25-30 años) apunta que la diabetes es uno de los problemas de salud que mayor afecta a la población, y específicamente, es una patología que no respeta a la población masculina; razones por las que teme enfermarse, pero más que en enfocarse en la incidencia, él señala que teme a los efectos de esta enfermedad, tales como la amputación de miembros, por ende, Carlos la considera como un problema muy grave.

No obstante, se observa que la diabetes entre las generaciones anteriores de hombres, aún sigue causando confusión, choque civilizatorio y ruptura de universos simbólicos, porque en este sincretismo de lo tradicional con lo moderno, sus **RS** convocan a reflexionar que no todas las alteraciones que cruzan por el cuerpo se van, y gran parte de esta justificación se funda en las transformaciones que la modernidad ha traído a sus pueblos, especialmente en el tipo de alimentación (Estermann, 2010; Mignolo, 2010).

Las mujeres de Quialana refieren sentir temor por la diabetes, pero al igual que las profesionales, Juana siente un temor profundo por el cáncer; sobre todo, porque ella al tener menos de 60 años, y ser mujer, tuvo que **anclar** a su conocimiento del cuerpo, la presencia del cáncer, ya que su experiencia e interacción con personas que murieron de esta enfermedad, le han instaurado la **percepción** del cáncer como incurable y permanente en el cuerpo (Jodelet, 1986).

“Pues al cáncer, a la diabetes. Esos son los más incurables” (Fragmento entrevista Juana).

Basilía (90 años) a diferencia de Juana, su **memoria** no ha perdido el contacto con el pasado, pese a que ella ha incorporado otros conocimientos de la medicina occidental, su **imaginario** de alteración corporal grave se instaura en la aparición de hernias, debido a que el trabajo pesado que estas mujeres desarrollaban entre el hogar y el campo, las llevaba a desarrollar estos problemas de salud, los cuales causaban severas dolencias y malestares como el dolor y la inmovilidad (Austin, 2014).

“Pues me da miedo de enfermar de la hernia, la operación [I: le da miedo de una enfermedad, que la vayan a querer operar]” (Fragmento entrevista Basilía).

A este respecto, Basilía señalaba que su vestuario incorpora el ceñidor enredado fuertemente sobre la cintura, con el objetivo de evitar que la mujer padeciera una *“soltura de ligamentos”*, porque ellas permanecían moliendo sobre el metate largas horas, cargaban la

leña que traían del cerro, preparaban los alimentos que habrían de llevar a los hombres que trabajan en el campo, pizcaban la siembra, entre otras labores que correspondía con el rol de la mujer indígena originado por la colonialidad (Mendoza, 2019).

Sin embargo, ella también rememora que la solución a este problema de ligamentos fue traída por la medicina occidental, la cual se basa en intervención quirúrgica. No obstante, al mismo tiempo que la cirugía se convierte en la solución, se transforma en uno de los mayores temores de las mujeres de su edad, y en uno de los motivos para no asistir al sistema de salud.

Asimismo, Basilia en todo este **imaginario y memoria** de enfermedad, hace alusión al buen vivir, la corresponsabilidad y la convivencialidad social que se desprendía de estos procesos, debido a que los problemas de salud no se atendían de forma individual sino colectiva, así como lo hacían los Vaupés y otras culturas indígenas de Latinoamérica (Flores, 2004). Es por ello que, ella apuntaba que frente a una situación de enfermedad de su hija recibió el apoyo de una de las mujeres de la comunidad, quien se solidarizó con el proceso. Estas acciones sororas y solidarias son las que daban esperanza y resiliencia frente a la adversidad.

“Y luego salí de ahí a la lluvia, estaba lloviendo, gracias a Dios pasó una señora en la calle y dice ¿dónde fueron? fuimos a curar, porque mi hija está mal. ¡Ay! Dice. Y dicen que van a operar, que necesitan operar, por eso salí de ahí, le dije. ¡Ah qué bueno! Dice. Y luego habló con el doctor de la clínica [I: ya luego la llevaron al médico, en la clínica de Tlacolula, ya la señora le contó al médico lo que había pasado y la metieron y la llevaron directo]” (Fragmento entrevista Basilia).

Una de las características fundamentales, es que las personas de Quialana no hacen esta fragmentación entre lo emocional y lo físico, tal como lo sugería el documento *Libellus de medicina linus* durante el proceso de colonización (Villaseñor, 2015), sino que este **imaginario** de mirar al cuerpo a través de la interpretación del medio ambiente y el cosmos,

les permitía configurara al cuerpo, alma y espíritu en completa interacción con su entorno, tiempo y espacio (Broda, 2001). Es por ello que, Basilia siempre agradecía a su Dios que le haya concedido el encuentro con las personas que la ayudaron a curar a su hija.

No obstante, se observa que esta necesidad emocional y espiritual que acompaña a las personas de Quialana en su configuración de estilo de vida, se presenta más entre las personas de 60 años y más, quienes son los que mencionan constantemente esta interacción con el cosmos y las deidades, porque entre las nuevas generaciones su sentido común se está viendo transformado a partir de los procesos de globalización, migración, colonialidad y vulnerabilidad de exclusión (Berger, 2006; Navarrete, 2014).

Por ejemplo, Jorge (60-70 años) y Pedro (80-90 años) hacen referencia a Dios como uno de los mecanismos que le permite la trascendencia o resiliencia frente a la adversidad, la enfermedad o la muerte; sobre todo, porque como señala Austin (2014) el cuerpo conforma el vínculo de nuestros cosmos, centro de nuestras percepciones, generador de nuestros pensamientos, principio de nuestra acción y víctima de nuestras pasiones. Así, a través del cuerpo podemos interactuar con Tlatoani, recuperar el equilibrio corporal, aunque el equilibrio represente la muerte del mismo.

“Porque Diosito sabe, las cosas pasan por algo, y Dios sabe, y si Dios me manda una enfermedad, pues entonces ya aceptaré su voluntad y lo que él decida, igual como la muerte, tampoco le tengo miedo. Dios sabe en qué momento, pues ya me está pidiendo cuentas, entonces pues yo acepto su voluntad. Yo por eso no tengo temor a enfermarme de nada, porque dejo todo en manos de Dios porque hay que fortalecer la espiritualidad, porque hay que tener fe y estar a la merced de lo que Dios nos permita (...) Pero como le digo todo es voluntad de Dios” (Fragmento entrevista Jorge).

“Pero pues yo confío en Dios, en lo que él decida para nosotros” (Fragmento entrevista Pedro).

Finalmente, cuando a las personas de Quialana se les enuncia el término de salud, ellos no hacen referencia a los elementos conceptuales que la OMS y OPS (2008) estipulan como definición. Para ellos, la salud la imaginan como las culturas antiguas, es decir, como

equilibrio, equidad e interacción armónica de las fuerzas de la naturaleza y la persona (Vega, 2002). Es por ello que, mujeres y hombres engloban al concepto de salud a partir de la alegría, el goce, los deseos para trabajar, la libertad y la fortaleza.

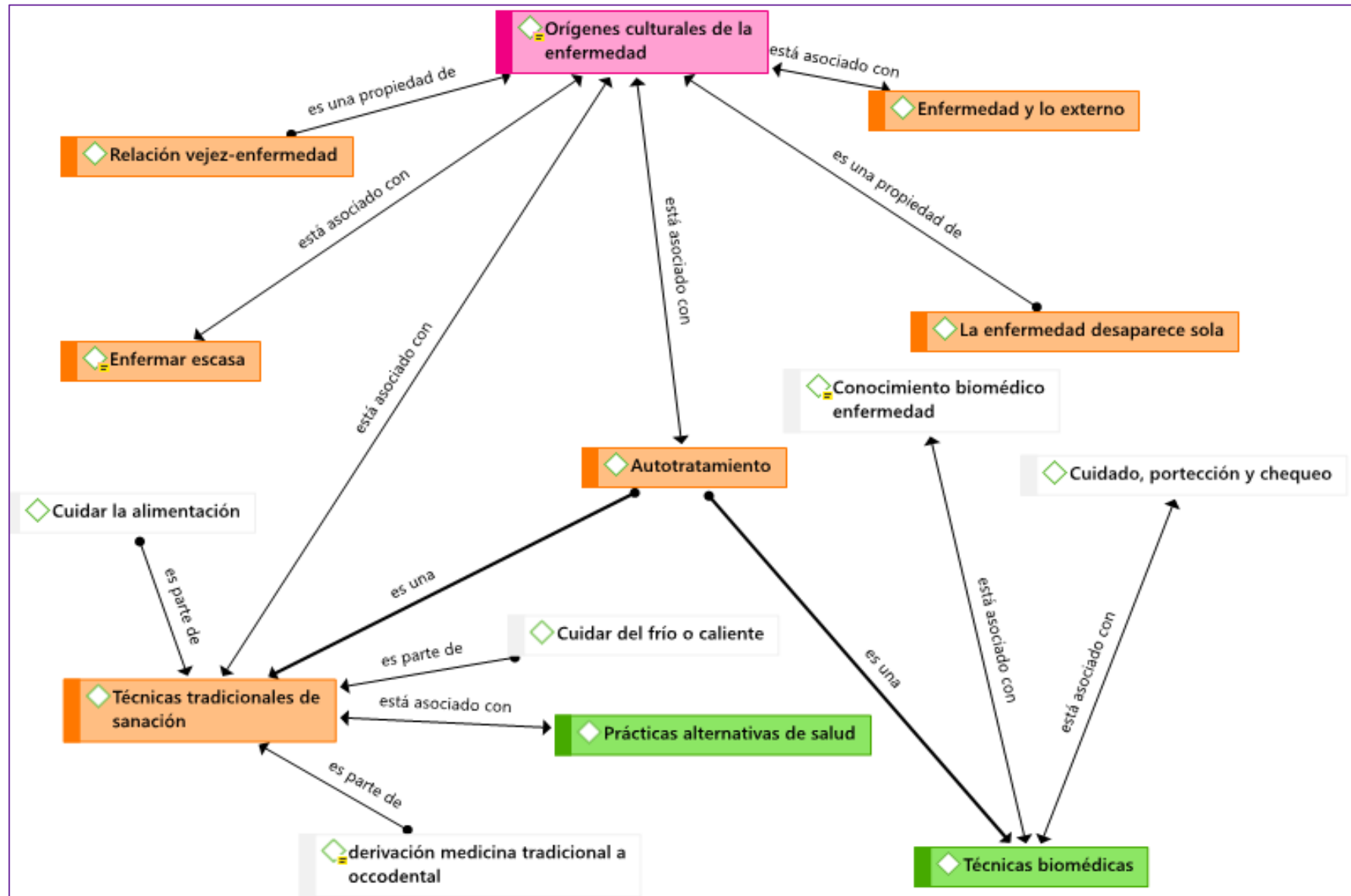
“Pues me pongo contenta” (Fragmento entrevista Basilia).

“Pues contenta, pues muy bien, con ganas de trabajar” (Fragmento entrevista Juana).

“Pues bien, alegría, así todo es diversión. Puede uno hacer lo que quiera, ya cuando uno está enfermo, no puedes” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“Pues, contento, con ganas de trabajar, se siente uno fuerte” (Fragmento entrevista Pedro).

Figura 16: Red de Categorías “Aspectos culturales/Conocimientos biomédicos/hábitos/Alternativas de tratamiento”



Como apunta Alsina (1991), la cultura actúa como una matriz creadora de sentido en función de las diversas formas en que los quialanenses representan la salud, la enfermedad y el cuerpo. A este respecto, en cómo la cultura transforma y reinventa nuestras RS sobre la salud y enfermedad. Las emociones, experiencias e interacciones juegan un papel fundamental de este dinamismo (Simmel, 1986; Jodelet, 1986).

Con base en ello, Juana refiere que ella no acude al médico por las diversas experiencias no tan gratas que ha tenido cuando ha asistido al sistema de salud público, sin embargo, frente a la pobreza y vulnerabilidad tampoco el sistema privado se convierte en la opción y resolución sus problemas de salud (Navarrete, 2014). Es así que, ella prefiere acudir al sistema médico tradicional.

No obstante, en las prácticas de la medicina tradicional también observamos que las personas se auto tratan con las medicinas que le recomendaron los hombres o mujeres medicina en otras ocasiones de enfermedad. Por ejemplo, Juana refiere consumir los mismos tés que Doña Juana le recetó la última vez que la visitó. Esto con la finalidad de producir un efecto anestésico del dolor, porque en cuanto este último cesa, ella continua con sus prácticas cotidianas.

“Actualmente pues no me he sentido muy bien, pero solamente lo único que hago cuando ya me siento así como que muy mal, ya empiezo a volver a tomar los tés, los mismos tés que me recomendó Doña Juana desde hace un año; y ya los vuelvo a tomar otra vez y como que ya me vuelvo a sentir bien” (Fragmento entrevista Juana).

Este fragmento pone de manifiesto la desigualdad entre hombres y mujeres con respecto al acceso a la atención y al manejo del dolor, el cual ya se había descrito en los discursos de los profesionales. En este caso, tal como señala Torres (2013) y Mendoza (2019) la diversidad de la pobreza con perspectiva de género, deja ver que las mujeres asisten más veces a control médico (programas de apoyo gubernamentales) (Mijangos, 2020), pero son

las últimas que acuden al sistema de salud a partir de que presentan molestias poco perceptibles, o que se pueden sobrellevar con medicinas naturales o alópatas.

Asimismo, las mujeres y, específicamente, las mujeres indígenas son las que tiene una menor redistribución económica en el interior de su familia (Mendoza, 2019). Desde esta perspectiva, la mujer tiene que redistribuir los ingresos económicos de la familia entre la compra de recursos básicos para el hogar y la satisfacción de necesidades del resto de los integrantes.

En este entramado, las mujeres de las comunidades se quedan con poco o nada de recursos económicos para atender sus propias necesidades, incluyendo el derecho a la atención de la salud. Así, podemos reflexionar que Juana y otras mujeres optan por auto tratarse con prácticas ya recomendadas previamente, y de esta forma, evitan gastar más dinero y más pobreza de la mujer.

En los hombres ocurre algo parecido como en los profesionales, porque ellos prefieren auto tratarse que acudir al sistema de salud. En este sentido, observamos que Carlos al igual que muchos de los profesionales, comienzan usando las medicinas naturales, sin embargo, él refiere que dichas medicinas no le produjeron efectos calmantes, empero, tampoco decidió ir al médico.

*“No fui con el doctor (...) Nos pusimos algunas curas de acá, pero no me hizo”
(Fragmento entrevista Carlos).*

Sobre este hecho en que las medicinas naturales no producen efecto, Don Juan, un residente de Quialana al conversar con él, comentaba que las hierbas son funcionales, pero son más lentas, y las personas de ahora buscan efectos más rápidos y eficientes, por consiguiente, los fármacos suelen presentarse como la estrategia más apropiada a estas necesidades de satisfacción.

Sin embargo, en el otro extremo de los binarismos observamos a personas mayores de la comunidad, quienes no usan otras medicinas más que las plantas o remedios tradicionales, porque como apuntaba previamente Jorge, sus **RS** se han configurado en un sentido, experiencia y mirada sobre la cosificación y medicalización de los cuerpos por parte de la medicina occidental, **imaginario** que se institucionalizó a partir de su vida de migrante en Estados Unidos (Foucault, 1986; Mora, 2002).

No obstante, aquí cobra relevancia que las recomendaciones para el uso de las técnicas tradicionales no emergen de una mujer u hombre medicina, por el contrario, se comparte entre pares, quienes se basan en experiencias empíricas previas de malestar y curación. Estos resultados nos permiten comprender que, para muchas personas la recomendación de un tercero pesa más sobre sus decisiones para usar las plantas medicinales, por ende, se minimizan o borran los posibles efectos secundarios de dichos remedios, como sí las plantas medicinales se pudieran usar sin indicación y control de médicos expertos.

“Yo la verdad no fui al doctor, sino que una persona con la que trabajaba en un hotel, me dijo que lo que yo tenía, porque estaba teniendo problemas con mi respiración, pues que era debido a que tenía asma. Ya entonces él me dijo, tómate miel con agua, y con eso se te va a quitar. Entonces pues yo estuve tomando eso, y con eso se me quitó. Porque era asma, debido a lo que me dijo esa persona (...) Me dolía mucho la espalda, pero también otro amigo me dijo que eran los riñones, él me dijo que me tomara té de cola de caballo, entonces yo empecé a tomar ese té. Mi mamá me lo empezó a preparar, pero con eso se me quitó la verdad, de ahí ya no tuve más molestias (...) Y esa vez me comentó un amigo que tenía mucho ardor del estómago, y mi compañero me dijo que me tomará un vaso de agua con una cucharada de vinagre de manzana, y la verdad que con eso santo remedio, se me quitó el dolor que tenía, la verdad es muy bueno, solo con un vaso con agua y una cucharadita de vinagre de manzana (...) Yo siempre prefiero tratarme solo, casi no me enfermo, entonces no he tenido necesidad de ir al médico, y cuando me enfermo, yo mismo me curo (...) Ni mi esposa ni yo vamos al médico, nosotros nos tratamos solitos (...) Mis hijos también se tratan, o simplemente no le hacen caso, porque ellos tienen mucho trabajo, ellos se dedican a sus cosas.” (Fragmento entrevista Jorge).

En esta entrevista también observamos que Jorge pese a describir procesos de enfermedad o alteración corporal, él continúa describiéndose plenamente sano. A esto, se añade que Jorge piensa a todos los desequilibrios corporales como alteraciones pasajeras que

no se adhieren al cuerpo, sino que lo atraviesan para luego despegarse del mismo. **RS** que se originaron entre las culturas indígenas antiguas y permanecen entre algunos de los pobladores de Quialana, quienes van transmitiendo este conocimiento a su descendencia (Flores, 2004).

Frente a esta no asistencia al sistema de salud, los pobladores de Quialana tienen que recurrir a la medicina tradicional para encontrar el equilibrio, tal como lo señala Carlos “*Me llevaban acá con la curandera*” (Fragmento entrevista Carlos). Y justo, acudir con la médica tradicional, es preservar otras técnicas y procedimientos que conforman la ciencia de la medicina tradicional, como lo apunta Eleuterio.

“Ah, pues ponían unos tés caseros pues, se preparaban sí, para la enfermedad, así como gripa, diarrea (...) Si, pues las personas ya sabían qué te ponían, ya te recetaban si” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Desde esta mira de Eleuterio, podemos señalar lo que refiere Dos Santos (2015) que los otros saberes poseen sus propias formas de elaboración de medicinas, sus propias recomendaciones y formas de evaluar y diagnosticar a las personas, que no los hace ser conocimientos inferiores; sobre todo pensando que la medicina tradicional indígena ha sobrevivido por más de 500 años de epistemicidio y colonización.

Así, Juana refiere que una de las principales técnicas diagnósticas que emplea la mujer medicina de la comunidad, es la untada de huevo por sobre todo el cuerpo, el cual le permitirá conocer los desequilibrios que esa persona guarda por dentro. Posteriormente, ya identificadas las causas de los malestares, Doña Juana (curandera) establece un diagnóstico y tratamiento individualizado, dirigido y adecuado a la persona que tiene frente a ella.

“Mejor fui con Doña Juana, me limpio con un huevo y pues ya me dijo que tengo, y pues ya ahí me dijo que tenía cálculos renales. Pues de ahí ya fui con ella para que me diera hierbas, tés y aceites, unos aceites especiales para que baje la piedrita esa, pero de ahí pues como que ya me sentí mejor (...) Mi esposo igual fue con doña Juana. Igual le dieron tés, se tomó pastillas, se tomó, pero esa vez como que no le hicieron efecto” (Fragmento entrevista Juana).

A este respecto, Juana describe que su esposo también acudió con la curandera del pueblo cuando enfermó, y que, además, él consumió medicamentos indicados por el médico. No obstante, en él no fueron tan efectivos ambos tratamientos; ya al indagar más sobre este posible efecto, Juana refiere que su esposo estaba pasando por un problema severo de desnutrición, derivado de la pobreza extrema en la que ellos viven, por consiguiente, la solución estaba en alimentarse adecuadamente. Resolución que quedaba por fuera de su alcance, y que ambas medicinas no podían resolver por sí mismas.

Finalmente, Doña Basilia (90 años) apunta que las mujeres y hombres medicina desarrollan sus propias estrategias de medicina tradicional para recuperar el equilibrio del cuerpo, por tanto, ella recuerda las veces por las que su corporalidad atravesó esta alteración y que requirió de estas técnicas tradicionales.

“Yo vengo a sobar me dijo, yo vengo sobar y me sobaron pues, así, así [Doña B. Hace la muestra de cómo la sobaron] [I: le sobaron solo su vientre dice, por dentro] (...) pero aquí nomás, aquí nomás me soban, pero una señora ya sabe qué cosa es [I: una señora que sí sabía lo que hacía por eso vino, pero ella cree que sobó sus ligamentos que ella tiene conectados a su vientre. (Fíjese que muchos hablan de eso de los ligamentos)] (...) Pues el adivino curaba, pues, este su técnica ¿no? curaba con una técnica medicinal. La llevaron hasta donde adivinan y nos fuimos hasta Oaxaca (...) Mi papá (I: iban a traer hierbas en el cerro y toma uno ese, se muele, así se curaban el susto antes] así se sana uno, uno se sana, antes puro así hacen, puro así van a traer hierbas y lo muelen, pero jamás se muele esa hierba de susto que hay en el cerro [I: también había una hierbita que sacaba bolitas, pero también se encuentra y con ese se muele, con la hierba del susto; aquí tuvo el arbolito dice, la semillita, ¡ah! que mi tío tiene un arbolito que ya mero va a dar dice] con ese se muele (...) Mi hijo el que está allá (EUA) compro una medicina, una pomadita, y le hecho aquí porque me da el dolorcito, además porque tomo agua fría y luego pongo así en el solecito y se hace al tiempo, así la puedo tomar vaya, me pongo en el sol pa que tomo, y ahora ya no me da dolor, y luego en la noche le hecho pomadita aquí [señala la pierna]” (Fragmento entrevista Basilia).

En este fragmento de entrevista, Doña Basilia vuelve a recuperar el término de ligamentos, como una alteración que sufrían las personas de antes y que actualmente se atribuye al concepto de hernia. Es así que, Doña Basilia recordaba que la “sobada” era una de las técnicas tradicionales frente a este problema de salud.

Asimismo, ella señala que anteriormente existía la presencia de una figura reconocida entre los pueblos, porque era la persona que se encargaba de identificar las alteraciones corporales, por consiguiente, establecía las diversas estrategias para el restablecimiento de la armonía y equilibrio corporal. Esta persona se reconocía como el adivino; personaje que ya existía en las culturas prehispánicas (Austin, 2012). Específicamente, él tenía la función de identificar toda dolencia física, pero también emocional, psicológica, social, espiritual y cultural, por ejemplo, el susto, el cual se desencadena en toda una serie de problemas físicos y emocionales.

Estas enfermedades que Doña Basilia menciona, son las dolencias que se presentaban comúnmente en su juventud, por tanto, las técnicas y estrategias tradicionales estaban más enfocadas en la resolución de estos desequilibrios corporales. En conclusión, los recuerdos y **RS** de Doña Basilia sobre las enfermedades, se subsumen en estos discursos de años pasados, los cuales tienen una connotación simbólica y cultural muy fuerte en función de la presencia de sustos y el descuido del cuerpo en un contraste entre lo frío y lo caliente. Esta última concepción cultural, se basa en la geometría del cuerpo sobre la que se fundamentaban las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas antes de la llegada de los colonizadores (Austin, 2014).

A este respecto, sobre el cuestionamiento de los orígenes de estas **RS** de las enfermedades, podemos dar cuenta que muchas de estas RS se originaron cultural e históricamente a través de la cosmogonía y cosmovisión de Quialana. Por ejemplo, Doña Basilia (90 años) hace referencia a la “*regada del vientre*”, es decir, la pérdida de la elasticidad de los ligamentos que sostienen el útero, estómago y ombligo. Enfermedad que hoy puede traducirse como hernias umbilicales o abdominales, las cuales aparecen por el esfuerzo del cuerpo al cargar cosas muy pesadas o por realizar trabajos extremos, por ende,

se observa que las mujeres de la comunidad suelen colocarse un ceñidor sobre la cintura, con el objetivo de evitar la aparición de las hernias, debido al trabajo pesado que ellas realizaban en el hogar y en el campo.

En este sentido como refiere Austin (2014) y Mendoza (2019), la sobreexplotación laboral de mujeres y hombres indígenas es lo que les producía la aparición de enfermedades, incluso la muerte, porque desde los procesos colonizadores los cuerpos de los indígenas han sido útiles para el sistema capitalista desde una mirada objetivizada y materializada de estas otras corporalidades. A este respecto, la cuerpa de las mujeres, debido a su condición biológica, es más vulnerable a sufrir este tipo de padecimientos que los hombres, además se observa que las mujeres no podían tener espacios para el descanso, porque el trabajo del campo terminaba, pero el del hogar nunca.

“[I: Las personas decían que era su vientre que estaba regado, estaba flojo; entonces ella cree se enfermó muy fuerte su ligamento, la gente pensaba que algo estaba flojo que algo estaba colgado, que alguna parte de ella por dentro estaba colgada, pero no encontraba cura, entonces la señora que vino a sobarla pues fue la que le dijo. No, no es que tengas colgado algo, sino que es tu ligamento el que se enferma] (...) La señora me dijo, no tienes nada, namás una sobada necesitas porque ya está muy flojo tu ligamento (...) había una persona en específico que rejuntaba el vientre [I: ellos creen mucho como que se riega el vientre, como que se afloja el vientre, entonces con sobar el vientre del estómago se juntaba otra vez, y había una persona especial que hacía eso] puro así soban (Fragmento entrevista Basilia).

Otra de las causas productoras de enfermedades o desequilibrios que los pobladores identifican, es el susto. Tal como refería Doña Juana (curandera del pueblo), el susto puede aquejar a cualquier persona en un determinado tiempo y espacio; éste viaja en forma de sustancia y se deposita en el cuerpo de la persona provocando serias alteraciones físicas y emocionales, las cuales pueden producir la muerte del sujeto. Y en el caso del enojo o coraje, también denominado culturalmente como “*Enfermedad de chaneque*”, es la que penetraba en las articulaciones en forma de sustancia pegajosa y ácida, para ir desgastando y

encogiendo los huesos y articulaciones, y al final provocar la inmovilidad de las mismas (Doña Juana, 2020).

En este sentido, Austin (2014) señalaba que los pobladores de las culturas prehispánicas consideraban que el susto entraba por la espalda, se filtraba entre las vértebras para depositarse en el cuerpo de las personas. Y cada vez iba invadiendo más el cuerpo del sujeto, hasta provocarle un desequilibrio completo a la persona, es por ello, que los rituales y técnicas para eliminar el susto del cuerpo era muy necesario para evitar la muerte de la persona.

“Hay unos que dicen, es susto [I: ella pensó que era susto; pues ya no tienen hambre, les da flojera, tienen puro sueño, entonces es susto. Hay unos que hacen diarrea] (Fragmento entrevista Basilia).

“Algunas personas dicen que, por enojo, que por un susto” (Fragmento entrevista Carlos).

No obstante, las personas de Quialana no sólo reconocen que las alteraciones de los huesos y articulaciones se debe a un susto o coraje, sino, por el contrario, ellos saben que el desgaste de estas porciones corporales tiene mucha relación con el envejecimiento del cuerpo, tal como lo refiere Doña Basilia, quien acepta que a su edad en cualquier momento puede ser llamada por sus ancestros y deidades.

“Si, pues como yo ya soy anciana con ese me llevan (se ríe)” (Fragmento entrevista Basilia).

Asimismo, Don Pedro (80-90 años) apunta que su esposa por su condición de edad, ya presenta ciertos problemas de huesos y articulaciones que le impiden el movimiento, porque éste le provoca dolor y malestar corporal en general. A este respecto, Jorge también señala que su estado de envejecimiento lo ha llevado a un desgaste del cuerpo y movilidad, el cual mira como un proceso normal por el que deberán pasar todas las personas.

“Si vive, pero ya no sale porque ya no puede caminar por sus rodillas que le duelen mucho ya para andar caminando, y también ya le duele mucho su cuerpo, entonces ya no puede ella andar caminando” (Fragmento entrevista Pedro).

“Pero yo pienso que también es porque ya estoy grande. Asimismo, ya tengo canas y el cabello se me está cayendo porque ya estoy grande, ya tengo 64 años, así que todo es normal y todos tenemos que pasar por esto” (Fragmento entrevista Jorge).

Con base en estos **imaginarios** sobre el envejecimiento, cabe mencionar que, los usuarios a diferencia de los profesionales no temen cruzar por esta etapa de la vida, porque la perciben como una parte fundamental del ser humano, el cual habrá de trascender por este estado para poder transitar a la muerte, por consiguiente, no sienten un temor generalizado a la vejez, incluso, ellos hacen bromas del envejecimiento, se burlan de sus propias modificaciones corporales. Asimismo, conviene agregar que las personas mayores de la comunidad alcanzan un gran respeto de los pobladores por la sabiduría y conocimiento que ostentan sobre la vida, la muerte, la salud y la enfermedad.

Entre las **RS** de la enfermedad surgen los resfriados que se producen por el contraste entre lo frío y caliente. Es así que, las personas de la comunidad **perciben** que el descuido del cuerpo para exponerlo a una corriente de aire frío o caliente, le produce un desequilibrio que se traduce en una manifestación como la gripe. No obstante, una de las características de estas alteraciones, es que las personas como Jorge piensan que, así como entró esta enfermedad al cuerpo, así solita debe desaparecer del mismo.

“Mira la gripa solita se va, en dos días, ya no le hago caso y solita se va (...) Ellos (sus hijos) también se tratan, o simplemente no le hacen caso, porque ellos tienen mucho trabajo, ellos se dedican a sus cosas (...) si es algo leve solito se va” (Fragmento entrevista Jorge).

Tal como refiere Jorge, él considera que al ser algo leve, sólo desaparece del cuerpo. En este sentido, lo único que habrá de hacer la persona es continuar con su trabajo y cotidianidad, para no darle pie a la enfermedad de hacerse resistente, porque como señalaba María, una mujer que trabaja en el campo, que ella cuando presentaba gripa, ella

inmediatamente se ponía a trabajar para olvidarse de la enfermedad, y cuando terminaba su trabajo en el campo daba cuenta que el malestar había desaparecido.

En estos discursos, cobra relevancia el enfoque de cosificación de los cuerpos que se produjo en la colonialidad para hacer de los cuerpos de los indígenas, unos cuerpos altamente resistentes a la enfermedad y al trabajo, al grado de someterlos a más trabajo para olvidar el malestar (Austin, 2014).

No obstante, se auto reflexiona sobre otras realidades posibles, en las que las enfermedades desaparecen del cuerpo a partir de un reajuste o equilibrio del pensamiento, el cual versa en hacer olvidar a la memoria y al sentido sobre lo que está experimentando, es decir, el cuerpo sufre una especie de amnesia, la cual borra todo malestar, por consiguiente, se replantea la importancia del equilibrio de la mente, cuerpo y espíritu con el cosmos, el cual produce sanación y equilibrio completo al cuerpo (Flores, 2004).

En este tenor, doña Basilia nos plantea la posibilidad de reconciliación de la persona con la cuerpa, debido a que la persona descuidó de proteger, querer y abrazar a su cuerpo, por tanto, existe la posibilidad de pensar en el autocuidado como un acto que debe estar siempre presente en toda persona para evitar que su cuerpo sufra alteraciones y desequilibrios.

“Es muy difícil, hay que cuidarla (Cuerpa) mucho para que no se enferme. Yo creo que cuando no me tapo bien luego me da el dolor” (Fragmento entrevista Basilia).

Dentro de estas concepciones culturales de las enfermedades, se analiza que las personas mayores de 80 años, tienen en su **imaginario** de enfermedades todos aquellos desequilibrios que formaban parte de su comunidad cuando eran jóvenes o infantes, por tanto, los orígenes de las mismas versan sobre las causas que los ancestros describían. A este respecto, vemos que en sus **RS** y vocabulario no aparecen muchas de las enfermedades que

la modernidad trajo a su comunidad, tal es el caso del cáncer, diabetes, alteraciones oftálmicas, entre otras.

En este tenor, Don Pedro hace referencia a un astigmatismo y miopía que sufrió como consecuencia de la vejez, sin embargo, él al no tener un conocimiento de sentido común con respecto a esta enfermedad, él asocia la aparición del astigmatismo a una caída que tuvo en el pasado. Estos resultados reflejan que, la información que se le ofreció a Don Pedro desde la consulta médica, no fue pertinente con su edad, contexto, historia y cultura, por consiguiente, él desconocía que el origen de su malestar es parte de un desgaste normal de la vista.

“Pues yo pienso que, por una caída, porque una vez me tropecé, entonces me caí, pero me pegue en la cabeza, entonces yo creo ahí fue donde me lastimé mis ojos” (Fragmento entrevista Pedro).

Estos resultados, nos permiten comprender que dentro del campo médico no están plenamente conscientes que las personas de las comunidades, sobre todo las de mayor edad, desconocen muchas de las enfermedades actuales, por tanto, los profesionales reinterpretan que las personas entienden los problemas de salud como lo descifran ellos. En este sentido, la información que se les ofrece a los usuarios está totalmente descontextualizada de su mundo de vida y conocimiento de sentido común, lo cual, les genera mayor incertidumbre y desconfianza.

En esta mirada de autocuidado que las personas de Quialana presentan, también ellos perciben que la comunidad es la única que puede ofrecer el sustento de autocuidado, por consiguiente, al salir del pueblo sobrevienen muchas de las alteraciones que afectan a las corporalidades. Específicamente, porque ellos sienten que la alimentación y estilo de vida que llevan las personas por fuera de la comunidad, es la que enferma a las personas, sean éstas o no, de la comunidad.

“Mira me enfermé ya hace tiempo, cuando estuve en estados unidos, yo estuve 14 años por allá, y justo cuando estaba allá fue que me enfermé” (Fragmento entrevista Jorge).

Dentro de este **imaginario** de protección situada de la comunidad, las personas de Quialana reconocen que la alimentación es uno de los elementos que favorece la salud, por tanto, ellos piensan que el tipo de alimentación más natural y más sana que llevan en el pueblo, es lo que los protege de enfermar. A diferencia del tipo de alimentos que se ofrecen fuera de Quialana, los cuales se riegan con aguas negras, con fertilizantes, alimentos de engorda para los animales, etcétera. Mismos que producen el desequilibrio del cuerpo.

En este sentido, las personas de Quialana demuestran y declaran un temor profundo a consumir alimentos fuera de la comunidad, porque dicen desconocer el origen de producción de dichos productos. Al respecto, cuidar al cuerpo, implica no consumir alimentos elaborados fuera del pueblo, y específicamente, evitar consumir productos enlatados y azucarados. Así lo expresa Doña Basilia.

“Si cuidarme mama, no tomo cualquier cosa vaya, ni cerveza, ni refresco, coca-cola, no ya no; a veces quieren que tomo jugo, hasta ese tengo miedo de tomar [I: no quiere comer nada enlatado] chile enlatado, ya no como, nada. Ya se murió el chile” (Fragmento entrevista Basilia).

Cabe hacer hincapié que, estas **RS** sobre los alimentos tienen más cabida en las personas mayores de la comunidad, porque como se pudo observar en el trabajo de campo, la influencia migratoria ha modificado las formas de alimentación de las nuevas generaciones de quialanenses, específicamente en la preparación de los alimentos (Pizza, hamburguesas burritos, tortas, refrescos y jugos procesados), porque en el origen de éstos aún persiste la desconfianza colectiva a comer lo externo.

Sin embargo, al introducir otras nuevas comidas a la comunidad, ellos requieren consumir otros productos externos y procesados, tal es el caso de los productos que incluyen la elaboración de hamburguesas y pizzas. A este respecto, se observa que quienes conservan

preferentemente una alimentación sana, son las generaciones de más de 50 años; y en quienes la migración no tuvo un impacto directo.

En el caso de Juana, no sólo se habla de este **imaginario** de alimentos sanos, sino que se incluye el concepto de clase y condición social de las personas, debido a que Juana previamente a casarse gozaba de una mejor posición económica, que no necesariamente la posicionaba en una mejor alimentación, por el contrario, la condición económica le daba acceso a una alimentación rápida y ultra procesada, debido que su padre y hermanos se vieron influenciados por los procesos migratorios que experimentaron en Estados Unidos, por tanto, los patrones de alimentación que ellos adquirieron en el país vecino, los transmitieron al resto de los integrantes de la familia.

“Pues yo me cuido lo más que se pueda, trato de comer más natural, trato de comer las verduras que siembran en la casa, las frutas de la casa o comprar también de paisanos, de pura gente del pueblo que son los que llevan los productos naturales. Y luego con respecto a la diabetes, pues yo casi, por ejemplo, hago un atolito y no le echo azúcar, porque el azúcar es lo que es nocivo ahorita. Igual a mis comidas no le echo sal y solamente de esa manera me cuido (...) Pues este, una buena alimentación. Tu teniendo conocimiento de eso, ya sabes que estos son de calidad, porque yo antes tampoco valoraba eso, en casa de mis padres puro comprábamos así, y pues para ellos, eso es lo mejor, el refresco y todo eso; pero pues ahorita aquí gracias a Dios pues no, ya no, ya quité el refresco, porque yo hubo un tiempo en que fui muy adicta a la coca cola, pero ahorita que ya vi en el internet, ya vi en you to lo de la coca cola, y ya no quiero tomarla. Así nos hacemos nuestras agüitas frescas, nuestra agua de hoja de limón, agua de horchata, agüita de frutas así de temporada. Así nomás” (Fragmento entrevista Juana).

En este sentido, Juana apuntaba que la alimentación que llevaba con sus padres no era sana, porque ellos consumían muchos productos azucarados y enlatados. A diferencia de ahora que vive con su esposo e hijos, y quienes no gozan de una posición económica adecuada, la ha llevado a desarrollar una soberanía alimentaria en la producción y consumo de alimentos. Cabe resaltar que, el consumo aumentado de bebidas azucaradas en la comunidad se relaciona con tres aspectos importantes: 1) la escases de agua potable en la

comunidad; 2) la redistribución capitalista de estos productos en la comunidad, donde no existe agua, pero si bebidas azucaradas y; 3) la influencia migratoria.

Al igual que las mujeres, Eleuterio también refiere que una buena alimentación consiste en consumir productos sembrados y producidos en la comunidad, así como excluir todo producto enlatado.

“Pues una buena alimentación, cuidarse. Pues comer cosas así saludables, frescas del campo, no comer muchas cosas enlatadas, si” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“Pues comiendo sano, comiendo los huevitos que sacan las gallinas aquí en la casa, igual comemos lo que nosotros mismo sembramos, pues así es como nos cuidamos pues” (Fragmento entrevista Pedro).

Como podemos observar, para las personas de Quialana no existe el **imaginario** de dieta, tal y como lo conocen los profesionales, porque para las personas, una buena alimentación tiene más relación con el origen de producción del alimento, que con la combinación y equilibrio de los mismos.

En este sentido, se piensa que el concepto de alimentación es una semiótica que permite los procesos de interculturalidad, porque simbólicamente el alimento forma parte de la vida y sentido de las personas, sin embargo, el concepto de dieta es un término que no forma parte del mundo de vida de la comunidad, ya sea por procesos de desigualdad social y económica, así como por procesos más simbólicos relacionadas con el origen de los alimentos.

No obstante, las prácticas de autocuidado alimentario, no son las únicas **RS** de cuidado del cuerpo. En general, las personas de Quialana consideran que muchas de las enfermedades se originan por la exposición de las personas al frío o caliente, incluso, Juana en algún momento contaba que el concepto de infección no existía en la comunidad, porque las personas no consideran que la gripa pueda ser adquirida a través del contagio de

microorganismos, sino simplemente, ésta surge por el descuido del cuerpo, el cual se le expone bruscamente al frío o caliente. A este respecto, el autocuidado del cuerpo debe incluir prácticas relacionadas con la geometría del universo (Austin, 2014).

“Me pongo mi pijama, me pongo mi playera [I: y se tapa bien dice] para que no me da frío, ni tan al sol y donde esta fresquito (...) Tapar bien, cuando se duermen también tapan bien, y cuando se levanta uno también, bonito se va uno a levantar para que no se sienta muy frío [I: cuando se levanta ella, se levanta despacio y poco a poco se empieza a cambiar para que para que no le pegue el aire]” (Fragmento entrevista Basilia).

En este tenor, observamos que Doña Basilia no sólo habla de cubrir al cuerpo, o, de no exponerlo a diversas temperaturas, sino que ella apunta a equilibrar los movimientos que ejerce el cuerpo, y que pueden producirle un contacto directo con lo frío o caliente, tal es el caso de levantar la cuerpa con mucha precaución para no lastimarla, evitar tocar el suelo frío con los pies calientes y demás aspectos que pueden poner en peligro la neutralidad de la temperatura corporal (Austin, 2014).

Asimismo, Jorge no sólo hace referencia de cuidar del cuerpo de las temperaturas extremas, sino que también se enfoca a utilizar la temperatura y elementos que nos ofrece la naturaleza para sanar alguna alteración, tal es el caso de los baños de sol para disminuir el dolor de huesos y articulaciones.

“Pero solo me colocó donde está el sol un ratito y ya solito se me empieza a quitar (sonríe)” (Fragmento entrevista Jorge).

Finalmente, dentro de estos orígenes culturales de las enfermedades, al igual que los profesionales masculinos, los hombres de Quialana también sufren el famoso síndrome de inmunidad subjetiva, en la que consideran que ellos están exentos de enfermar, sobre todo porque son hombres y son jóvenes (como en el caso de Carlos y Eleuterio). Es por ello que, pese a que otros apartados de la entrevista refirieron haber padecido ciertos desequilibrios,

principalmente ellos prefieren señalar que lo único que han sufrido son accidentes, porque las enfermedades que han entrado a su cuerpo, han desaparecido por sí mismas.

“Casi no me enfermo mucho” (Fragmento entrevista Carlos).

“Enfermar, enfermar, pues casi no eh, no me enfermo” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“Pues las enfermedades no sé, porque yo casi no me enfermo. Realmente no me he dado cuenta si las enfermedades son iguales o son peores que antes (...) yo casi no enfermo, es muy raro que yo me enferme” (Fragmento entrevista Jorge).

En esta última entrevista, Jorge refiere que como él poco se enferma, realmente poco da cuenta si ha existido un cambio en las enfermedades a lo largo de los años. No obstante, como pudimos distinguir en los apartados anteriores, él claramente señaló que no acude al médico cuando se siente mal, porque él mismo se auto trata con medicinas indicadas por personas que sufrieron previamente su condición. Quizás en ello radica que tampoco ha dado cuenta de las estadísticas y datos epidemiológicos.

Sin embargo, cobra relevancia en su discurso que él sigue considerando que presenta una inmunidad subjetiva por su condición de sexo, pero también que la mayoría de las enfermedades son pasajeras, porque solo invaden al cuerpo por un rato y después se desvanecen solas. Esto pone en riesgo su salud, porque evidentemente existen enfermedades que llegan al cuerpo para nunca irse del mismo, por consiguiente, se hace necesario reconocer que, para muchas de las personas mayores de la comunidad, no existe una **representación social** en función de la cronicidad de las enfermedades, por tanto, no ven la necesidad de acudir al médico para la vigilancia de la glucosa, la presión arterial y otros signos vitales que pueden ponerlos sobre aviso de alguna alteración mayor.

Así como Jorge, existen otras personas de la comunidad que reconocen la presencia e importancia la medicina alópata, así como de otras medicinas que les permite recuperar el equilibrio corporal. Además, Juana y Basilia refieren que no sólo las personas reconocen la

importancia de los profesionales de la salud, sino que los mismos médicos tradicionales son conscientes de las limitaciones que ellos tienen para tratar a las personas, por consiguiente, su ética solidaria y justa les exige que refieran a los usuarios con los profesionales de la medicina, u otros profesionales que puedan ayudarlos, cuando ellos consideran que el malestar de la persona ya no es de su competencia.

“Y cuando le hablo a su hijo, [I: el señor le hablo a su hijo] un muchacho, le dijo papá esta niña no va hacer nada la medicina, se va con el doctor, se va a operar. Ahí oí que dicen, no, esta nena no se alivia así papa, esa niña tiene que operar, dicen, entonces como lo oí ahí, que dicen que no va sanar, así como él estaba curando” (Fragmento entrevista Basilia).

“Y pues ahí no me aseguro, me dijo que podía ser de la vesícula o de los riñones, y ya de ahí pues este ya fui con el doctor a un ultrasonido, que para confirmar cuál era. Sí era la vesícula o los riñones” (Fragmento entrevista Juana).

A este respecto, y tomando en cuenta sus recursos económicos disponibles Juana decidió tomar otras prácticas alternativas que le permitieran sanar el cuerpo, tal es el caso del uso del *Herba Life*, el cual, según observaciones realizadas en la población, ya ocupa un espacio ampliamente abarcado, porque ya se tienen más de 6 establecimientos de dicho producto entre toda la población. Asimismo, se observó que, frente a la crisis estructural del sistema de salud, esta alternativa de tratamiento se ha convertido en uno de los principales sistemas de atención de las personas, debido a los costos accesibles, la atención dirigida e individualizada, el trato amable que reciben los usuarios, el sabor de los productos y, sobre todo que, atiende uno de los principales problemas de la población, la desnutrición de las personas a causa de la pobreza.

“pues ya buscamos otras alternativas, ya se tomó unos suplementos alimenticios de herba life y ya con eso se compuso también” (Fragmento entrevista Juana).

A este respecto, se puede añadir que el derecho a la salud de todas las personas ha quedado privatizado, porque la deficiencia estructural del sistema público de atención no accede a garantizar este derecho, ni permite ofrecerles un trato digno a las personas

(Navarrate, 2014). En este sentido, las personas de la comunidad se ven en la necesidad de hacer uso del sistema privado de salud, porque el sistema público no cubre los servicios básicos que ellos requieren, ni tampoco les ofrece un trato con pertinencia cultural y digno.

Sin embargo, las personas de Quialana no rechazan los conocimientos, prácticas y técnicas de la medicina occidental, tal como lo piensan algunos de los profesionales. Por el contrario, los usuarios reconocen la necesidad de acudir a estas alternativas de tratamiento, porque sus mismos familiares y médicos tradicionales los refieren con este conocimiento.

A este respecto, los usuarios han tenido que incorporar a su lenguaje y conocimiento ciertas palabras, técnicas y nombres de enfermedades que hasta entonces no conocían, tal como lo hacen Juana y Jorge. Así mismo, Doña Basilia, esta vez ya no habla de “*vientre regado*”, sino de hernia y cirugía como tratamiento de la misma, así como el uso de fármacos para disminuir el dolor. Aquí se observa como la experiencia y las nuevas RS de enfermedad son tan dinámicas como las propias sociedades y culturas, porque como dice Canclini (1989) la cultura pasa por procesos dinámicos e híbridos para sobrevivir y reproducirse.

“Cuando se enfermó una hija mía, pero la operaron, tiene enfermedad que le dicen hernia intestinal, [I: pues luego ya operaron a su hija dice, solo así se curó] (...) pero gracias a Dios no, ahora me están curando, pero puro con el doctor, puro pastilla, puro pastilla me dan; ahí tengo la pastilla” (Fragmento entrevista Basilia)

“Pues resulta que son los riñones, tengo cálculos renales bilaterales, de los dos lados (...) porque yo creo que son la falta de vitaminas que no tienes” (Fragmento entrevista Juana).

“Mira primero me enfermé de asma” (Fragmento entrevista Jorge).

En este entramado, las personas no sólo han adquirido el lenguaje de las enfermedades, sino también el de los procedimientos y tratamientos. Desde esta perspectiva, los usuarios han hecho un diálogo de saberes, porque tuvieron que reconocer que existen ciertas alteraciones corporales que no pueden ser abordadas desde una sola tradición del conocimiento, sino a partir de la combinación de uno o varios saberes. A este respecto, se

observa que los usuarios de Quialana ya han pasado por diálogos intercienfíficos que les permite un horizonte de sentido más amplio (Dos Santos, 2015), y un corolario de oportunidades para tomar decisiones sobre sus cuerpos, sin embargo, las oportunidades se ven limitadas por las desigualdades económicas, clasistas y racistas.

“Ahí sí me llevaron al doctor, como no sabían qué hacer (...) si era algo más grave que no se curaba, pues ya me llevaban al doctor, ya me dio unas gotas y ya” (Fragmento entrevista Carlos).

“La última vez que me enfermé fue de los ojos (...) Ya ahí el doctor me dijo que eran cataratas” (Fragmento entrevista Pedro).

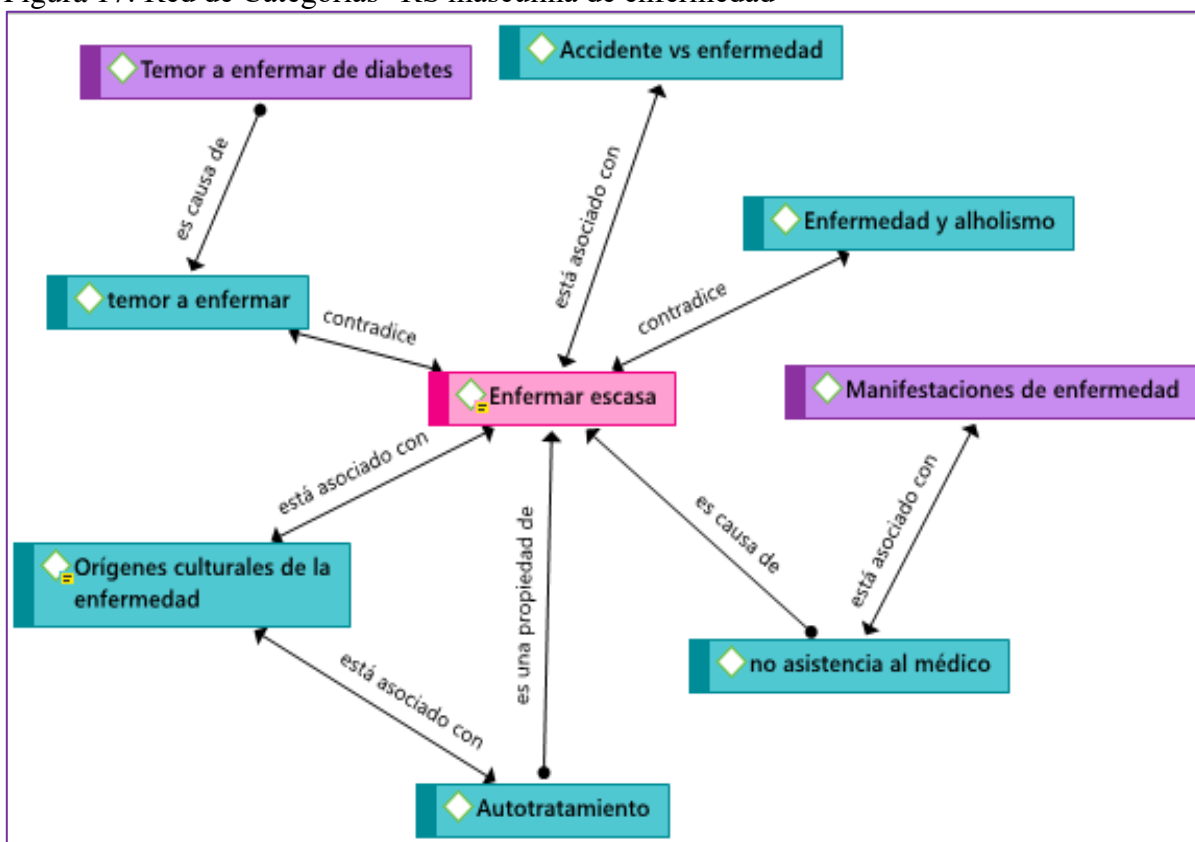
“Pues nada más fue, como que me checo el ojo, lo limpió; si hasta Oaxaca (...) No, nada más me sacaron unas gotas, sí” (Fragmento entrevista Eleuterio).

A partir de estos fragmentos de entrevista, podemos observar que una de las alteraciones corporales que los hombres de Quialana identifican como un problema que debe ser atendido por la alopátia, y específicamente, por la oftalmología, son los problemas del ojo y la visión. Por ello, los hombres aceptan la pertinencia de esta medicina en el contexto de su comunidad, sin embargo, también reconocen que no existen médicos instaurados en su pueblo que los puedan atender, debido a que el centro de salud solo atiende hasta las cinco de la tarde, y a pacientes que lleven un control médico, o que presenten una urgencia/emergencia, por consiguiente, esta desigualdad altera el contacto que los usuarios puedan tener con la medicina occidental.

Finalmente, Carlos añade sobre la importancia de llevar un control o chequeo con alguien especializado, quien puede confirmar que su cuerpo y salud están sanos

“Pues quien sabe (sonríe), pues cuidarme, pues protegerse de algo antes de que suceda. Pues ir a checarsé de vez en cuando, o ver qué es lo que tiene. Y pues siempre ir con alguien para saber qué es lo que tiene, o sino saber si está enfermo” (Fragmento entrevista Carlos).

Figura 17: Red de Categorías “RS masculina de enfermedad”



Entre las categorías emergentes de la investigación, surgen las **RS** masculinas de las enfermedades, las cuales determinan su forma de percibir, sentir y actuar en el mundo en función de este desequilibrio corporal (Jodelet, 1986). A este respecto, una de las características principales es que los hombres de la comunidad refieren tener una inmunidad subjetiva e insuperable, es decir, que ellos nunca enferman y las veces que han tenido que acudir a consulta, ha sido por causa de accidentes.

“Casi no me enfermo mucho” (Fragmento entrevista Carlos).

“Enfermar, enfermar, pues casi no eh, no me enfermo” (Fragmento entrevista Eleuterio).

“Yo casi no enfermo, es muy raro que yo me enferme (...) Yo siempre prefiero tratarme solo, casi no me enfermo, entonces no he tenido necesidad de ir al médico, y cuando me enfermo, yo mismo me curo (...) de repente, me da gripa, pero yo no voy al médico, a pesar que en estados unidos tenía papeles y tenía la aseguradora y demás. Yo no voy al médico, no me gusta ir” (Fragmento entrevista Jorge).

En el caso de Eleuterio y Carlos (25-40 años), ellos no les gustaba pronunciar el término de enfermedad, ellos prefieren hablar de malestares o alteraciones, incluso, las manifestaciones que describen en su entrevista tienen más relación con accidentes laborales. Esto nos permite distinguir que en los hombres es más prudente preguntar sobre manifestaciones corporales, accidentes o alteraciones corporales, porque en sus RS el término de enfermedad no es utilizado, debido a que representa un sinónimo de debilidad, pérdida de la fuerza, incapacidad para el trabajo y demás aspectos que le dan sentido a su concebirse y pensarse como hombres.

“Me empezaron a salir lagrimas (...) De la cabeza, si me dolía la cabeza” (Fragmento entrevista Carlos).

“así angustia, digamos no, desesperación, como haz de cuenta que dije, que había perdido un ojo, si” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Sin embargo, estos resultados también ponen de manifiesto que la heteronormatividad y la hegemonía de la salud instaurada en los procesos colonizadores, ha impuesto como lo normal, al hombre blanco, delgado, fuerte, racional, inteligente, no emocional, sano, apto para el trabajo y competente (Quijano, 2014; Maldonado, 2017).

En este tenor, lo contrario significa no apto para ser un hombre normal, es decir, un hombre sano y colonizado de pensamiento y de ser no puede referir que enferma, que sufre emocionalmente, que presenta ciertos sentimientos, porque su identidad y nombramiento como hombre disminuye (Dos Santos, 2015). En este sentido, este tipo de hombre que se construyó desde la colonialidad, debe ser deconstruido y reinventado para que él mismo se pueda ofrecer el derecho a la atención de la salud y al autocuidado. Así, desde este imaginario como ser vulnerable, el hombre podrá pensar su cuerpo como un templo que requiere ser cuidado, y que necesita sentir y vivir sus emociones, sin que esto implique sentirse en una posición superior frente al cuerpo, emociones y experiencias de las mujeres.

A este respecto, se añade que algunos de los hombres de la comunidad, además de considerarse inmunes frente a las enfermedades, ellos **imaginan** que las causas que originaron estas alteraciones tienen que ver con atribuciones construidas culturalmente en su comunidad, mismas que son pasajeras o agudas, tal es el caso del susto, el enojo, el frío o caliente y las caídas.

Es por ello que, los hombres reconocen que los procesos de sanación no deben incluir médicos alópatas, sino que ellos deben acudir directamente con el hombre/mujer medicina de su pueblo, o, por el contrario, como en el caso de las enfermedades relacionadas con el aire, éstas desaparecerán solas, porque son pasajeras, leves y/o agudas. Por tanto, el auto tratamiento se convierte en el medio principal para atenderse.

“Algunas personas dicen que, por enojo, que por un susto (...) No fui con el doctor (...) No, nos pusimos algunas curas de acá” (Fragmento entrevista Carlos).

“Pues yo pienso que, por una caída porque una vez me tropecé, entonces me caí, pero me pegue en la cabeza, entonces yo creo ahí fue donde me lastimé mis ojos” (Fragmento entrevista Pedro).

“Mira la gripa solita se va, en dos días, ya no le hago caso y solita se va (...) si es algo leve solito se va (...) Yo siempre prefiero tratarme solo, casi no me enfermo, entonces no he tenido necesidad de ir al médico, y cuando me enfermo, yo mismo me curo (...) No, ni mi esposa ni yo vamos al médico, nosotros nos tratamos solitos” (Fragmento entrevista Jorge).

Como ya se había mencionado previamente, los hombres jóvenes de la comunidad traen a la memoria el recuerdo de algún accidente, justo cuando se les pregunta sobre alguna experiencia de enfermedad, porque como ya se dijo, ellos prefieren evitar decir enfermedad cuando han sido desequilibrios corporales que han desaparecido muy rápido de su cuerpo. En esta dirección, se observa que su mirada no patologizada, permite afrontar estos desequilibrios físicos, a través de un componente emocional y mental favorecido desde las **RS** y enunciación del término, debido a que el concepto de enfermedad, expropia al sujeto para hacerlo enfermo, patologizado y medicalizado (Moreno, 2018).

No obstante, como ya se abordó previamente, los hombres jóvenes de la comunidad evitan hacer mención del término enfermedad, en parte por su **imaginario** entre lo agudo y lo grave, pero también orientados por estas representaciones patriarcales y heteronormadas del cuerpo y del hombre (Maldonado, 2017).

“Me enfermé de los ojos. Me cayó cemento en el ojo y se me infectó (...) Si, una vez también me corte mi dedo. Estaba lavando la moto y jaló la cadena mi mano” (Fragmento entrevista Carlos).

“No, no, nada más tuve un accidente en el ojo, en el trabajo, pues al momento de clavar un clavo, pues en el golpe no le di bien al clavo y pues me rebotó en la cara, fue lo único (...) Pues sí, de un amigo, también igual cosas de trabajo ¿no? siempre hay accidentes. Un amigo pues se cortó los dedos con una sierra eléctrica, se mochó unos tres dedos, si en el trabajo. Se los arrancó así totalmente, haz de cuenta que carne molida así crakc, se los voló (sonríe)” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Alrededor de estos fragmentos, no sólo podemos leer las **RS** de las enfermedades, sino de los accidentes, porque Eleuterio y Carlos ponen sobre la mesa los riesgos a los que ellos se enfrentan como albañiles. Al igual que los profesionales, los usuarios han normalizado y naturalizado los riesgos y las enfermedades producidas por el trabajo como algo completamente normal y adherido a su condición de albañil.

Sin embargo, también se observa que los albañiles carecen de una protección específica sobre su rostro y cuerpo, el cual podría evitar que sufrieran este tipo de accidentes, por consiguiente, ha sido más fácil que ellos normalicen esta poca protección y precarización que les ofrece el trabajo, a exigir mejores condiciones laborales. En este sentido, se analiza que tanto los profesionales como los usuarios, no dan cuenta que, la misma condición laboral es la que pone en riesgo su salud, y sobre todo que, eso que ellos traducen como amor a su trabajo, es parte de un mito que la modernidad ha producido en ellos para seguir reproduciendo el sistema capitalista (Lander, 2000).

En una primera visita que se hizo a la comunidad y posteriormente ya en el trabajo de campo, se pudo observar que muchos de los hombres se reúnen por las tardes en el centro de

la población para compartir mezcal y alcohol. Muchos de ellos, formaban círculos alrededor de una banca o afuera de la cantina, y desde ahí se compartían el mezcal. A este respecto, en principio se pensaba que ellos acudían a esta práctica porque terminado su trabajo en el campo, ellos ya no tenían otras actividades recreativas más que beber alcohol.

No obstante, ya entrevistando y observando las prácticas de los hombres pudimos dar cuenta que muchos de ellos comenzaron a beber alcohol y mezcal, a partir de un evento traumático, como es el caso de la pérdida de alguno de sus hijos durante el parto, complicaciones de las enfermedades infecciosas, desnutrición, entre otras enfermedades que causaban mayor mortalidad infantil en las comunidades indígenas, así como por factores migratorios. Es así que, los hombres al reprimir sus sentimientos de dolor y sufrimiento, ellos buscaban un refugio en el consumo del alcohol, el cual les permitía afrontar de forma colectiva el dolor emocional que estaban viviendo.

Por ejemplo, Don Pedro fue muy preciso al señalar que él comenzó a consumir alcohol a partir de la muerte de dos de sus hijos, quienes eran muy pequeños cuando esto sucedió. Desde esta perspectiva, el alcoholismo fue lo que le permitió sobrevivir al dolor que sentía frente a estas pérdidas. Asimismo, él señala que cuando sus otros hijos decidieron migrar, él volvió a sentir el duelo por el abandono de ellos, por tanto, él se continuó con esta práctica para aminorar o desaparecer el sentimiento profundo por el que atravesaba su cuerpo.

*“Y también porque creo que yo tomaba mucho de joven, por eso creo que también me lastimé los ojos, pues yo tomaba alcohol. A la tomadera es que se debe esto (...) Pues yo empecé a tomar por la tristeza, si pues por los niños que perdí, pues eran niños, eran chiquitos y se murieron, entonces a partir de que esos dos niños se murieron, entonces empecé a tomar y a tomar; hasta ya hace unos cuatro años que dejé de tomar”
(Fragmento entrevista Pedro).*

Este fragmento pone de manifiesto que, el concepto de salud construido a partir del modelo heteronormado, androcentrico y hegemónico ha hecho víctimas a los hombres,

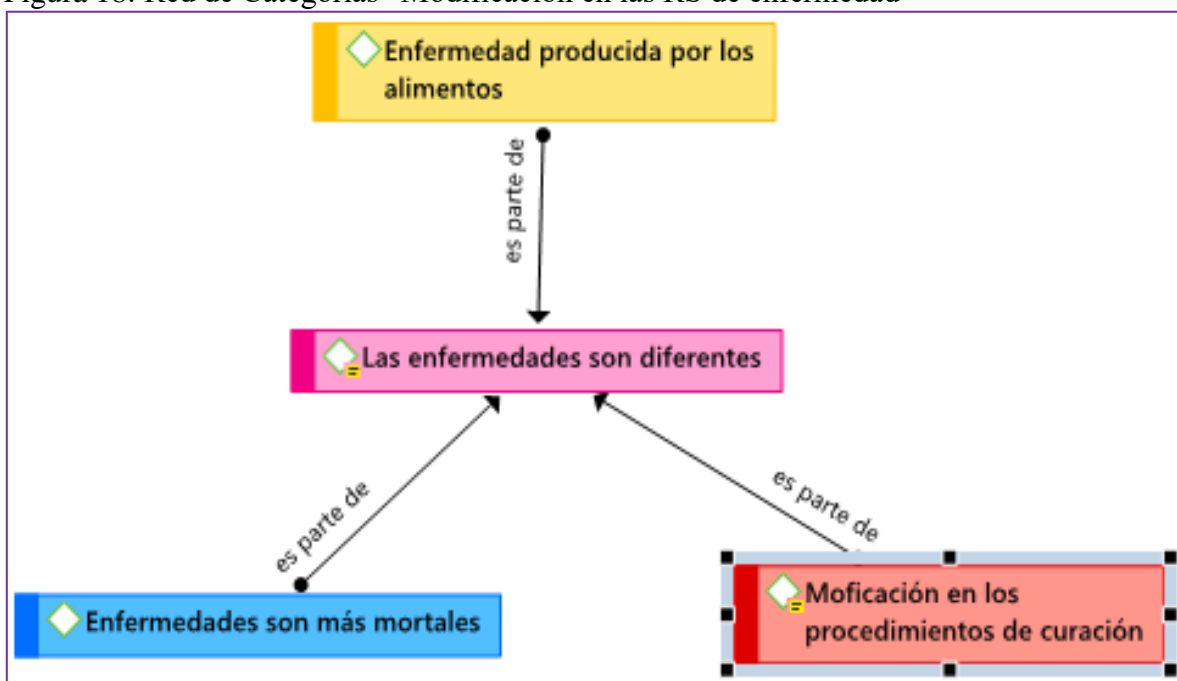
quienes han tenido que hacer un performance de sus emociones, para mostrarse siempre viriles, fuertes, seguros y valientes, por consiguiente, ellos han buscado la fortaleza del cuerpo en algo externo que les produzca amnesia y sedación a los dolores y sufrimientos que la vida les condiciona.

Finalmente, aunque la mayoría de los hombres no hablaba de enfermedades, sino de alteraciones o desequilibrios. Carlos subraya que uno de los principales temores de los hombres de la comunidad es, a enfermar de Diabetes, principalmente por las complicaciones que la enfermedad produce en las personas. Tal como lo refiere Carlos, la diabetes es una de las enfermedades más comunes entre los pobladores; permanece siempre en el cuerpo de los mismos y; causa una infinidad de consecuencias desagradables para los sujetos, tales como la amputación de miembros.

“Pues de varias cosas, pues de todo (sonríe) no me gusta enfermarme (...) Por ejemplo, la diabetes, porque es muy grave, casi en todas las personas del pueblo lo tienen no, y me da miedo en como causa sus efectos, como cortarles sus pies, o algo cuando ya está muy avanzado” (Fragmento entrevista Carlos).

Este temor que Carlos manifiesta sobre la diabetes, es el mismo temor que los profesionales masculinos manifestaban, porque precisamente, la diabetes es una enfermedad que puede dejarlos inmóviles e incapaces para seguir trabajando, además que esto los conduciría al otro lado del continuum; al lado de la incapacidad, de la anormalidad y de la discapacidad (Maldonado, 2017; Moreno, 2018).

Figura 18: Red de Categorías “Modificación en las RS de enfermedad”



Al analizar con profundidad los discursos de los usuarios de Quialana, se percibe que ellos manifiestan algunas de las modificaciones que las enfermedades han sufrido a lo largo de los años; todo ello debido al dinamismo de la sociedad, o a la propia respuesta de los cuerpos para superar las enfermedades.

A este respecto, Carlos y Juana (25-35 años) coinciden con los profesionales que las enfermedades son diferentes, específicamente en la rapidez y gravedad con la que se presentan. En este sentido, ambos consideran que la transformación en el tipo de alimentación es lo que originó la modificación y/o aparición de enfermedades.

“Yo creo que no, son muy diferentes (...) Pues creo que son más rápidas las de ahora, por ejemplo, las personas más jóvenes ya se enferman de muchas cosas y las personas mayores de antes no (...) Como es por la forma de comer, ya hay puras cosas que no son naturales” (Fragmento entrevista Carlos).

Con base en el texto de Carlos, se observa que él enuncia el término rapidez en función que las enfermedades de ahora se presentan desde edades muy tempranas, porque en su memoria recuerda que las personas de las comunidades llegaban sanas hasta el

envejecimiento. No obstante, como ya se abordó en los textos anteriores, la enfermedad en las **RS** de los hombres se lee a partir de aquellos desequilibrios que permanecen para siempre en el cuerpo de las personas, o las nuevas llamadas enfermedades crónicas.

En esta línea, para Carlos aquellos desequilibrios que se lograban contrarrestar sólo **representaban** alteraciones o dolencias. Es así que, él desde esta mirada refiere que las enfermedades solo aparecían en la vejez, sin embargo, él observa que las denominadas “enfermedades modernas” ya se observan desde la juventud, por tanto, la rapidez se piensa desde el inicio de aparición de la gravedad de los desequilibrios.

Cabe mencionar que el termino malignidad y/o gravedad surgió con los procesos colonizadores, especialmente con los conceptos construidos por el cristianismo, dentro de los cuales el término maligno hace alusión al pecado, a aquello que merece castigo por haber infringido en él (Castro, 2005).

Se hace mención en esto, porque para los pueblos indígenas, previo a este suceso, todo desequilibrio significaba un altercado de la persona con el cosmos, la naturaleza, las deidades, las personas o consigo misma, por consiguiente, la solución representaba el equilibrio y reconciliación (Austin, 2012). No obstante, las **RS** de los quialanenses ya incluye al concepto de enfermedad en su clasificación dual entre lo benigno y maligno.

Dentro de esta **percepción** de Carlos, él considera que la modificación en las prácticas y tipos de alimentación, es lo que produjo la aparición prematura de las enfermedades, debido a que los jóvenes son aquellos que transformaron dichas prácticas alimenticias por la influencia de la modernidad, del tiempo que están viviendo, la mala redistribución de los alimentos, los procesos migratorios y el abandono de los saberes ancestrales.

Desde esta perspectiva de la alimentación, Juana también señala que los malos hábitos alimenticios, haciendo referencia nuevamente al origen de producción y calidad de los

alimentos, es lo que ha producido la gravedad de las enfermedades. En este sentido, se lee a través de Juana que no existe una diferencia entre enfermedades nuevas o viejas, en contraposición, existe un agravamiento de las mismas originado por las nuevas prácticas alimenticias.

“Por los malos hábitos alimenticios (...) Ah, porque en casa de mi mamá comíamos mucho enlatado y muchas carnes rojas y aquí en casa de mi esposo ya comemos más natural, pero en casa de mi mamá, mi mamá no te comía ni una gallinita criolla porque decía que estaba puro hueso, y pues ya comprábamos puras del mercado, pero pues eso ya es de puro alimento. Y acá pues mi suegra siempre, sí comemos carne, pues es una gallinita criolla, siempre que comemos huevo, pues es un huevito criollo. Y en casa de mi mamá no, mejor comprábamos huevos, y por eso digo lo de los alimentos (...) No, las de ahora son peores, pues yo creo que por lo mismo, porque también ya hay muchos químicos. Entonces la gente de antes comía más natural y se curaban con más natural, pero pues ahorita desde los bebés chiquititos pues ya están comiendo químicos, porque ahorita ve usted que un tomate ya no es un tomate natural, porque ya le echan fertilizante, ya los pollos del mercado, ya son puros pollos de alimento, los toros, todo eso ya es puro alimento, ya hace daño al organismo, por eso tanta cáncer, tanto diabetes, el azúcar, como por ejemplo lo que le estaba comentando ayer del desayuno escolar es puro azúcar, no sé si ha ido usted, pase usted ahorita tienen eso que según son frutas secas pero tienen bastante azúcar. Ajá porque yo una vez lo eche al agua, por eso digo que ya no lo consuman los niños, lo eche al agua y se endulzó bastante el agua, es puro azúcar. Nada más la leche es la que viene un poquito bien, pero ya ve usted que la leche de caja ya viene también, es de las vacas que están contaminadas con hormonas” (Fragmento entrevista Juana).

En este fragmento de entrevista se observa que Juana pone mucho énfasis en aspectos relacionados con la producción de los alimentos y la crianza de los animales, tales como el uso de fertilizantes, químicos, alimentos sintéticos para los pollos, hormonas para los animales, uso de endulcorantes, saborizantes, conservadores y alimentos ultra procesados. Es decir, Juana al igual que muchos de los pobladores de Quialana encuentra en el origen de los alimentos, una de las principales causas de la aparición o agravamiento de las enfermedades, entre ellas la diabetes y el cáncer.

Estos fragmentos, ponen sobre la reflexión elementos que algunos de los profesionales ya cuestionaban, especialmente, aquellos profesionales que eran originarios de comunidades indígenas, o que descendían directamente de familias de pueblos originarios,

quienes no hablaban de la dieta como factor proclive de enfermedades, sino del origen de producción como la principal causa de morbi-mortalidad.

A este respecto, se observa cómo el mito de la modernidad se devela en estos discursos, porque el concepto de “modernidad” se representa en el avance y desarrollo de los pueblos (Lander, 2000; Mignolo 2010). No obstante, estas comunidades al estar siempre inmersas en la marginación, pobreza y exclusión, han sido testigos y observadores externos de los cambios que dicha modernidad ha producido en las zonas urbanas, y de cómo estos cambios un tanto atrazados para ellos, han alcanzado a la comunidad y han modificado los cuerpos de las personas, quienes ahora enferman de cosas que antes no existían.

En este tenor, se puede decir que las comunidades indígenas como Quialana han estado sumergidas en un antes, un ahora y un después al mismo tiempo, tal como lo refiere Mignolo (2010), debido a que ellos viven en una época moderna, sin nunca haber sido modernos. Son testigos de los estragos que esta crisis ha traído a la humanidad, sin poder hacerles entender a las personas que la misma crisis es el capitalismo moderno; viven una época en la que apreciaron como este humo de la modernidad fue entrando a su comunidad, pero no en forma de desarrollo, sino en forma de trueque: 1) llevándose sus recursos naturales como el agua y dejando bebidas azucaradas para alimentar la sed, 2) ofreciéndoles trabajo, pero contaminando sus tierras y alimentos y 3) erradicando los problemas de desnutrición, pero dejando enfermedades metabólicas por el alto consumo de azúcares, que incluso, se pueden adquirir en los desayunos escolares que el gobierno ofreció a los niños, tal como lo describe Juana.

En este sentido, Eleuterio (30-40 años) también observa que las enfermedades de antes eran más mortales que las de ahora. No obstante, él no hace referencia a las causas de estas transformaciones, sin embargo, en sus **RS persiste el imaginario** de las grandes

epidemias de sarampión, rubeola, parotiditis, tosferina, tétanos, gripes, diarreas, desnutrición, muerte materna que afectaban a la comunidad con estadísticas altas de mortalidad, debido a que morían más personas en poco tiempo, por tanto, el impacto visual y de conocimiento era más significativo.

“No, pues no, porque antes las enfermedades son casi más mortales” (Fragmento entrevista Eleuterio).

Desde esta perspectiva, para Eleuterio las enfermedades de antes eran más mortales, y en efecto tiene razón, porque con la llegada de las vacunas, el uso de antibióticos y los conocimientos de la obstetricia se logró disminuir la mortalidad en la comunidad. Sin embargo, como lo señalaba Carlos y Juana, las enfermedades de ahora son más graves porque las personas duran más tiempo con la enfermedad, las cuales va consumiendo el cuerpo de las mismas.

No obstante, cobra relevancia que las personas de la comunidad reconocen que los conocimientos de la medicina occidental produjeron transformaciones positivas en el pueblo, porque muchas de las enfermedades desaparecieron o disminuyeron su gravedad. En esta línea, Doña Basilia refería en una conversación que se tuvo con ella, que las vacunas era uno de los principales inventos que la comunidad agradecía, porque a pesar que los vacunaron con actos muy violentos, ellos dieron cuenta del impacto que éstas tuvieron en los niños, por tanto, ahora ellos ya creen y aprecian las vacunas.

Asimismo, Don Mario, un integrante de la comunidad con el que se tuvo una conversación, refería que los medicamentos tienen un efecto más rápido que las plantas, por tanto, actúan más rápido sobre las infecciones. Esto no quiere decir que las plantas medicinales no sean efectivas, sino que, por el contrario, las plantas tienden a hacer efectos con más lentitud, por consiguiente, frente a las grandes epidemias que se dieron en el pasado,

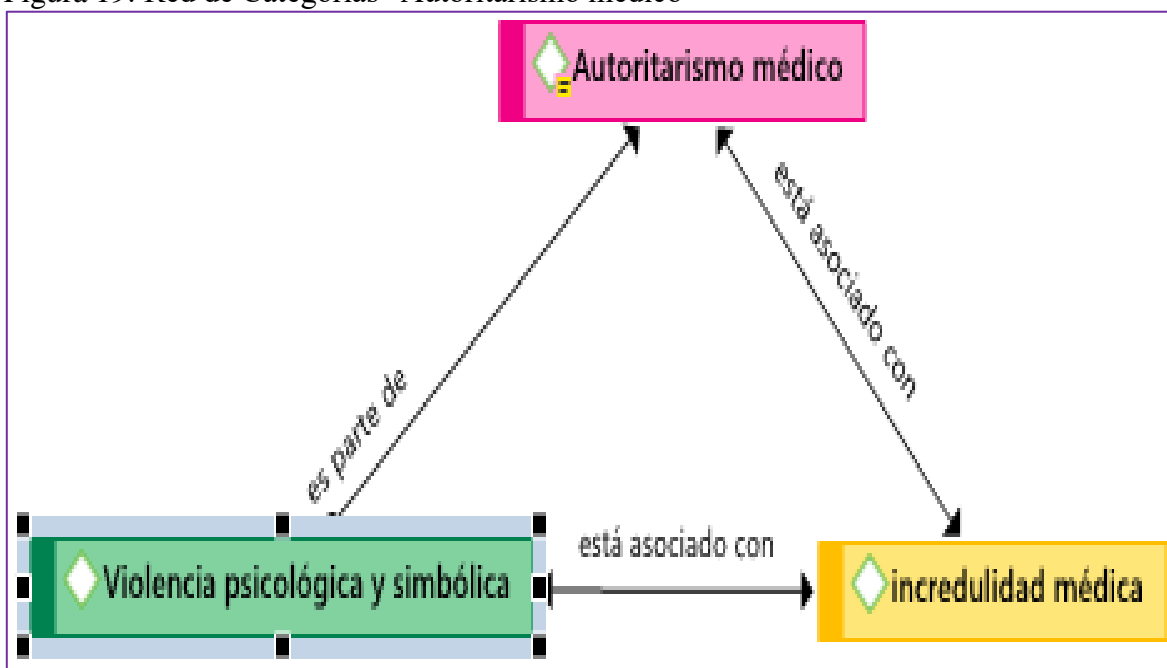
la capacidad de contagio era mayor y las plantas actuaban con lentitud, por ello, el efecto positivo de los medicamentos se puede leer en su rapidez de acción.

No obstante, esta pandemia y muchas de las que ha habido, dejan claro que las personas siguen curándose con la medicina tradicional, porque los servicios de salud siguen sin cubrir a las zonas indígenas, por tanto, el derecho a la atención de la salud, sólo la encuentran alcanzable y digna en el uso de sus saberes, sin que esto demerite la importancia de la medicina occidental (Navarrete, 2006).

Con respecto a los saberes ancestrales, Doña Basilia (90 años) refiere que las enfermedades son las mismas, empero, las formas y técnicas para abordarlas son diferentes. Entre estos cambios, ella refiere que una de las técnicas más usuales por los médicos tradicionales era el masaje, y que ahora ya no se utiliza, porque actualmente todo mundo acude al doctor. A este respecto, podemos observar que su esquema de **representaciones** se teje sobre la enfermedad que más afectaba a las mujeres cuando ella era joven, es decir, la hernia, la cual se curaba con masajes y no con cirugías, por consiguiente, esta transformación desde el masaje al procedimiento quirúrgico, ha sido uno de los mayores impactos simbólicos que Doña Basilia reconoce.

“Si, es igual, son las mismas que antes namás ahora ya no se soban así, ya puro el doctor, puro el doctor, pero antes así lo soban” (Fragmento entrevista Basilia).

Figura 19: Red de Categorías “Autoritarismo médico”



Al igual que los profesionales de la salud, las personas de Quialana manifiestan en sus entrevistas sobre el autoritarismo y poder médico que impera en las consultas, en el sistema de salud y en la interacción entre usuarios y profesionales. A este respecto, Doña Basilia refiere que los médicos, en principio, cuando ellas se acercan a los sistemas de salud, éstos no les creen cuando ellas expresan que sus hijos o ellas están presentando algún malestar.

“Ay señora, por qué no trajiste luego en cuanto empezó a enfermar, señor, le dije, si vine aquí muchas veces pero dicen que no tiene nada, en dónde fuiste me dijo [I: ajá, es que ella ya había ido antes y le decían que no tenía nada, que estaba bien, entonces le dijeron pero con quién fuiste, entonces ya ella le dijo, pues aquí, entonces el médico le dijo que lo llevara con quien había ido, pues como no había tanto personal como ahora, pues lo llevo y ella señaló dónde y quién la habían atendido, entonces la empezó a regañar] y empezaron a regañar bastante, creo hasta sacaron porque no hablan” (Fragmento entrevista Basilia).

A este respecto, se observa una violencia del paternalismo y androcentrismo médico que se refleja en la falta de credibilidad en los usuarios, y principalmente, en las personas de origen indígena, a quienes se les restringe sobre la libertad y soberanía para decidir, se les

minimiza por considerarlos legos e incapacitadas para entender el razonamiento y decisiones de los médicos como autoridad física y moral sobre la salud y la persona (Castro, 2005).

Este carácter de autoridad física y moral del personal de salud, les ha condicionado un **imaginario** de autoridad paternal sobre las personas, incluso, para atribuirse el permiso de violentar psicológica y simbólicamente a las personas por el hecho de haber enfermado, de oponerse a la norma y autoridad médica, por producir el desorden social y por denunciar las deficiencias y negligencias del propio sistema de salud; sobre todo, se ve que, esta violencia se ve más exacerbada a través de una mirada racializada, clasista y patriarcal de los profesionales de la salud.

Asimismo, Juana y Jorge hablan de las violencias institucionales que ejercen los profesionales como autoridad del centro de salud. A partir de estas entrevistas, podemos ver cómo las autoridades médicas obligan a los pacientes a realizarse ciertos procedimientos, estudios o consultas con determinados especialistas con quienes ellos tienen ciertos convenios, lo cual aumenta su capital económico y social (Bourdieu, 2000).

“Luego un buen tiempo que estuvo una doctora que solo aceptaba los ultrasonidos del Dr. Pedro. Nos recomendaba con el Dr. Pedro, y sí no te hacías los estudios con el Dr. Pedro, ya sea de sangre o de ultrasonido, entonces sí no te los hacías con el Dr. Pedro, no era válido pues, y pues ya ahorita que se salió, ya la gente va un poquito más, pero fíjese cuánto cobra el Dr. Pedro, cobraba más que otros médicos en Tlacolula. Era el que más caro cobraba en Tlacolula. Y había otros que sí te hacían el ultrasonido y te cobraban menos, pero no lo aceptaban aquí en la clínica. Entonces, mi mamá decía en ese entonces pues hay que ir con el Dr. Pedro, porque ya con ultrasonido ya te hace una consulta general” (Fragmento entrevista Juana).

“Pero lo que sí sé, es que la doctora que estaba antes en el centro de salud maltrataba a la gente y por ello las personas no iban. Pues ahora ya tenemos otra doctora nueva y pienso que ella si atenderá bien a las personas” (Fragmento entrevista Jorge).

Con base en estos fragmentos de entrevista, se observa que el derecho a la salud no se garantiza a las personas desde las instituciones debido a una crisis estructural, pero también por el ejercicio de autoritarismo y poder médico que obliga a las personas en condición de vulnerabilidad y libertad coartada, a tomar decisiones sobre su cuerpo y salud, las cuales no

son compatibles con sus significados, representaciones, recursos económicos, redes de apoyo y pertinencia cultural, sin embargo, el abstenerse a realizar las indicaciones de las autoridades médicas les puede costar el acceso y derecho a la salud (Castro, 2005).

Esto último nos permite replantear el acceso desigual a los sistemas de salud, en cuanto a crisis estructural y patrimonial, pero también pensando la desigualdad en términos de ciudadanía dignas de atención, en privilegios otorgados al saber occidental, al conocimiento científico y al sujeto de derechos de dicha posición y poder, porque a pesar que las brechas de acceso al sistema de salud se han disminuido, el trato justo, ético y digno a las personas de las comunidades indígenas todavía se concibe lejano, porque en las RS de los profesionales todavía se les percibe a estas personas como subalternos, iletrados, legos e incapaces de entender otras formas de razonamiento.

En tanto que, para las personas de la comunidad, el trato desigual, excluyente, discriminatorio y opresor del sistema de salud, ha construido un imaginario de incredulidad, autoritarismo, desconocimiento, incongruencia, incertidumbre y desconfianza hacia los profesionales y sistema de salud que no atiende sus necesidades, en contraparte, los juzga, recrimina y violenta por haber perdido el equilibrio de su cuerpo.



Fuente: Recuperación de saberes. Mijangos, F.K., 2020.

V.- DISCUSIONES

Primera fase: análisis procesual

Atendiendo al concepto de representaciones sociales sobre ENFERMEDAD y SALUD en profesionales de la salud y usuarios indígenas zapotecas de Quialana Oaxaca, se parte de una primera aproximación al significado y sentido común de estas RS a través del análisis procesual.

Dentro de este análisis de contenido de las respuestas dadas por las personas en la técnica de los listados libres, se destaca que las categorías entre ambos agentes se insertan en los mismos conceptos: conocimientos biomédicos sobre enfermedad y/o salud, emociones y espiritualidad, procesos somáticos, aspectos culturales, hábitos y desigualdades sociales; sin embargo, el significado y subjetividad que se teje en cada una de las categorías desde los diversos actores implícitos en esta investigación, no poseen la misma objetividad y anclaje de sentido. Tal y como señala Durkheim, las representaciones sociales y colectivas condensan esta forma de pensamiento social sobre los términos de enfermedad y salud, y es esta realidad dotada de valores, normas, creencias y mitos, la que impregna la forma de pensamiento y actuar del resto de los integrantes de dicha sociedad (Piña, 2004). Por tanto, pese a que las categorías *sui generis* en concepto pertenezcan a la misma familia, los significados atribuidos por sus miembros adquieren diversos puntos de convergencia y divergencia; y justo ahí es donde vamos a guiar esta primera discusión. A continuación, se muestra en la tabla 20 los principales puntos de encuentro y desencuentro de dichas representaciones sociales.

Tabla 20: Divergencias entre RS sobre Enfermedad

Categoría	Profesionales de salud	Usuarios indígenas Quialana
Conocimientos biomédicos	Hacen referencia al sistema de salud como el único y posible acceso a la atención de la enfermedad de las	Los usuarios de Quialana asocian fuertemente el concepto de enfermedad a un componente de

sobre enfermedades	personas, es así que éstos comprenden en su representación aspectos que se relacionan con la atención biomédica, desde el personal de salud hasta los instrumentos que emplean para la atención de la enfermedad. Asimismo, ellos consideran que la enfermedad surge por la falta del correcto seguimiento de las personas a las indicaciones de promoción de la salud, así como a las indicaciones para el manejo de la enfermedad.	carácter biomédico, sin embargo, ellos no lo miran como un único posible acceso a la atención de la enfermedad, sino más bien ellos hacen mención de estos procesos biomédicos haciendo referencia a las indicaciones y tipos de tratamientos que se derivan de este modelo de atención, tales como el empleo de medicamentos, inyecciones, vacunas, hospital, personal de salud e instrucciones.
Emociones y espiritualidad	Los profesionales de la salud consideran que la enfermedad altera el estado emocional como un todo, sin embargo, ellos observan en la enfermedad un componente negativo de emociones y efectos que se incorpora a sus cuerpos que ya adolecen físicamente por la enfermedad.	Los usuarios de Quialana además que consideran que la enfermedad produce un estado emocional alterado y en general un desequilibrio de todo su entorno, ellos también reconocen que la enfermedad es transformación o transición de la persona, porque también representan a la enfermedad como un proceso que ha de ser superado para lograr una auto_superación. Dentro de este esquema de representación, ellos reconocen a la familia como un componente que está y debe estar presente para la superación y afrontamiento de la enfermedad. Asimismo, ellos consideran que se debe gozar ampliamente la vida cuando se goza de salud.
Procesos somáticos	Los profesionales de la salud hablan de todos los signos y síntomas que pueden ser indicio de algunas enfermedades, por tanto, al hablar del concepto de enfermedad inmediatamente lo relacionaban a estos procesos somatizados.	Los usuarios de Quialana relacionan el concepto de enfermedad a signos y síntomas muy característicos de las enfermedades que más afectan a su comunidad, tales como gripa, diabetes, hipertensión y cáncer.
Desigualdades sociales	Con respecto a esta categoría, los profesionales de la salud reconocen a la pobreza como un elemento generador de enfermedades, pero también la miran como un proceso estático e individualizado de la propia condición de las personas de las comunidades indígenas y/o rurales. Es decir, ellos dentro de sus respuestas no relacionan a la pobreza como una consecuencia de la falla de todo un sistema más amplio. También en esta relación de la pobreza con la enfermedad, ellos refieren que la	En general, los usuarios de Quialana reconocen que existe una carencia económica en la comunidad, por tanto, esta condición precaria les impide realizarse revisiones médicas constantes, debido a que ellos necesitan acudir a consultorios u hospitales privados, o fuera de la comunidad para poder atender su cuerpo que está atravesando por un proceso de enfermedad.

	<p>pobreza hace menos improductivas a las personas. Por otro lado, el analfabetismo de estas poblaciones también lo asocian con un bajo apego a los tratamientos e indicaciones médicas, todo ello dado por un “coeficiente cognoscitivo menor o ignorancia”.</p>	
Aspectos culturales	<p>Los profesionales de la salud encuentran en las ideas, costumbres o creencias y machismo de las personas, un riesgo para perder la salud. Ellos a través de sus respuestas manifiestan que las personas muestran una renuencia a la consejería médica debido a todos estos componentes culturales de las personas, los cuales les impide tener ese acercamiento a los sistemas de salud. Asimismo, ellos también consideran que la falta de higiene y la escases de actividades de limpieza en las personas está dada por su condición cultural y étnica.</p>	<p>Los usuarios de Quialana manifiestan un ejercicio de reflexividad sobre el origen de las enfermedades, es decir, ellos observan que en la modernidad han surgido múltiples enfermedades que son incurables, tal es el caso del cáncer. Empero, también consideran que múltiples enfermedades pudieron haber sido producidas y devenidas por el gobierno y propiamente por las economías mundiales. Otro de los aspectos que se enmarcan en los aspectos culturales de la propia comunidad es la relación de las enfermedades con la cosmovisión del equilibrio entre lo frío y lo caliente, así como la interrelación con el entorno como un todo. Finalmente, uno de los aspectos que destacan de la RS de enfermedad es la fuerte asociación que existe entre la condición de ser viejo o adulto mayor y ser enfermo.</p>
Hábitos	<p>La principal RS de enfermedad en los profesionales de la salud versa sobre este término, en la que tienden a categorizar el concepto de “hábitos buenos” a partir de la construcción del modelo biomédico, en este sentido, todas las “prácticas equivocadas” que miran en los usuarios son aquellas que no se apegan estrictamente al modelo biomédico, tal es el caso de la falta de tiempo para la prevención, la falta de apego a las indicaciones médicas y aplicación de vacunas. Sin embargo, en esta construcción no mencionan hábitos que tengan más pertinencia cultural.</p>	<p>Dentro de la construcción de los hábitos que ellos consideran han modificado los estilos de vida y enfermedad de las personas de Quialana, se derivan de una transformación de la alimentación no natural a una procesada o insana, y justo, ellos consideran que son los jóvenes del pueblo quienes han transformado estas prácticas o hábitos. Sin embargo, ellos reconocen que se ha perdido el compromiso de las personas para el autocuidado y el cuidado de los otros y del entorno. Asimismo, ellos consideran que existe una disminución de las personas para realizarse revisiones/chequeos o atención médica.</p>

Tabla 21: Convergencias entre RS sobre Salud

Categoría	Profesionales de salud	Usuarios indígenas Quialana
Procesos biomédicos	Los profesionales de la salud consideran al hospital, personal médico y de psicología y todos los procesos que de ellos se derivan como la única alternativa para conseguir la salud. Por tanto, la educación para la salud, los tratamientos, las valoraciones constantes, el diagnóstico, así como toda la medicina preventiva debe ser un componente esencial para que las personas logren gozar de la salud. Finalmente, ellos consideran que una adecuada adherencia al tratamiento indicado por los médicos puede permear la salud de las personas.	Los usuarios de Quialana observan a la salud como lo opuesto a la enfermedad, por tanto, también observan que la enfermedad conlleva a asistir a la clínica, visitar a los médicos y/o doctores, quienes darán como principal tratamiento los medicamentos, indicar algunos análisis o incluso la hospitalización, si es necesario.
Procesos somáticos	Los profesionales de la salud consideran que la salud va a estar relacionado con la adecuada funcionalidad del cuerpo humano desde un concepto más mecanicista, es decir, un cuerpo que posee un adecuado bienestar físico, cognoscitiva y emocional. Asimismo, un cuerpo saludable se manifiesta como un cuerpo que está en movimiento y funcionando, por tanto, no está enfermo. A diferencia de las personas de Quialana quienes miran a la vejez como una fuerte asociación de la enfermedad, los profesionales observan que la salud está representada por la longevidad.	Los usuarios de Quialana se basan en la cosmovisión del buen vivir, por tanto, refieren que la salud es simplemente estar sano o saludable, estar bien, tener buena salud, sentirse bien, tener ganas de vivir, trabajar, luchar. Por ende, un cuerpo sano no sentirá tristeza, tendrá deseos y energía para trabajar, tendrá buen apetito. Asimismo, estará libre de enfermedades como diabetes, cáncer e hipertensión.
Hábitos	Los profesionales consideran que la salud se consigue cuando se tiene un adecuado equilibrio entre las dimensiones física, mental, social y psicológica. Principalmente ellos se enfocan en el equilibrio de la persona para mantener una alimentación/dieta adecuada, un régimen de ejercicio para la pérdida de peso, para mantener un índice de masa corporal adecuado a la complexión de la persona, así como para mantener la mente activa y la recreación. Igualmente, los profesionales consideran que la falta de hábitos higiénicos y de limpieza es lo que hace perder la salud de las personas, pero principalmente ese	Los usuarios de Quialana a diferencia de los profesionales hablan desde su propio cuerpo, ellos refieren que la salud se consigue con el hecho de “comer bien” que comprende el consumo de verduras y alimentos sanos libres de químicos y aguas negras, así como comer lo que se desee y antoje desde este concepto de buen vivir, así mismo, incluye comer siempre a horas determinadas y cuando el cuerpo ya lo necesite evitando así mal pasadas, mantener hidratado al cuerpo, hacer prácticas que no lastimen al cuerpo, hacer ejercicio. En general, se trata de hábitos que vayan enfocados a cuidar al organismo, al entorno, las

	<p>descuido de las personas para cuidarse, para apearse al tratamiento, así como el desinterés, falta de disciplina y orden para seguir las indicaciones médicas. Asimismo, ellos hablan de esta falta de compromiso de las personas para vacunarse, controlar la fauna nociva, para eliminar correctamente la basura, así como para la prevención de accidentes. Finalmente, ellos esperan que las personas que gozan de salud deben tener una buena higiene del sueño y no tener ninguna discapacidad, por tanto, todo implica una autorresponsabilidad.</p>	<p>plantas y al aire. Ellos a diferencia de los profesionales, también incluyen la adecuada eliminación de la basura para evitar las bacterias, pero no como un hábito que no representa ningún interés para ellos, sino que a través de esta acción o hábito ellos logran mantener la salud del ambiente y de la persona. Asimismo, ellos tratan el tema de la prevención de enfermedades, en este sentido, también señalan que es la juventud la que expone más su salud, sobre todo cuando se expone a sustancias peligrosas.</p>
Emociones y espiritualidad	<p>Los profesionales de la salud, comienzan por señalar que la salud es el completo estado de bienestar, social, mental, físico y espiritual, por tanto, ellos hablan de un estado anímico adecuado, una buena actitud, vivir sin conflictos y en convivencia, en armonía y funcionalidad. Asimismo, ellos hablan y reconocen la espiritualidad en relación directa con la religión, para evitar procesos de depresión, mejorar tu autoestima y amor. Finalmente, ellos representan a la familia como un elemento para tener salud, sin embargo, ellos hacen referencia a la familia nuclear como aquella que te da motivación, valores y hábitos.</p>	<p>Las personas de Quialana representan a la salud dentro del concepto del buen vivir que va más enfocado a ver la vida y la salud como una cosa buena y como una fiesta que se ha de festejar, brindar, agradecer a Dios, sentir alegría, tranquilidad, paz interna, con mucho ánimo. En general, la salud es estar bien, porque la salud es lo primero, lo más importante, la salud por sí misma te da prosperidad, vives sin preocupaciones, sin temores, te sientes confiado, unido a la familia y a ti mismo. Tener salud es ser libre para salir, trabajar y disfrutar</p>
Aspectos culturales	<p>Los profesionales de la salud no tratan el tema de los aspectos culturales como algo que pueda estar relacionado con la salud.</p>	<p>Los usuarios de Quialana siguen manifestando que la salud se logra cuando existe un equilibrio del cuerpo, las emociones con el entorno, porque conciben al cuerpo de las personas como una parte que se integra al ambiente y por tanto debe adaptarse a él. Por tanto, ellos sienten un profundo respeto a los cambios temporales, de los cuales deben cuidarse, específicamente del frío, el cual puede afectar su salud.</p>

Con respecto a los aspectos divergentes de las RS entre los agentes de investigación, podemos observar que, dentro de las representaciones de los profesionales de la salud, aún persiste el

imaginario de la clínica y/o hospital como el lugar geocéntrico e idóneo para atender a la persona que pasa por un proceso de enfermedad y/o reestablecer la salud. Estas representaciones de la clínica como institución de poder, es lo que Foucault (1996) señalaba como un autoritarismo médico, es decir, la medicina desea tener el dominio de los cuerpos y las personas enfermas, o no. Por tanto, la clínica se convierte en ese dispositivo en donde se puede vigilar, controlar y castigar a los cuerpos.

Es así como este etnocentrismo médico que permea en el siglo XXI, y que existe interiorizado, internalizado e incorporado en las personas que ejercen la medicina u otra rama de la salud, permite que éstos atribuyan que la enfermedad deviene cuando las personas no acuden a este centro de control, orden, vigilancia y castigo para no seguir los principios de heteronormatividad y hegemonía médica, por ende, la salud solo se consigue cuando estás en constante interacción con este sistema médico.

A diferencia de los profesionales, las personas de Quialana también se ven entremezclados y atravesados por las creencias y doctrinas filosóficas de la medicina occidental y la tradicional, sin embargo, éstos no miran al sistema biomédico como el único modo posible para acceder a la salud, pero sí reconocen que es el único modelo que prevalece desde la aceptación, reconocimiento y legitimidad social, política, económica y científica. Por tanto, ellos en sus representaciones de la enfermedad y la salud, lo asocian con un componente que puede ser más “científico” y “racional”. Esto deviene como lo señala Walter Mignolo por la colonialidad del poder de un campo disciplinar sobre una minoría indígena, la cual ha transitado por un imaginario y estereotipo social de irracionalidad, magia, misticismo e ignorancia.

En este sentido, Martínez (2011) a partir de los resultados del trabajo etnográfico de Malinowski, observa que la visión del individuo primitivo y posteriormente indígena, se

corresponde con una culpabilización de sus propios errores y supersticiones, entre las cuales se incluyen los conocimientos y prácticas sobre la enfermedad y la salud. Por tanto, el mismo autor reflexiona sobre la trascendencia o contaminación que tiene este pensamiento médico científico en el conocimiento y prácticas de las tribus indígenas. Por ende, las comunidades indígenas no es que favorezcan las praxis médicas sobre sus conocimientos, sino que ellos se ven afectados por este carácter de racionalidad versus pseudo-conocimiento que ha colonizado su propio pensamiento y forma de actuar, sin embargo, en su imaginario persiste el uso medicalizado de los procedimientos médicos, así como las instrucciones que se derivan desde una autoridad que el sistema hegemónico legitima (Foucault, 1996).

La categoría de procesos somáticos se encuentra muy anclada al enfoque biomédico y mecanicista del cuerpo, la enfermedad y la salud. Desde esta perspectiva, los profesionales de la salud conciben a la enfermedad a partir de los signos y síntomas heteronormados y contruidos para clasificar a las personas dentro de los procesos de enfermedad, así como señala Gómez y Palacios (2009) el modelo hegemónico biomédico transmite determinadas formas de pensar e intervenir sobre las enfermedades y los enfermos. Por tanto, los signos y síntomas se convierten en el instrumento principal de medición.

En este sentido, como refiere Menéndez (1998), la salud va a representarse como el buen funcionamiento de esa máquina denominada cuerpo, y que también estas funciones se insertan en el orden y mantenimiento del sistema capitalista y de productividad. Es así que Menéndez (1998) observa una metamorfosis del sistema capitalista en la práctica médica, la cual reproduce el sistema en la vida cotidiana de las personas, por ende, el buen funcionamiento del cuerpo corresponde con el buen funcionamiento y reproducción del sistema dominante.

Asimismo, los usuarios de Quialana también relacionan las enfermedades con diversos signos y síntomas, empero, ellos identifican las principales manifestaciones de las enfermedades que afectan a las personas de su comunidad. Es relevante, poder señalar que la diabetes aparece como una de las enfermedades más enunciadas entre los pobladores, quizás como refiere Torres (2001) las representaciones de la diabetes se relacionan con este proceso en el que la sangre se contamina de azúcar para y por siempre, todo ello devenido de un tipo de coraje o “*muina*” que va afectando las articulaciones, los huesos y en general recorre todo el cuerpo para no irse jamás del mismo. Empero, también se considera que fue una de las enfermedades más reconocidas, porque también representa la enfermedad que más temor puede causar entre los pobladores.

Por otro lado, la salud para los pobladores de Quialana no presenta un componente monocultural de racionalidad como la ciencia médica. En esta perspectiva Clements (1932) señala que las creencias de las culturas primitivas sobre la enfermedad y salud radicaba en torno a cinco categorías: la brujería, intrusión de un objeto, trasgresión de un tabú, intrusión de un espíritu y pérdida del alma (Hernández, 2011). En esta línea, la salud se concibe desde el equilibrio del ser con todos estos elementos y desde la armonía y paz del hombre con las deidades, con las emociones y con todos los seres de la tierra. Es un componente de “buen vivir” que te permite estar, pensar y sentirte bien con todos y entre todos.

En relación con las emociones y la espiritualidad, los profesionales de la salud encuentran un componente de la enfermedad que se relaciona con aspectos más subjetivos, los cuales se ven afectados por todo el proceso de enfermedad que se interrelaciona con otras dimensiones del ser. Sin embargo, en todas las representaciones emocionales de la enfermedad, éstos solo perciben en su imaginario emociones negativas que se desplazan por el cuerpo de la persona. Hasta aquí coincidimos con Vega (2002) quien afirma que la

definición de salud de la OMS, pareciera resaltar el placer corporal que experimentan las personas en un momento dado, es como si la persona y la vida sana sólo se bastaran con momentos cortos de tiempo y espacio de felicidad, por tanto, una emoción negativa no puede ser aceptada como un concepto que también forma parte de la salud.

En este sentido, como señala Maldonado (2017) en los profesionales de la salud se desprende una mirada unívoca, morfológica, homogénea y universalista del aspecto corporal, por tanto, estos profesionales manifiestan un *habitus* incorporado de malestar cultural al mirar un cuerpo enfermo, y esto lo hacen a través de emociones construidas y gestionadas desde el campo de la salud. En consecuencia, los profesionales de la salud experimentan emociones negativas que en muchas ocasiones habrán de subsumir en la práctica, pero no en el inconsciente. Es por ello, que en el imaginario del mismo aún persiste la ideología de culpar a la persona por enfermar.

Llama la atención que los profesionales representan a la salud como un estado de espiritualidad que debe ser buscado y llenado por la persona, sin embargo, la espiritualidad que ellos conciben surge y se inserta en la propia religión. No es menester que, ellos nombran a la familia como un componente que debe estar presente para tener salud, no obstante, la familia que ellos mencionan es la nuclear y/o tradicional, desde la cual se desprenderán los valores, la moral y el cuidado de los miembros.

Aquí retomamos a Good (1994) quien señala que los diversos paradigmas científicos incluyendo el biomédico, se entienden desde una epistemología fundamentalista que rigen por discursos lógicos y religiosos, tal es el hecho de pensar que existe un solo Dios o una creencia única, es decir, desde esta epistemología se construye la idea de salud la cual emana de una familia tradicional, donde la mujer debe proveer los cuidados y la educación moral y

religiosa de los miembros de la familia, para que éstos estén en constante reconciliación con Dios y de esta forma puedan obtener la salvación, por ende la salud (Hernández, 2011)

En tanto, los indígenas de Quialana insertan el componente emocional como algo que está anclado al cuerpo y a la cosmovisión indígena, por tanto, la alteración del cuerpo afecta en el desequilibrio de éste y de éste con su permanencia y estar en el mundo. Por tanto, sorprende ver que para los indígenas de Quialana la enfermedad es la coyuntura en el tiempo que necesita la persona para trascender, es decir, la enfermedad crea un espacio que deberá ser superado por el individuo y la familia que adolecen y que los llevará a otros espacios de encuentros y desencuentros. Es así, que la superación de la enfermedad es vivir y gozar la vida.

Esta filosofía y ontología del ser desde la representación del mundo indígena de Quialana, se relaciona con lo que señala Austin (2014) que el cuerpo desde la cosmovisión indígena se convierte en el centro de las representaciones sociales del ser humano, desde él se construyen las percepciones, emociones, pensamientos, acciones y conocimientos, por tanto, se convierte en el centro de nuestras pasiones y acciones. En este sentido, no hay emociones negativas y positivas, solo existen emociones que acompañan la experiencia vital del cuerpo como centro de representación de la salud.

El componente cultural en las representaciones sociales de la enfermedad y la salud entre los profesionales de la salud, es un componente que siempre atraviesa horizontalmente por los conceptos e imaginarios de las RS. Es así que, los profesionales tal y como lo señala Dietz (2012) presentan una inconmensurabilidad en la comprensión e interpretación de la diversidad cultural, por ende, esta asimetría en la relación interpersonal, se refleja en la invisibilidad, des (legitimidad), discriminación y estigmatización de los grupos indígenas, atribuyendo que este componente cultural en su todo generalizado y que conforma el

conocimiento y ser del indígena, es por sí solo, la dimensión que recrea y reproduce la enfermedad entre estas otredades.

Cabe resaltar que la dualidad entre higiene y limpieza, desde el siglo XX cuando se demarca y desplaza la limpieza del conocimiento médico y la salud pasa a formar parte de la macroeconomía, es cuando el sistema de salud se convierte en un sistema de control y en una lucha de poder por la recuperación de la persona y la reproducción del sistema económico (Foucault, 1996). Es así que, la higiene paso a formar un elemento indispensable dentro de este sistema para la regulación de los cuerpos. Por tanto, esas representaciones siguen permeando en el pensamiento de los profesionales de la salud, como algo que debe ser estrictamente llevado a cabo por las personas, por ende, es algo que en el imaginario médico se opone inmanentemente con la pobreza y la salud.

Cabe resaltar que los profesionales de la salud encuentran en el sistema patriarcal, y específicamente en el machismo rural, una clave para la presencia de las enfermedades, sin embargo, los profesionales hablan del machismo desde su práctica médica que se ve limitada por la cultura de los hombres que no permiten la revisión clínica a las mujeres, o también porque muchos de ellos condicionan a las mujeres a no usar ningún tipo de método de planificación familiar. Empero, ellos observan en la cultura machista algo estático, inamovible y propio de las comunidades indígenas, dentro de las cuales se concibe, solo puede existir esta cultura particular.

En tanto, entre las personas de Quialana se concibe que la enfermedad se fundamenta y construye en la modernidad, tal como lo refiere Radcliffe Brown la enfermedad ofrece una pincelada impresionista entre las personas a través de las historias de las epidemias, por tanto, Radcliffe señalaba que las enfermedades ocupaban un lugar en la representación de las condiciones naturales externas de las culturas nativas o indígenas. Es decir, los indígenas

imaginan que las enfermedades devienen de esta inserción de los nativos al mundo moderno y como producto de esta fagocitosis eurocéntrica y colonizadora (en Hernández, 2011).

Es así que los usuarios de Quialana han aprendido a convivir con las enfermedades que han transitado por sus comunidades, pero que algunas todavía parecen invisibles para ellos, tal es el caso del cáncer. Asimismo, cobra relevancia esta visión de la enfermedad y la salud desde una dimensión más completa y amplia, por ejemplo, incluir el sistema económico y político de los países, el cual ha marcado la exclusión y marginación de sus comunidades de este sistema globalizado.

Dentro de estas representaciones de enfermedad y salud entre las comunidades indígenas aún persiste la cosmovisión del equilibrio entre el entorno, lo frío y caliente con relación al cuerpo, por tanto, entre los Quialanenses esta interrelación vive y permanece entre su imaginario de enfermedad y salud. Finalmente, los Quialanenses asocian fuertemente el concepto de adulto mayor con la condición de enfermar, de la pérdida de la fuerza, de la capacidad para trabajar y producir y de la pérdida de la vida en todo lo que ella engloba, falta de poder asistir a las celebraciones, la pérdida de las habilidades para bailar y gozar la vida.

Dentro de la categoría de hábitos, los profesionales de la salud siguen permeando sus ideas de “hábitos buenos” desde las concepciones del modelo biomédico. En este sentido Salaverry (2010) refiere que estos principios de la medicina se basan en aspectos biomédicos del cuerpo, disociando sus conocimientos sobre aspectos más sociales y culturales de las personas. Por tanto, a partir de estos marcos ideológicos o *habitus* incorporados de los profesionales sobre aspectos más físicos y desde este autoritarismo que la historia les ha conferido, es que ellos consideran que lo derivado de la medicina es lo único que puede ser nombrado como hábito bueno.

Asimismo, el imaginario de salud de los profesionales versa la inmunización de las personas, que esto tiene relación con lo que Foucault (1996) denominó como la medicina de la fuerza laboral, en la que se inmunizaba a las personas pobres para que pudieran seguir trabajando, además de evitar que éstas pudieran contagiar a la clase privilegiada de la sociedad. Y que esto va muy de la mano, cuando las personas de Quialana miran a la salud con un enfoque de fuerza para el trabajo, debido a que en su historia de vida siempre se le ha asociado al indígena como este ente para el trabajo, por tanto, sí éste enfermaba no podía reproducir su trabajo y por tanto no recibía una paga por el mismo.

En esta línea también podemos distinguir porque los profesionales de la salud, consideran que una persona saludable es aquella que se mantenga normal a partir del concepto de capacitismo (Maldonado, 2017).

Tabla 22: Convergencias entre RS sobre Enfermedad

Categoría	Profesionales de salud	Usuarios indígenas Quialana
Conocimientos biomédicos sobre enfermedades	Los profesionales de la salud reconocen que ellos son responsables de reestablecer la salud de las personas.	Los usuarios de Quialana refieren que cuando sufren procesos de enfermedad, normalmente acuden con los profesionales de la salud para que les den algún tratamiento a su enfermedad.
Emociones y espiritualidad	A pesar que los profesionales de la salud relacionan la enfermedad con emociones y afectaciones más “negativas”, también reconocen que la enfermedad crea entornos de unión y solidaridad entre las personas, sobre todo cuando la enfermedad crea procesos de aislamiento social.	Los usuarios de Quialana también consideran que existen procesos de enfermedad que requieren de aislamiento social. Sin embargo, la enfermedad conlleva a un proceso de unión familiar y de transformación.
Procesos somáticos	Ambos actores reconocen la presencia de la enfermedad a través de ciertos signos y síntomas de las personas.	
Desigualdades sociales	Los profesionales de la salud identifican que existe una baja cobertura de la atención médica, pese a que no pueden explicarla ampliamente, aceptan que muchas comunidades carecen de estos servicios de salud.	Los usuarios de Quialana cuando hacían referencia a los médicos, también señalaban que existe una escasez de este personal en la comunidad, por tanto, ellos frente a la enfermedad deben pagar un servicio

		privado que se localiza fuera del pueblo.
Aspectos culturales	No se encuentran puntos de convergencia en los aspectos culturales	
Hábitos	Los profesionales de la salud consideran que una mala alimentación conlleva a enfermedad. No obstante, la “buena alimentación” parte del concepto de dieta. Asimismo, los profesionales de la salud consideran que la falta de prevención puede conducir a procesos de enfermedad.	Los usuarios de Quialana consideran que la baja asistencia a revisiones y/o chequeos médicos puede ser la causa de la mayor incidencia de enfermedades. Asimismo, ellos reconocen que una alimentación no sana puede conllevar a procesos de enfermedad, solo que ellos engloban el concepto de alimentación sana desde el origen, producción y manejo y cuidado de los alimentos, es decir, aquellos alimentos que no son procesados.

Tabla 23: Convergencias entre RS sobre Salud

Categoría	Profesionales de salud	Usuarios indígenas Quialana
Procesos biomédicos	Los profesionales consideran que la salud puede conservarse a través de las estrategias de prevención, específicamente el diagnóstico y valoración constante.	Los usuarios de Quialana también consideran que el “ <i>chequeo</i> ” es imprescindible para corroborar que se tiene salud.
Procesos somáticos	Ambos agentes consideran que tener salud es no presentar ningún dolor físico o molestia. Asimismo, ambos agentes representan a la salud con tener fuerza o fortalecimiento físico y energía, es decir, gozar de una condición física adecuada.	
Hábitos	Ambos agentes consideran que un buen control de la basura conlleva a salud. Asimismo, para ambos el trabajo también es parte de los elementos que deben poseer las personas para tener salud, debido a que los profesionales y los usuarios lo miran como una motivación, da sustento económico y permite solventar los gastos y necesidades.	
Emociones y espiritualidad	Tanto para profesionales como para usuarios, la salud representa felicidad, sentirse contento, con entusiasmo y alegría. Empero también la salud es cuando la persona está en un estado completo de relajación.	
Aspectos culturales	No existen puntos de convergencia con aspectos más culturales de ambos agentes.	

Dentro de los elementos que se encontraron convergentes entre las representaciones sociales de ambos agentes, se destaca el valor, apreciación y autoridad de la medicina occidental dentro de estos territorios que también son indígenas, sin embargo, como ya se mencionó en el apartado de arriba, muchos de estos imaginarios se derivan de la legitimidad

que este sistema biomédico tiene dentro de los espacios territoriales desde el siglo XIX (Foucault, 1996). Asimismo, el concepto de prevención o chequeo como una acción para la salud desde ambos agentes, se percibe a partir de los orígenes de la medicina laboral como una actividad que obligaba a las personas a realizarla para mantener su control como trabajadores aptos para realizar sus funciones. Por tanto, ese imaginario aún se interpreta y reproduce entre ambos actores de la representación.

Algo que resalta en las RS de enfermedad tanto de profesionales de la salud, como de usuarios de Quialana es el carácter de unión y solidaridad familiar y social que se genera por los procesos de enfermedad. Estas concepciones como refiere Hernández (2011) no han sido contaminadas por procesos colonizadores. No obstante, estas representaciones en el caso de los profesionales no están insertas en su lenguaje de enunciación y promoción de la salud, sino que vive interiorizado en su conocimiento global y corporal de enfermedad.

En el caso de las representaciones de la salud desde la categoría de los procesos somáticos, ambos actores reconocen que un cuerpo sano es aquel que no manifiesta ningún dolor o malestar, además se observa como un cuerpo funcional y trabajando, desde esta representación del cuerpo como máquina (Menéndez, 1998).

Asimismo, en la RS de ambos actores se desprende el concepto de desigualdades sociales que son un claro ejemplo de la falta de cobertura y acceso de las personas al sistema de salud occidental. Aunque para los profesionales no es un concepto anclado a su conocimiento formal de salud, reconocen a través de su práctica y experiencia, la cual se ha incorporado a su *habitus* y capital de conocimiento médico, que las fronteras geoterritoriales, la falta de recursos humanos, materiales y económicos impide que muchas personas puedan cubrir su salud como un derecho humano. Por tanto, como señala Bourdieu (2000) los *habitus* se van de (construyendo) a partir de esas interacciones intersubjetivas, las

cuales van transformado las representaciones tradicionales de los mismos, y estas representaciones van conformando un nuevo *habitus* de salud y enfermedad.

Uno de los principales puntos de encuentro entre ambos campos del conocimiento es que un hábito que trascienda en el consumo de una “buena” alimentación, permitirá que las personas eviten enfermar, sin embargo, el concepto de alimentación entre ambos agentes difiere mucho en su concepción y definición. Para el caso de los profesionales, la alimentación se deriva de una construcción más objetiva y cuantificable y que se asocia con el término de dieta, en tanto, para los usuarios de Quialana, la alimentación “sana” va más enfocada a la producción de los alimentos desde la casa, en donde se le puede cuidar, regar y fortalecer a través de un contacto más allá de lo material, es decir, se fortalece una interacción con la naturaleza que habrá de proveer al ser humano de alimentos sanos para mantener al cuerpo sano. En este sentido, la sanidad se construye desde la producción e interacción con el alimento, la cual se fortalece con cada cuidado que el indígena le concede. Así, cuando el alimento entra en contacto con el cuerpo de la persona, ya estos se conocían y se reconocen en sus necesidades y formas habitables de sanación.

Finalmente, tanto profesionales de la salud como usuarios de Quialana coinciden en que la salud se manifiesta como un estado de felicidad, sentirse contentos, con entusiasmo, alegría y mucha relajación. Aquí es donde vemos que las categorías heteronormadas sobre el concepto de salud, se anteponen con esta dualidad de las emociones, sensaciones y sentimientos que las personas experimentan, construyen, interiorizan y anclan a un sistema de representación colectivo de salud (Moscovici, 1986).

Segunda fase: análisis socio hermenéutico

Figura 20 y 21: RS Profesionales de la Salud/Usuarios de Quialana

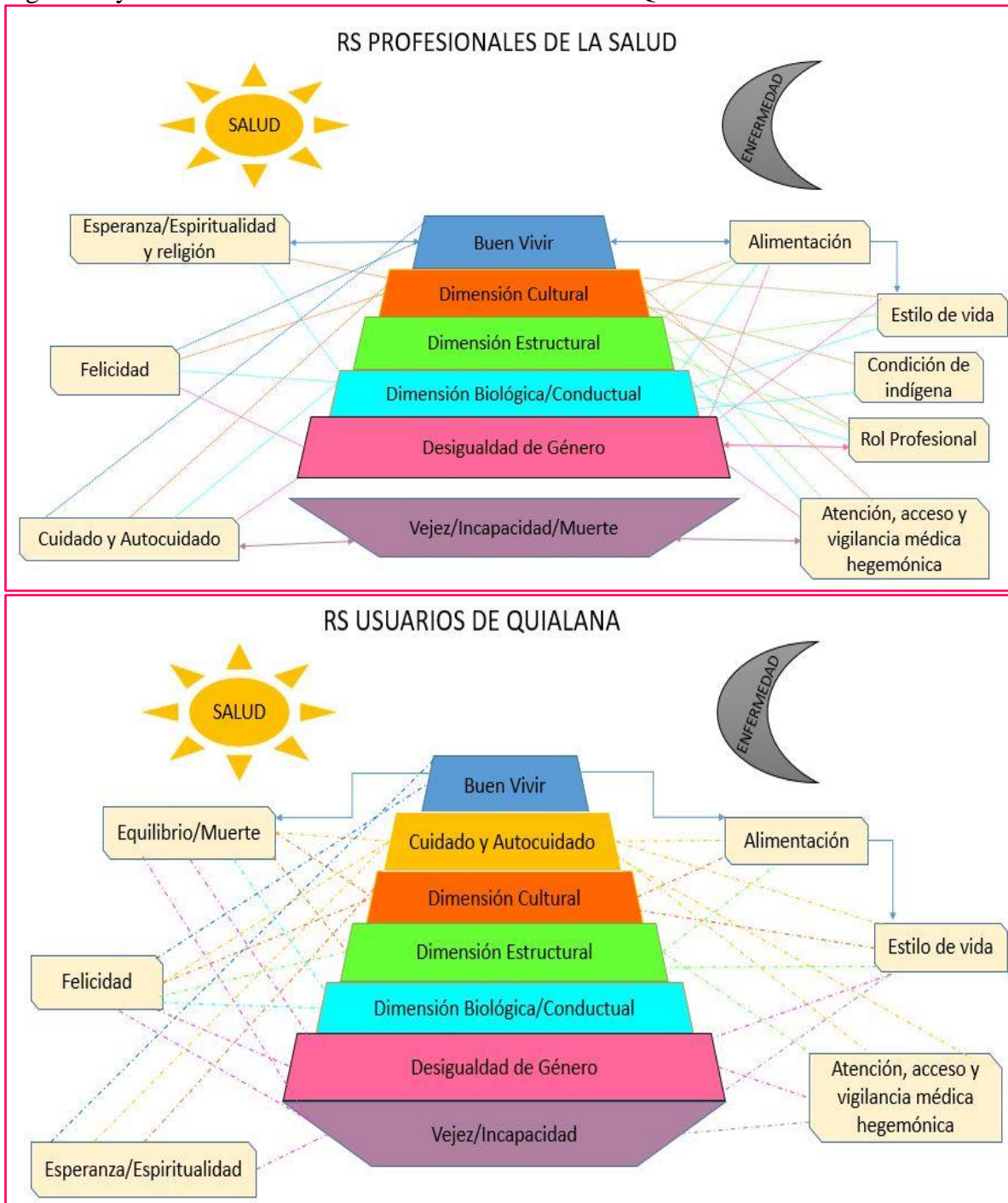


Tabla 24 Y 25 Divergencias y Convergencias en las Representaciones Sociales

DIVERGENCIAS Y CONVERGENCIAS ENFERMEDAD	PROFESIONALES DE LA SALUD	USUARIOS DE QUIALANA
Atención, acceso y vigilancia médica hegemónica	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo es el único que ha podido erradicar las viejas enfermedades • Modelo es el único acceso a la atención y conocimiento de la salud • Las personas no acuden al sistema por un acto voluntario, desconocido, de arraigo cultural a sus prácticas médicas, resistencia, desobediencia y desidia • Modelo hegemónico es la esperanza para viejas y nuevas enfermedades • El sistema de asistencia pública fue creado para los pobres. No atiende a la dignidad e individualidad personal y presenta una crisis estructural. • Es un modelo altamente racista, clasista y fragmentado. • El modelo hegemónico produce temores hacia los procedimientos y técnicas biomédicas • Es un modelo que atiende la enfermedad, no a las dolencias corporales, ni al dolor en disociación patológica. • Es un modelo sin perspectiva de género y sin atención a la interdisciplinariedad. • El sistema de atención privada se convierte en el modelo compensador de culpas. • Es un modelo que restringe la libertad y felicidad. • Frente al modelo. Ellos optan por el auto-tratamiento o el 	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo biomédico es necesario y logró erradicar algunas enfermedades a través de las vacunas. • El modelo es altamente costoso, requiere de muchos trámites burocráticos, presenta grandes deficiencias, específicamente en sus zonas rurales. • El centro de salud no cuenta con personal fijo, ni con material o medicina de especialidad, no presenta instrumentos para realizar diagnósticos y no es un servicio disponible las 24h. • Ellos cuentan con otras medicinas que son más accesibles, atienden sus necesidades y tienen fe en las mismas. • La medicina hegemónica actúa con mayor rapidez que la tradicional, pero ambas funcionan. • Los usuarios temen a los procedimientos invasivos (amputaciones quirúrgicas). • Es un modelo que atiende la enfermedad, no a las dolencias corporales, ni al dolor en disociación patológica. • Es un modelo altamente violento, porque siempre les reclama, los controla y vigila. • Es un modelo que atiende al sistema económico capitalista y a la medicalización de la población. • Es un modelo que restringe la libertad y felicidad. • Ellos usan sus medicinas tradicionales hasta que su médica los refiere al sistema médico hegemónico.

uso de la medicina tradicional, aunque no conozcan su funcionalidad en los cuerpos.

- No existe una referencia hacia otras alternativas de la salud
- Los sistemas de salud están colapsados, porque hay más personas enfermas que acuden a los servicios de salud.

Alimentación

- Ellos consideran que la falta de dieta y ejercicio preciso trae las enfermedades
 - La reducción de condimentos e ingredientes es la solución a los problemas de salud.
 - Las personas de antes se alimentaban mejor, porque ellos sembraban y cuidaban de sus propios alimentos.
 - El agua de antes era más fresco y accesible porque provenía de los manantiales.
 - Las personas de Oaxaca consumen en exceso, porque por el sabor y la diversidad de comidas, ellos llevan una mala alimentación.
 - Las mujeres de la comunidad no alimentan adecuadamente a los niños, y por eso sufren de problemas de desnutrición.
 - La alimentación sana se traduce en el aumento del consumo de frutas, verduras y agua.
 - La transformación de una alimentación tradicional a una alimentación rápida y ultra procesada, es lo que ha producido la aparición de enfermedades.
 - Las personas de la comunidad presentan un alto consumo de frutas y verduras por su soberanía alimentaria y porque normalmente es lo que tienen en casa.
 - Ellos no tienen presentes los conceptos que definen al término de dieta.
 - Ellos presentan un temor a consumir alimentos fuera de la comunidad, porque para ellos el origen de los alimentos es más importante. Así, evitan el consumo de enlatados, alimentos regados con aguas negras o con fertilizantes y animales alimentados con productos de engorda.
 - La migración ha modificado la forma de alimentarse de los jóvenes.
 - El agua de manantial representa un líquido puro y sanador, el cual llegaba hasta sus hogares y se consumía sin hervir, sin embargo, ahora que llega por tuberías mucha de las personas sigue consumiéndolo directamente.
 - El agua de manantial tiene un sabor dulce y fresco, en cambio, el agua de garrafón o hervida tiene un sabor que no les agrada. Además, gran parte de la población ya no cuenta con el líquido vital en casa, por ende, y frente a la deficiencia del
-

		<p>mismo, han aumentado el consumo de bebidas azucaradas, las cuales han alcanzado una gran redistribución en la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tejate se convierte en su principal bebida ancestral durante las comidas y cuando presentan sed. • Consideran que, en las ciudades, las personas consumen alimentos contaminados, por ello es que éstos se enferman.
<p>Vejez/Discapacidad y Muerte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consideran a la misma vejez como un estado de vulnerabilidad y riesgo de enfermar. • La vejez es una etapa biológica que no se puede evitar y es cuando se normaliza la aparición de todas las enfermedades, por ello mismo, la vejez produce temor por sí misma. • La discapacidad es uno de los mayores temores de los profesionales, porque la incapacidad se considera improductividad, inutilidad y desecho. • La misma discapacidad produce depresión y muerte. • En los hombres existe el temor a las discapacidades originadas por la diabetes. • En las mujeres existe un temor al cáncer cervicouterino y mamario, porque lo relacionan directamente con la muerte. • La muerte no la aceptan como una etapa normal del ser humano, por ello, el duelo ser patologizado y estigmatizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • La vejez no se considera como vulnerabilidad. Ellos siguen trabajando en esta etapa. • La vejez produce un efecto de sabiduría y respeto en la comunidad • Los ancianos se burlan de su propia condición como viejos y saben que en cualquier momento pueden morir, sin que esto represente un temor. • En la vejez es cuando los hombres ya pueden aceptar con facilidad la presencia de enfermedades. • En los hombres existe el temor a las discapacidades originadas por la diabetes. • En las mujeres empieza a existir un temor hacia el cáncer y sus efectos discapacitantes. • La muerte es parte del equilibrio del cuerpo • La muerte es un proceso normal de todo ser humano • El duelo no lo dividen por etapas • El duelo de los hombres hacia los hijos que morían, o migran hacia Estados Unidos lo compensan con alcohol.
<p>Estilo de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales consideran que antes ocupaban más el tiempo para hacer ejercicio y despejarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas de la comunidad siempre están activas, porque siempre están trabajando, incluso en horas de descanso, se la pasan desgranando, limpiando

	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas de antes estaban más activas que las de ahora. • En las zonas rurales se camina más que en las zonas urbanas • El trabajo que realizan no les permite tener tiempo para ellos y sus familias. • El uso no consciente del internet está llevando a las personas a producir más gravedad en las enfermedades. • Google se ha convertido en el primer acceso de las personas a la atención de la salud. 	<p>el frijol, regando su cosecha recogiendo el pulque, preparando el nixtamal, alimentando a los animales en el cerro, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su tiempo es el tiempo para el trabajo • Las mujeres están más tiempo de pie que los hombres, pero ambos comienzan sus actividades desde las 4 de la mañana. • Los procesos migratorios han llevado a los jóvenes a dejar la comunidad.
Desigualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres son las responsables del cuidado de la vida y salud de la familia. • Las mujeres son las que deben ser educadas para que atiendan correctamente a sus hijos. • Las mujeres profesionales cumplen doble rol de cuidado: profesional y familiar. • El trabajo profesional de la salud es más precarizado, exigente y sobreexplotado en los profesionales de enfermería. • El trabajo profesional que realizan las enfermeras las lleva a tener enfermedades, porque el nivel de auto exigencia y perfección es mayor. • El dolor es más duradero y soportado por las mujeres que por los hombres. • Las mujeres acuden más a consultas médicas porque necesitan saber que su cuerpo está bien. • Los hombres acuden menos a la consulta médica, pero asisten inmediatamente cuando aparece el dolor, la 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres son las responsables del cuidado de la vida y salud de la familia. • Las mujeres son las que principalmente acompañan a los familiares enfermos durante las consultas, tratamientos y cuidados. • Las mujeres son las últimas en atender sus malestares, pues en la pobreza de la familia, a ellas les corresponde la mínima repartición. • El dolor es más duradero y soportado por las mujeres que por los hombres. • Las mujeres acuden más a consultas médicas, porque los programas que benefician económicamente a sus familias las obligaba a asistir. • Los hombres acuden menos a la consulta médica, pero asisten inmediatamente cuando aparece el dolor, la fiebre o alguna otra manifestación de urgencia. • Los médicos no les creen a las mujeres cuando les dicen algunas manifestaciones clínicas sobre sus hijos. • Las mujeres reciben el regaño del personal de salud por no acudir antes a consulta médica o por llevar a sus hijos enfermos.

	<p>fiebre o alguna otra manifestación de urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres son las que principalmente acompañan a los familiares enfermos durante las consultas, tratamientos y cuidados. • Las mujeres indígenas no saben cuidar bien de los hijos. No siguen las indicaciones médicas y no tienen ninguna credibilidad frente a los médicos, sobre todo cuando ellas les dicen algunas manifestaciones que presentan sus hijos. • Los hombres no le llaman enfermedades a los problemas de salud que presentaron, más bien le denominan, exceso de alimentación, descuido, alteración de la presentación arterial y estrés, debido a su virilidad, pero también porque en su representación no existe la enfermedad para sí mismos. • Los hombres suelen denominar con mayor frecuencia “arraigo cultural” “problemas culturales” “renuencia” a todas las personas que no acuden al sistema de salud, que no siguen los regímenes médicos, que no desean aplicarse los tratamientos indicados. • Los hombres suelen tener más tiempo para hacer alguna actividad física. • Los hombres presentan un miedo particular a la diabetes por las consecuencias que conlleva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres se levantan desde las 4 de la mañana porque deben moler la masa para las tortillas y se duermen hasta las 11 de la noche aproximadamente. • Los hombres levantan a las 4 de la mañana. Pero se duermen a las 8 de la noche. • Los hombres acuden a espacios del centro para convivir con los amigos después del día de trabajo. • Las mujeres en los años 90 debían tener un cuerpo gordo para ser atractivas al sexo opuesto. • Las mujeres antes de los años 90 las obligaban a casarse con el hombre que las pidiera en matrimonio. • Los hombres no le llaman enfermedades a los problemas de salud que presentaron, más bien le denominan accidentes y desequilibrios corporales, debido a su virilidad, pero también porque en su representación no existe la enfermedad para sí mismos. • Los hombres presentan un miedo particular a la diabetes, principalmente, porque es lo externo que se queda para siempre en su cuerpo, a diferencia de otras dolencias que desaparecen solas. • Los hombres frente a la muerte de sus hijos, o cuando éstos migran, ellos prefieren sanar su dolor con el alcoholismo.
Condición indígena	de	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales piensan que la condición de indígena ya les crea una vulnerabilidad y riesgo para la enfermedad. • Sus comunidades cuentan con unidades médicas con servicios muy básicos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Las tradiciones y costumbres de la comunidad son suficientes factores de riesgo para enfermar. • Los indígenas son iletrados e ignorantes, además comprenden poco a los profesionales de la salud. • Los indígenas no tienen conocimientos suficientes para cuidar de su salud, pero pese a ese desconocimiento ellos se alimentaban mejor y sufrían menos problemas de salud. • Los indígenas son renuentes a atenderse con la medicina alópata. • Los indígenas no acceden al sistema de salud por cuestiones voluntarias.
<p>Rol profesional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una desigualdad interprofesional, porque son los médicos los que tienen la última indicación sobre los pacientes. • Los profesionales de la enfermería, aunque no están de acuerdo en algunas indicaciones, ellos deben aceptar las recomendaciones médicas. • Los profesionales de la enfermería deben de trabajar por más tiempo, tienen más tareas profesionales y tienen más actividades burocráticas que los médicos. • Las enfermeras de la comunidad tienen más conocimiento sobre la población y el centro de salud, pero son los médicos los que ejercen el rol de jefe de la unidad. • La autoexigencia y autoperfección es mayor entre los profesionales de la enfermería, por tanto, tienden a aplazar sus horarios de

	<p>alimentación, abandonan a sus familias por mucho tiempo, tienen muchos trabajos al mismo tiempo. Y todo ello, es lo que les produce enfermedades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras indígenas no tienen autonomía y la capacidad de agencia para tomar decisiones sobre la salud de los pacientes y de ellas mismas. • El mismo modelo biomédico expropia a los profesionales de su autocuidado y autoconocimiento. • El autoritarismo médico afecta a los profesionales, principalmente a la enfermería. • Las profesionales mujeres pueden entender, aprehender y sentir la empatía a través de una experiencia propia o de cuidado familiar. 	
<p>Cuidado y Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales no hablan del autocuidado para evitar enfermedades. • El autocuidado que ellos desarrollan solo es a través de medidas universales de protección durante el desarrollo de su trabajo. • El cuidado del cuerpo de las mujeres queda a cargo de la supervisión y aprobación de los médicos. • Los profesionales de enfermería ejercen un cuidado autosacrificado y autocompasivo. • Las manifestaciones corporales solo cobran sentido en el momento que se insertan a un cuadro clínico. • Los profesionales no cuidan su cuerpo, porque su imaginario se concentra en el desarrollo de su trabajo profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • El autocuidado y autoconocimiento es un estilo de vida • Si te cuidas no vas a consumir alimentos contaminados • Si te cuidas no te vas a exponer al cambio brusco de temperaturas. • Vas a darle un trato adecuado al cuerpo • Se tratan las dolencias desde el momento en que aparecen, a través del uso de las plantas que les ofrece la naturaleza • El cuidado implica el cuidado del otro, de la naturaleza, de la convivencia, de estar en equilibrio con sus deidades, del vivir bien y en armonía. • El cuidado de padres y madres a sus hijos es a costa de sacrificar el alimento para ellos. • Ellos constantemente consumen plantas medicinales, porque es

	<ul style="list-style-type: none"> • La atención privada se convierte en el principal sistema compensador de culpas por no haber acudido antes a la atención 	<p>parte de su representación social de estar sano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuerpo se convierte en el principal centro de reconocimiento, identidad y autoridad para definir sí se presenta un desequilibrio corporal. • Reconocen que también requieren del chequeo médico para descartar cualquier alteración de salud.
--	---	---

DIVERGENCIAS Y CONVERGENCIAS PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS USUARIOS DE QUILANA

Buen vivir	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales reconocen que la salud se muestra a través de estar y sentirte bien, sin dolor, llevarte bien con las personas que te rodean, así mismo, ellos refieren que cuando hay salud puedes comer bien y todo lo que quieras. • Significa libertad para hacer lo que desees en cuanto lo necesites • No vivir en cama • No estar bajo regímenes médicos estrictos y controladores • No estar sometido a dietas estrictas • Tener tiempo para sí mismo • No se tienen preocupaciones • Se tiene energía y motivación para el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar bien, sentirte bien, convivir bien y hacer las cosas bien. • Estado corporal sin dolencias • Energía y vitalidad para trabajar • Comer sano • Ser libre • Tener los recursos disponibles para alimentarse y vivir tranquilamente
Felicidad	<ul style="list-style-type: none"> • Eres feliz en toda la extensión de la palabra • La vida tiene sentido • Completo estado de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar contento • Ser feliz • Vivir las fiestas • Agradecer el estar bien
Cuidado y Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Atender su autoestima • Cuidar su salud a través del uso de medicinas alternativas • Cuidar el frío/caliente • Cuidar la dieta y el ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> • El autocuidado y autoconocimiento es un estilo de vida • Si te cuidas no vas a consumir alimentos contaminados

	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de las mujeres, hacerse Papanicolaou y otros estudios diagnósticos anualmente • Aplicarse las vacunas • Usar medidas de protección universal en el centro de su trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Si te cuidas no te vas a exponer al cambio brusco de temperaturas. • Vas a darle un trato adecuado al cuerpo • Se tratan las dolencias desde el momento en que aparecen, a través del uso de las plantas que les ofrece la naturaleza • El cuidado implica el cuidado del otro, de la naturaleza, de la convivencia, de estar en equilibrio con sus deidades, del vivir bien y en armonía. • El cuidado de padres y madres a sus hijos es a costa de sacrificar el alimento para ellos. • Ellos constantemente consumen plantas medicinales, porque es parte de su representación social de estar sano. • El cuerpo se convierte en el principal centro de reconocimiento, identidad y autoridad para definir sí se presenta un desequilibrio corporal. • Reconocen que también requieren del chequeo médico para descartar cualquier alteración de salud.
<p>Esperanza, Espiritualidad Religión</p>	<p>y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales sienten la esperanza a través de los avances e investigaciones médicas. • Confían en sus medicamentos y tratamientos • La familia es la principal fuerza para la resiliencia. • Frente a una enfermedad, la solidaridad de la familia aparece para enfrentar los problemas económicos y de acompañamiento • Lo espiritual es necesario, pero esta espiritualidad se traduce en la fe en un Dios católico y en el ejercicio de la religión. 	<ul style="list-style-type: none"> • La esperanza la encuentran en sus plantas que les es enviada por su deidad para cuidarlos. • La solidaridad y unión de las personas y familia les permite vivir la vida en compañía y colaboración. • Aceptan las decisiones de Dios • Confían en la fuerza y sentires corporales • Cada año tienen que agradecer al Dios por la cosecha, por la salud, por la economía, por la familia y todas las cosas que se vayan a alcanzar. • Los tratamientos de la medicina natural los consumen con mucha fe y esperanza de sanación. • Confían en que los elementos de la naturaleza, tales como el sol, el

		<ul style="list-style-type: none"> • cual puede sanarlos de sus desequilibrios. • Tienen la esperanza de contar con un sistema médico accesible, asequible y justo para sus comunidades.
Equilibrio/Muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos producen la curación más efectiva y rápida. • La medicina tradicional funciona más lenta, pero sólo es para manifestaciones leves. • La muerte se evita en todas las intervenciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sanación la alcanzan cuando el cuerpo se pone en equilibrio con aquello que le produjo daño o afecto (la naturaleza, a otra persona, el susto, la exposición al frío/calor, el enojo, la tristeza, el berrinche, los alimentos, los animales, el Dios). • En las plantas y en las terapias tradicionales alcanzan el equilibrio. • Los medicamentos también pueden contribuir a disminuir las molestias, pero no atienden el problema de raíz. Además, los medicamentos se deben dar conociendo los principios termodinámicos del cuerpo. • La muerte es parte de alcanzar el equilibrio corporal • La muerte también se agradece y festeja • La muerte es parte de la naturaleza del ser humano • Hablan constantemente de la muerte como hablan de la salud y los desequilibrios.

Consideraciones Finales

Las representaciones sociales sobre la enfermedad parecieran presentar más divergencias que convergencias entre los profesionales y usuarios, sin embargo, éstos al pertenecer al mismo Estado y, en algunas ocasiones, a la misma población o comunidades aledañas, ambos comparten el conocimiento de sentido común en relación al origen, evolución y significados atribuidos al término de enfermedad. Ciertamente, los profesionales se han alejado teóricamente de las RS de las comunidades debido a su formación académica que los

desplaza epistémicamente, pero no ontológica ni metodológicamente, por tanto, los profesionales tienen muchas más convergencias con los usuarios.

Estas aproximaciones ontológicas que apuntan al origen del ser, el cual es compartido por ambos actores y actrices, permite que tanto usuarios como profesionales coloquen a la persona en interacción con el cosmos. Es así que la propuesta de una interculturalidad, puede ser posible en estos espacios, debido a que ambas poblaciones construyeron un sentido común a partir de la cosmovisión y cosmogonía de sus pueblos y, pese a que en el lenguaje de los profesionales no sea enunciado, en su imaginario y representación existe esta relación cultural con los pobladores de las comunidades.

Finalmente, es importante señalar que el término de salud es ampliamente compartido entre ambas poblaciones y, no es exactamente el que estipula la OMS, por el contrario, se puede decir que la salud se concibe y resignifica desde un momento sentido, vivido, experimentado y traído por la memoria, el cual comprende aspectos relacionados con la felicidad, el bien vivir, la familia, el tiempo, la alimentación y el compartir y vivir la cultura de sus pueblos. Por tanto, se reconoce que la salud no es un acto voluntario, sino que toda la estructura social se concatena para hacer de la persona un sujeto sano, incluyendo entre toda esta estructura al sistema médico convencional, sin embargo, se deja claro que no es lo único que requieren las personas.

VI.- CONCLUSIONES

El estudio de las representaciones sociales entre profesionales de la salud y usuarios de Quialana nos permitió desengranar cada uno de los denominados “conflictos culturales” que se manifiestan en la interpretación y matrices de conocer, sentir y expresar la salud y la enfermedad en cada uno de ellos. En este sentido, interpretar y comprender las RS que se

configuran en las dimensiones y dinámicas de dicho conocimiento de sentido común, permite crear vínculos de interacción e interculturalidad que promueven una salud justa, solidaria y ética para todos los pobladores, incluyendo en esta estructura de la población a los profesionales de la salud.

Desde esta perspectiva podemos señalar que, lo que encierra al término de conflicto y/o arraigo cultural, no es más que aquello que no se puede explicar en términos de producción y evidencia científica, pero que se ancla a los conceptos subjetivos y culturales de la salud y la enfermedad, tal es el caso de las desigualdades sociales, el cual no se percibe solamente desde el espacio territorial de pobreza y geodistribución económica mundial y nacional, sino que el término de desigualdad abarca un sin número de significados que se produjeron a partir de los procesos coloniales, capitalistas, patriarcales y hegemónicos del modelo biomédico en la interpretación epistemológica e interacción ontológica y social con las otredades.

En esta dirección, la salud como término biomédico es manifestado por los profesionales como una utopía que solo puede ser abordado desde lo institucional e individual para que este pueda ser posible, medible, transferible y controlable, en cambio, los usuarios más que hablar de salud, prefieren posicionarse desde la connotación de la sanación y el equilibrio para configurar su corporalidad como un ente que interactúa constantemente con el universo y los seres que lo habitan, por tanto, las corporalidades presentan desequilibrios que requieren de enseñanzas, procesos, estrategias y modos de vida individual y colectiva que habrán de repensarse y reflexionarse en conjunto para encontrar la sanación y equilibrio. No obstante, para ambos actores y actrices, la salud no puede ser pensada sólo en términos de ausencia de enfermedad o de completo estado de bienestar físico y psicológico.

Así, recuperar las memorias de los profesionales y usuarios nos permite reconocer que la salud vista desde el esquema de configuración de las RS se descapitaliza del sentido literal y simbólico que se transmite desde las instituciones de la salud. Es así que, tanto usuarios y profesionales recurren al sentido corporal y subjetivo de vivir la experiencia del cuerpo sano. Así, ellos hablan de procesos de libertad, de paz, de convivencia, del bien vivir, del cuidado, de la felicidad que experimentan corporeamente, así como del goce y placer que les produce la acción de comer y todo lo que lleva implícito antropológicamente este verbo, incluyendo las fiestas como nexo de unión y convivencialidad a través de los alimentos.

Asimismo, la salud se desplaza de la cosificación del tiempo, de la medicalización de las personas, de la vigilancia constante de los cuerpos por parte del sistema convencional, del control estricto a partir de las dietas y el ejercicio para obtener un cuerpo estéticamente normal y reproducido por el sistema hegemónico y capital. En esta línea, la salud desde el sentido común de ambas poblaciones, es lo que las personas de antes poseían y perdieron por los procesos de la modernidad, pero, en tanto se reconozcan cada vez más estos orígenes de las enfermedades subsumidos a este mito moderno, más espacios dialógicos pueden existir entre los profesionales y usuarios para descapitalizar, despatriarcalizar y descolonizar la salud y la enfermedad.

Con respecto a la hipótesis de esta investigación se puede concluir que, en definitiva el diálogo intercultural entre ambos agentes solo puede estar dado a través del conocimiento, interpretación, comprensión, aceptación, reconfiguración y reinención de las RS existentes entre ambas poblaciones. Es así que, los resultados de esta investigación pueden ser una aproximación al diálogo intercultural, debido a que en el estudio se planteó analizar las RS sobre salud y enfermedad entre profesionales y usuarios, lo cual deja explícitas las convergencias y divergencias para el diálogo. En este sentido, conocer y comprender estos

puntos de encuentro y desencuentro permitirá que se trabaje sobre propuestas más concretas que apunten a la interculturalidad en salud.

Con base a la implementación del método antropológico de las RS, se puede agregar que éste nos permitió conocer y vivir los significados atribuidos a la salud y enfermedad entre ambas poblaciones en su propio contexto y cotidianidad. En primer lugar, a partir de que pudimos permanecer y convivir en la comunidad, vivir con los quialanenses sus propias experiencias de salud y enfermedad, así como los procesos para el acceso a la salud, nos permitió reconocer las RS en sus significados, en sus dinámicas de reproducción, en sus formas de interiorización, de objetivación y anclaje.

A este respecto, el hecho de poder vivir como los quialanenses nos dio la oportunidad de ser parte de uno de ellos, por tanto, de familiarizarse con sus costumbres, de disfrutar el sabor de los alimentos y bebidas como el tejate, de apreciar la seguridad de consumir alimentos recién cultivados de la tierra y libres de fertilizantes y/o aguas contaminadas, así como encontrar el sentido de la interacción de las personas con la naturaleza y, de la naturaleza con el cuerpo en los procesos de sanación. Asimismo, entre otras situaciones, también pude presenciar la consulta médica a través de pasar como familiar y quialanense, lo cual me permitió mirar los procesos de interacción intersubjetiva, las formas en las que los profesionales miran y piensan a las personas de las comunidades, por tanto y, en un sentido no muy agradable, el hecho de sentir corporalmente el racismo, etnocentrismo y androcentrismo médico.

En segundo lugar, al estar en el territorio de los profesionales, al convivir con ellos en sus espacios laborales, de convivencia y descanso, pude ser partícipe de la organización de sus tiempos para el trabajo, para la familia y para el ocio; éste último es el menos atendido por los profesionales, pero el que más significado presenta entre sus RS de salud. En

este sentido, también pude ser atravesada por el sentimiento que desprendían los profesionales sobre las desigualdades interprofesionales, la presión que se ejerce sobre ellos para producir y reproducir el trabajo burocrático, la propia autoexigencia que los empuja pero los limita al mismo tiempo, las frustraciones que me transmitían corporeamente por las fugas afectivas que tenían con la familia y consigo mismos.

Asimismo, al participar como observadora de estos espacios pude mirar cómo los profesionales formados bajo este modelo biomédico, siguen percibiendo a los usuarios como entes pasivos de la salud, por tanto, ellos se perciben y representan ya no sólo como autoridades de un sistema de atención, sino como autoridades absolutas de los cuerpos de las personas, por consiguiente, se observa la presencia aún latente de prácticas jerárquicas y atravesadas por el poder biomédico, tales como mirar por encima de la cintura a las personas, no mirar a los usuarios a la cara cuando están realizando algún procedimiento, infringir en acciones verbales violentas contra las personas, realizar una explicación incompleta de los procesos de salud y enfermedad, evitar la intención de todo diálogo dialéctico con los sujetos de atención y, por demás, sentirse ajenos a la cultura, pertenencia y sentir de las personas, como si ellos no fuesen testigos o parte de uno de ellos.

Entre otros de los aspectos metodológicos que deseo destacar, es sobre las dificultades que como mujer investigadora se me presentaron, porque pareciera que como investigadores vivimos el proceso de investigación solamente desde las dificultades metodológicas y teóricas, sin embargo, el hecho de realizar un trabajo antropológico me permitió vivir y reflexionar más de cerca las barreras que se me presentaban, tales como conversar con los hombres de la comunidad, que desde la mirada de los pobladores no era bien recibido que una mujer conversara con ellos, sobre todo con los hombres que estaban casados, por

consiguiente, ellos al sentir mi presencia mostraban incomodidad, su cuerpo se percibía tensionado y preocupado por el hecho de ser observados por otros congéneres.

Este efecto producido en los hombres de la comunidad, también afectaba mis sentidos porque yo sabía que en ellos esta incomodidad había sido construida social y simbólicamente, pero yo también necesitaba conversar con ellos para poder entender sus RS, es así que tuve que implementar otras estrategias como comunicarme con alguno de ellos cuando pedía un viaje en moto-taxi, convivir con ellos en grupo, aunque, por supuesto, esto me generaba más discomfort a mí, debido a que ellos se mostraban un tanto burlones y con ciertos pronunciamientos a una invitación a salir con alguno de ellos.

Asimismo, los espacios que como investigadora mujer podía utilizar y transitar por ellos, se convertían en un obstáculo y un reto al mismo tiempo, porque había zonas de la comunidad que se encontraban más aisladas y a las que tenía que acudir en horarios de la mañana y, así evitar ser sorprendida por cualquier irregularidad. Con respecto a las zonas hospitalarias, puedo agregar que la mayoría de las veces acudí como observadora, otras más interactuaba con el personal de salud, o de limpieza, quienes también me explicaban lo que no podía entender o mirar.

Sin embargo, los horarios para las entrevistas fueron un tanto complejos de agendar, debido a que los profesionales siempre piden ser entrevistados en sus horarios y espacios de trabajo, por tanto, esto exige que la entrevista sea más rápida, fluida y muy restringida de tiempo y espacio. Asimismo, los ruidos que se producen en el hospital, las interrupciones constantes de las personas y colegas y las miradas de los otros profesionales recrea un ambiente que hace que la entrevista no se dirija con paciencia, serenidad, evitando así, la fluidez de las emociones.

En este sentido, se reflexiona que las entrevistas que se brindaron con profesionales ya jubiladas, permitió una mayor amplitud de información, porque la sesión se dio en un entorno de cordialidad, afecto, reciprocidad y confianza para las profesionales, en este sentido, ellas se sentían en espacios seguros, ya no concebían la presión institucional, así mismo, el hecho de no saber que yo era una profesional de salud, les permitió expresar todo con mayor seguridad y sinceridad.

Hablando específicamente de los procesos metodológicos de las RS, puedo agregar que la metodología desarrollada requiere de un mayor tiempo para poder ser analizada y discutida, sobre todo, porque los procesos de recolección y análisis de los datos pasa por dos procesos, uno cuantitativo y uno cualitativo, por ende, cuando se trata de una sola población el proceso de análisis puede ser más rápido, sin embargo, al tratarse de dos poblaciones el tiempo requerido es mayor.

Agregando a estas discusiones, que el método antropológico de RS pasa por varias técnicas de recolección, entre ellas entrevistas a profundidad, entrevistas grupales, observaciones, diarios de campo y reflexivos, lo cuales, no pudieron analizarse en su totalidad, debido a los tiempos asignados por la coordinación doctoral, empero, se espera retomar todo este material para investigaciones futuras.

No obstante, reconozco la validez de haber analizado ambas poblaciones, porque de solo haber conocido las RS de una sola población en un mismo contexto nos iba a crear una mirada miope de la salud y la enfermedad. Todo ello, se deduce porque al ir analizando y correlacionando las categorías entre ambos actores y actoras, nos permitió cruzar las RS, encontrar los puntos de encuentro y apreciar los sentidos y significados que permiten la interculturalidad en salud desde ambas miradas e imaginarios.

Otras de las limitaciones metodológicas, se corresponde con la fase de análisis prototípico, debido a que las muestras entre los usuarios de Quialana que se seleccionaron para el listado de palabras abarcaba edades muy dispersas. Estas es una de las explicaciones que se ofrece sobre los resultados bajos en los porcentajes de evocaciones, sin embargo, este porcentaje disminuído sólo se presentó en las RS de enfermedad (60.1%) versus salud (83%). Estos resultados se pueden comparar con el análisis de contenido, porque como se describió, para muchas de las personas, específicamente para los hombres, el término de enfermedad no tiene una representación significativa.

En el caso de los profesionales, la edad no se vió afectada porque la muestra fue una población activa profesionalmente (25-55 años), sin embargo, el porcentaje de evocaciones de salud y de enfermedad (53% y 50%) respectivamente, salieron bajos en ambos casos. A este respecto, podemos considerar que la variabilidad entre ser local y foráneo pudo haber afectado en las RS, así como la formación y ocupación, debido a que unos eran médicos/as y otros enfermeras/os, por tanto, algunos se encontraban en puestos de mayor nivel jerárquico, por consiguiente, sus roles, posiciones y disposiciones los llevó a representar la enfermedad y la salud de maneras muy diversas.

Finalmente queda agregar que, esta investigación ofrece varias líneas que producen un efecto de semiótica para la reelaboración y reconfiguración de la salud y la enfermedad, tal es el caso del dolor, el valor del tiempo, el rol de cuidado de la mujer profesional y no profesional, el significado de la enfermedad entre los hombres, la culpabilidad que surge en los procesos de enfermedad, el significado de la alimentación desde una mirada más antropológica y/o simbólica que permita crear procesos de promoción y prevención de la salud, la desigualdad interprofesional, el autoritarismo médico que no sólo afecta a los usuarios sino a los mismo profesionales, la visión de la discapacidad y el envejecimiento

desde la RS de los profesionales, el imaginario de la muerte vista desde los profesionales, los significados de los usuarios sobre el autocuidado, la percepción de los usuarios que migran hacia los Estados Unidos en función del modelo biomédico, así como el alcoholismo entre las comunidades indígenas.

VII.- ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERCULTURALES

A partir de nuestro objetivo principal de investigación, el cual buscó analizar las representaciones sociales sobre salud/enfermedad de los prestadores de servicios de salud y de los usuarios de la comunidad indígena de San Bartolomé Quialana Oaxaca, con el objetivo de poder identificar y conversar dialógica y dialécticamente con las divergencias y convergencias que surgieron en las entrevistas, observaciones e interacciones con las/los actores principales de este proyecto, es que se pudieron establecer algunos elementos propicios para el diálogo intercultural, mismos que se describen muy puntualmente, a continuación:

A partir del análisis de los discursos socio-históricos y afectivos de las RS de los prestadores del servicio de salud, se pudo apreciar que un elemento constitutivo del racismo interiorizado y la reproducción del autoritarismo médico, se encuentra inserto en la formación de nuevos recursos humanos para la salud; y es a través de la estructura y contenido de los currículos académicos que se configura esta mirada hegemónica y autoritaria de los mismos, por ello proponemos:

- Realizar un proceso de revisión y reformulación de los currículos académicos en la formación de los nuevos profesionales de la salud, para poder integrar un componente

de interculturalidad, así como desestructurar aquellos sistemas de reproducción de imaginarios racistas, clasistas, homofóbicos y epistemicidas.

- Establecer sanciones económicas o profesionales a todo médico/a y enfermera/o que ejerza violencia estructural en contra de toda persona.

Como parte del segundo objetivo, se pudo constatar que los usuarios reconocen y aprueban las prácticas y conocimientos de la medicina convencional, no obstante, ellos perciben que muchas de las indicaciones médicas no van enfocadas a su contexto territorial, cultural y simbólico, por consiguiente, les es poco favorable seguir las indicaciones, además que muchas de ellas están brindadas en un lenguaje desconocido para los usuarios. En este sentido, se propone:

- Direccionar los recursos económicos hacia la conformación de actividades de promoción y prevención de las enfermedades desde un enfoque de pertinencia cultural y lingüística.
- Crear escuelas de medicina y enfermería intercultural que trabajen desde las comunidades indígenas.
- Crear sistemas de intercambio físico de los profesionales hacia comunidades indígenas. Esto les permitirá experimentar la salud y la enfermedad como la viven las poblaciones, así como aprender de las estrategias que estas comunidades desarrollan para mantener su salud.

Con base en la identificación de los procesos y elementos de la cosmovisión indígena sobre salud y enfermedad, damos cuenta que la relación de salud y enfermedad no adquieren un sentido dualista, sino por el contrario, ambas se complementan y reconfiguran en la base de los principios del vivir bien. Es así que, en estas RS sobre salud/enfermedad existe múltiples diferencias con los significados atribuidos desde la medicina científica, y desde

donde se desconoce, en muchas de las ocasiones, estas otras manifestaciones y formas de hacer y sentir salud, por ende, la aculturación a través de prácticas autoritarias, así como de la instauración de políticas públicas de salud no interculturales propicia la muerte lenta de estos otros conocimientos, pero también de toda una cultura que se ve ampliamente discriminada y racializada por el solo hecho de pertenecer a una etnia no racional, desde el punto de vista científico, político, económico y social. Así proponemos:

- Incluir en la instauración de políticas públicas de salud, el agenciamiento de los actores y actoras de las comunidades indígenas a través de sus experiencias de enfermedades, así como de sus prácticas médicas.
- Crear servicios para la atención de las personas frente a toda dolencia que pueda manifestar, sin que esto implique la conjunción de diversos signos y síntomas para ser atendido, debido a que el principio para un buen diagnóstico radica en la manifestación de alguna dolencia desde la primera vez.
- Reasignar una redistribución de médicos y enfermeras especialistas a las comunidades indígenas y, que éstos no sólo se concentren en hospitales de segundo y tercer nivel de atención.
- Fomentar el diálogo intercultural con los médicos tradicionales, para que ellos puedan atender mayormente a la población a partir de procesos de dolencias y como un sistema ampliado de prevención de las enfermedades.
- Descolonizar la salud y la enfermedad a partir de la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas.

Un elemento fundante de la interculturalidad es el diálogo de saberes, sin embargo, antes del proceso, se requiere la disposición de ambos actores para ser escuchados, atendidos y para ceder relaciones de poder en la atención de la salud. En este entendido, se observó a

partir de las prácticas y el análisis de las RS, que los profesionales de la salud reconocen la existen de otras prácticas, pero se continúan en la línea del autoritarismo médico a partir de un racismo estructural y sistémico, el cual, no les permite abrir esta horizontalidad en la construcción de políticas públicas, así como en la legalización formal y académica de estos saberes, por ende, el discurso de la inclusión versa sobre la legalización de la medicina tradicional, pero bajo la supervisión y evaluación constante del sistema de salud hegemónico.

Frente a esta disyuntiva, se proponen las siguientes acciones:

- Crear estrategias pertinentes de evaluación y validación de las técnicas y procesos de la medicina tradicional, las cuales no deben ser única y exclusivamente a partir del método científico y de las autoridades médicas occidentales.
- Realizar más investigaciones que fundamenten y den validez a los procesos y técnicas de la medicina tradicional en nuevas y viejas enfermedades, tal es el caso del covid-19, donde las propias comunidades tienen sus propias estrategias de prevención y sanación.
- Reformular acciones que promociónen el autocuidado y el cuidado como eje central de la salud.
- Implementar acciones para la despatriarcalización y/o desgenerización y descolonización del cuidado.
- Destinar recursos federales y estatales para la construcción de escuelas de medicina tradicional en el interior de las comunidades indígenas, todo ello, a partir del diseño de la infraestructura que los/las medicas/os tradicionales de las comunidades propongan, debido a que son ellos los que tienen el conocimiento de los elementos que necesitan para conformar estos espacios de sabiduría e intercambio.

Dentro del análisis de las RS de los profesionales de la salud, pudimos ser testigos del abandono del autocuidado de los médicos/as y enfermeras/os sobre sus corporalidades y emociones; todo ello, derivado de un discurso que romantiza la precarización laboral, la disciplina autoritaria, el autosacrificio, la moral, la feminización de la enfermería, la falta de reconocimiento legal, político y económico de los profesionales. En este tenor, el ser sentipensante del profesional es abandonado por una cosificación de sus cuerpos como máquinas reparadoras de otras máquinas, y por demás, máquinas que pueden trabajar bajo presión y sin remuneración económica adecuada, por tanto, los mismos profesionales se convierten en víctimas de la propia institucionalización y capitalización de la salud. En esta línea proponemos los siguientes elementos:

- Reestructurar la tabla de sueldos entre médicos y enfermeras, atendiendo procesos de formación, estrategias de producción científica, de promoción de la salud, actividades desarrolladas, horarios laborales y, no solo atendiendo reglas de estatus y prestigio médico.
- Establecer horarios fijos y estrategias de evaluación del cumplimiento de los mismos para el consumo de los alimentos entre los profesionales. Esto implica tener profesionales sanos para atender la sanación de las personas.
- Establecer políticas y reglamentos que castiguen los actos violentos y discriminatorios en contra de los profesionales de la salud tales como: acosos sexuales, novatadas violentas, jornadas completas sin descanso para pasantes e internos/as, obligación forzada a permanecer más tiempo en las instituciones, discriminaciones a las médicas para acceder a algunas especialidades y espacios médicos.

- Promover otras acciones para la distribución de la evidencia científica, la cual se distribuye prioritariamente en el idioma inglés y en revistas de acceso cerrado.



Fuente: Solidaridad. Mijangos, F.K., 2020.

VIII.- ANEXOS

Anexo 1. Listado de palabras salud

No.

I. Dime cuáles palabras o frases se te vienen a la mente cuando digo la palabra:

Salud:

1. _____, 2. _____, 3. _____, 4. _____, 5. _____

II. Ahora dime por qué asociaste a **Salud** cada una de tus respuestas:

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Edad _____ años

Sexo: Masc () Fem ()

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 2. Listado de palabras enfermedad

No.

I. Dime cuáles palabras o frases se te vienen a la mente cuando digo la palabra:

Enfermedad:

1. _____, 2. _____, 3. _____, 4. _____, 5. _____

II. Ahora dime por qué asociaste a **Enfermedad** cada una de tus respuestas:

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Yo he respondido _____ porque

Edad _____ años

Sexo: Masc () Fem ()

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 3. La observación participante en 10 pasos según Manuel Amezcuca (2016).

- 1. Antes de comenzar: clarifica tu posición en el campo y el grado de relación con los informantes.** No es lo mismo trabajar en un lugar abierto que en uno privado o reservado (necesitarás permisos). ¿Eres observador participante (no tienes relación con el campo) o participante observador (escenario con participación profesional)?
- 2. Si eres afín al campo (participante observador), registra tus propios supuestos y controla posibles proyecciones subjetivas.** Al registrar tu propia visión sobre el asunto de estudio, estás convirtiendo en datos tu subjetividad y por tanto facilitando que sea analizada como otras más.
- 3. Gestiona adecuadamente tus porteros: los que tienen que facilitar tu entrada y permanencia en el campo.** Negocia los flujos de información, no permitas que controlen tu permanencia en el escenario (en directivos institucionales es un riesgo, mejor comprometer una información general al finalizar el trabajo de campo).
- 4. Controla la reactividad de los primeros momentos, establece un clima de buenas relaciones con los informantes.** Una buena estrategia es intensificar las relaciones interpersonales hasta que la presencia en el escenario se normalice. Si te prestas a colaborar en algo, mucho mejor.
- 5. Observa mientras convives (el hábitat, lo que dicen y hacen, los objetos y los espacios, las relaciones y los acontecimientos).** Al comienzo la necesidad de observar se incrementa, cuidado con saturarse. Mejor limitar el tiempo de observación a las posibilidades de registro de datos.
- 6. Trabaja con informantes representativos, escúchales y verifica lo que te cuentan (triangula la información).** La clave es diversificar los informantes para obtener

visiones diferentes y complementarias. En un mismo escenario conviven diferentes verdades: intenta comparar lo que te cuentan con lo que puedes observar.

7. **Utiliza un cuaderno de campo para registrar tus observaciones, tus percepciones en el escenario y tus notas metodológicas.** Registra en apartados diferentes, evita mezclar los datos objetivos con tus elucubraciones personales.
8. **Registra con disciplina, después de cada observación, y utiliza un mentor que revise tus notas.** Una hora de observación puede dar lugar a cuatro horas de registro, no acumules observaciones o perderás muchos matices. Lo normal es que conforme avances en la investigación las necesidades de registro vayan disminuyendo (saturación de los datos). Si confías en un mentor, hazles caso a sus recomendaciones.
9. **Al saturar los datos, avisa a tus informantes que abandonarás el escenario.** Recuerda que trabajas con personas y es inevitable establecer vínculos y afectividades.
10. **Agradece a todos tus informantes y colaboradores su participación en el estudio.** Deja un buen recuerdo, puede que posteriormente tengas que regresar para verificar algo.

Anexo 4. Guía de observación participante.

No. De observación:	Fecha de observación: ____/____/____	Fecha de transcripción: ____/____/____ Duración de la observación: _____ Nombre del observador: _____
Objetivo de la observación: observar la interacción de los usuarios de Quialana con los profesionales de la salud		
Unidad de análisis:	Proceso o sistema de observación	El proceso de atención y admisión en primer nivel de atención al usuario de Quialana
Unidad de observación:	Foco de observación	Usuarios y profesionales
Cómo observar:	Modalidad de observación	<p>Implicación del observador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observador totalmente participante () • Observador c/participación parcial () • Observador s/participación en el con texto (x) <p>Explicitación de la observación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abierta: todos saben que están siendo observados (x) • Unos pacientes saben que están siendo observados () • Encubierta: los participantes desconocen () <p>Explicitación del propósito de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los participantes poseen plena información () • Los participantes tienen una información parcial (x) • Los participantes no tienen información o se les ha dado una falsa información () <p>Amplitud de la observación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación holística del contexto, s/ establecer primacía (x) • Observación selectiva focalizada () <p>Duración de la observación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación larga, sesiones múltiples (x) • Observación de duración limitada, sesión única ()
Dónde observar:	Escenario de observación	Unidad de salud comunitaria de Quialana
Qué describir:	Ámbitos de observación	<p>Escenario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo es el ambiente físico •Cuál es el contexto • Qué tipo de comportamiento condiciona <p>Los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quiénes están, cuántos, cuáles son sus roles • Qué les hace coincidir allí • Criterios de admisión <p>Acontecimientos, sucesos e interacciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qué está ocurriendo

		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe alguna secuencia determinada de los acontecimientos? • Cómo interactúan los individuos entre sí y con las actividades que llevan a cabo • Cómo es el lenguaje verbal utilizado <p>Frecuencia y duración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comienzo y duración de la situación • ¿Son únicas? ¿se repiten? ¿con qué frecuencia? • ¿En qué medida es típica la situación que se está observando? <p>Aspectos sutiles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades informales e imprevistas • Aspectos simbólicos de lo que se dice • Elementos no verbales (el vestir, el decorado, etc) • Qué debería haber ocurrido y no ocurre
Cuándo y cuánto observar:	temporalización	Constante y sistemática (6 meses)
Cómo registrar:	Técnicas de registro	Notas de campos Fotografías Diario reflexivo
Cómo analizar:	Técnicas de análisis	Análisis de contenido_ Método hermenéutico

Nota: elaboración propia, a partir de Pons i Vigués, M., & Monistrol Ruano, O., 2017.

Mapa de la observación: _____

Descripción general de la observación: _____

Anexo 5.- consentimiento informado.

Yo _____, acepto de manera voluntaria participar con el proyecto de investigación denominado: prácticas sobre salud/enfermedad entre los habitantes de Oaxaca, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- Mi participación no repercutirá en mis actividades cotidianas, ni profesionales o laborales, así tampoco repercutirá en mis relaciones con mi institución de salud de la cual recibo la atención.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento: _____

Anexo 6.- índices de smith

Índices de smith's enfermedad

Tabla 26: Índice de Smith Enfermedad en Profesionales de la Salud

Item	Frequency (%)	rango promedio	Saliencia/Smith's
Estrés	25	3	0.15
Tristeza	20	2	0.16
Irresponsabilidad	15	2.67	0.1
Dolor	10	1.5	0.09
Drogas	10	2.5	0.07
Desinterés	10	3	0.06
Medicamentos	10	3.5	0.05
Muerte	10	3.5	0.05
Dieta	10	4.5	0.03
Depresión	10	3.5	0.05

Tabla 27: Índice de Smith Enfermedad en Profesionales de la Salud Mujeres

Item	Frequency (%)	rango promedio	Saliencia/smith's
Estrés	40	2.5	0.28
Irresponsabilidad	30	2.67	0.2
Tristeza	30	1.67	0.26
Medicamentos	20	3.5	0.1
Muerte	20	3.5	0.1
Dieta	20	4.5	0.06
Hospital	20	1.5	0.18
Economía	20	3.5	0.1
Falta_ejercicio	20	1.5	0.18
Ignorancia	20	3.5	0.1

Tabla 28: Índice de Smith Enfermedad en Profesionales de la Salud Hombres

Item	Frequency (%)	rango promedio	Saliencia/smith's
Pobreza	20	2.5	0.14
Costumbres	20	2.5	0.14
Drogas	20	2.5	0.14
Escolaridad	20	2.5	0.14
Falta_higiene	20	2	0.16
Sedentarismo	20	2	0.16
Herencia	10	5	0.02
Tristeza	10	3	0.06
Infecciones	10	1	0.1
Accidentes	10	4	0.04

Tabla 29: Índice de Smith en Usuarios Indígenas de Oaxaca

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/smith's
Medicamentos	30	3.17	0.17
Doctor	20	3	0.12
Fiebre	20	3.5	0.1
Muerte	20	2.75	0.13
Diabetes	15	2.33	0.11
Cuidados	15	3.67	0.07
Presion_alta	15	3	0.09
Gripa	15	1.33	0.14
Tristeza	15	3.33	0.08
Solidaridad	10	4	0.04

Tabla 30: Índice de Smith en Usuarios Indígenas de Oaxaca Mujeres

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Medicamentos	40	2.75	0.26
Cuidados	30	3.67	0.14
Cuidado_de_si_mismo	20	2.5	0.14
Presion_alta	20	3	0.12
Diabetes	20	3	0.12
Tristeza	20	3.5	0.1
Familia	20	5	0.04
Solidaridad	20	4	0.08
Cambio_clima	20	1	0.2
Gripa	20	1.5	0.18

Tabla 31: Índice de Smith en Usuarios Indígenas de Oaxaca Hombres

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Fiebre	30	3	0.18
Doctor	30	3	0.18
Muerte	30	3.33	0.16
Medicina	20	1.5	0.18
Medicamentos	20	4	0.08
Uno_mismo_lo_busca	10	1	0.1
Pandemia	10	4	0.04
Por_qué_se_da	10	4	0.04
Presion_alta	10	3	0.06
Vejez	10	4	0.04

Índices de smith's salud

Tabla 32: Índice de Smith Salud en Profesionales de la Salud

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Ejercicio	60	2.33	0.44
Bienestar	30	1.17	0.29
Dieta	25	2.4	0.18
Higiene	25	3.4	0.13

Felicidad	20	3.5	0.1
Alimentacion	20	2.25	0.15
Familia	15	3.67	0.07
Vacunas	15	2	0.12
Cuidados	15	2	0.12
Trabajo	15	4	0.06

Tabla 33: Índice de Smith Salud en Profesionales de la Salud Mujeres

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Ejercicio	70	2.57	0.48
Bienestar	40	1.25	0.38
Cuidados	30	2	0.24
Alimentación	30	2.67	0.2
Higiene	30	3.67	0.14
Emociones	20	4.5	0.06
Dieta	20	3	0.12
Vacunas	20	1.5	0.18
Prevención	20	3	0.12
Tratamiento	20	2.5	0.14

Tabla 34: Índice de Smith Salud en Profesionales de la Salud Hombres

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Ejercicio	50	2	0.4
Dieta	30	2	0.24
Familia	30	3.67	0.14
Higiene	20	3	0.12
Bienestar	20	1	0.2
Felicidad	20	2	0.16
Adherencia	20	2	0.16
Trabajo	20	4.5	0.06
Estado ánimo	10	5	0.02
Recreación	10	5	0.02

Tabla 35: Índice de Smith Salud en Usuarios Indígenas

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Comer_bien	25	2.8	0.16
Alegría	20	2.75	0.13
Cuidarse	20	3.5	0.1
Chequeo	15	3.67	0.07
Alimentación	15	4.33	0.05
Clínica	10	1	0.1
Estar_sano	10	1	0.1
Fortalecimiento	10	3	0.06
Prevención	10	3.5	0.05
Doctores	10	2	0.078

Tabla 36: Índice de Smith Salud en Usuarios Indígenas Mujeres

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Chequeo	30	3.67	0.14

Limpieza	20	3	0.12
Cuidarse	20	2.5	0.14
Alimentación	20	4	0.08
Medicamentos	10	4	0.04
Medicinas	10	3	0.06
Frío	10	5	0.02
Higiene	10	1	0.1
Libertad	10	4	0.04
Hospital	10	2	0.08

Tabla 37: Índice de Smith Salud en Usuarios Indígenas Hombres

Item	Frequency (%)	Rango promedio	Saliencia/Smith's
Comer_bien	40	2.75	0.26
Alegría	30	3	0.18
Fortalecimiento	20	3	0.12
Ejercicio	20	2	0.16
Estar_sano	20	1	0.2
Cuidarse	20	4.5	0.06
Estar_bien	20	2	0.16
Vida	20	2.5	0.125
Agua	20	3	0.12
Verduras	20	3.5	0.09

Anexo 7.- tablas de categorías y códigos

Profesionales de la salud

CATEGORIAS DE ANÁLISIS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
Desigualdades sociales	Atención de la salud	Asistencia al sistema público
		Incredibilidad en el sistema público
		Credibilidad en el sistema público
		Molestia con el sistema médico
		Asistir con médico de confianza
		Asistencia médico particular
	Salud económica	Economía y salud
	Enfermedad y pobreza	Desnutrición y comunidades
		Monolingüismo
	Procesos somáticos	Dolor y enfermedad
Afectaciones físicas del cuerpo y enfermedad		Manifestaciones de enfermedad
Emociones y espiritualidad	Temores en la experiencia de enfermar	Angustia y miedo por enfermar
		Miedo a estar en cama
		Miedo al cáncer
		Temor a diabetes
		Temor a los procedimientos
		Enfermedad y disciplinamiento médico
No asistencia al médico		

		Acompañamiento en la enfermedad
		Solidaridad y unión
		Empatía
	Solidaridad y enfermedad	Ser amigable con todos
	Enfermedad, mandato y aceptación	Esperanza y positividad Fe y esperanza en Dios
	Emociones y salud	Cuidado y motivación Salud y paz con todos salud y estilo de vida Salud y sentidos vitales Salud y sentirse activos salud y trabajo Salud y tiempo Salud y felicidad Salud y libertad Salud y manejo emocional, mental y espiritual Salud y no preocupación Salud y cambio de humor Salud y disfrute Sentirse bien y excelente Sentirse con la capacidad de ayudar Comer todo lo que se desea Salud y autosuperación Emocionalmente estable
Aspectos culturales	Cosmovisión indígena de enfermedad	Orígenes culturales de enfermedad

		Técnicas tradicionales de sanación Sentir mejoría con remedios caseros Enfermedad producida por los alimentos
	Hibridación: cosmovisión indígena-occidentales de enfermedad	Vejez y enfermedad La enfermedad desaparece sola Confianza en los avances médicos Resiliencia Una experiencia fea Una experiencia horrible Sensación dolorosa sufrida a través de un familiar Enfermedad y culpa
	Cosmovisión del cuidado	Cuidar del frío o caliente Cuidar la alimentación Cuidar el reposo y descanso Quererse y valorarse a sí mismo Autoestima y autovaloración de la vida
Conocimientos biomédicos	conocimientos médicos de enfermedad Referencia y contrareferencia médica	Conocimientos biomédicos sobre enfermedad Técnicas biomédicas Referencia con especialidad
Hábitos	Hábitos biomédicos	Cuidado, protección y revisión Tratamiento dietético Cuidar la alimentación y el ejercicio Acudir con el médico Evitar el estrés Evitar enfermar

		Desinterés en el propio cuerpo
		Enfermedad y desidia
		Falta de autocuidado
	Falta de cuidado y autocuidado del cuerpo	Pérdida de la salud por descuido

CATEGORÍAS EMERGENTES	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
Modificaciones en las representaciones sobre enfermedad	Acceso a la salud	Existen más demandas de consulta ahora Enfermedad y tecnología
	Procesos de atención	Las enfermedades son diferentes en la forma de tratarla Las enfermedades son iguales, lo diferente es el trato
	Tipos de enfermedades	Las enfermedades son más agresivas ahora Las personas de antes no sabían de qué morían
	Hábitos	Transformación en el tipo de alimentación Enfermedad y modernidad Acceso al sistema de salud Transformación en el estilo de vida
	Alternativas para la atención	Otros manejos de la salud Autotratamiento Eutanasia Desconocimiento del funcionamiento de la med. Tradicional Otras terapias
Autoritarismo médico	Autoritarismo y dominación	Autoritarismo médico Incredulidad médica Tratamiento médico como único Aculturación y olvido de cosmovisiones Tradicionales Violencia psicológica y simbólica
Estigmas y estereotipos médicos sobre enfermedad	Imaginario de cuidado	Cuidados insuficientes Rol de cuidador
	Estigmas y estereotipos médicos	Enfermedad e ignorancia Enfermedad por actitud Crear conciencia de prevención en los otros Estereotipos y prejuicios médicos
	Conflictos culturales	Conflicto cultural y creencias Falta de apoyos con pertinencia cultural
	Representación del ser	Construcción social del profesional Autoexigencia, perfección y conflicto Enfermedad escasa

profesional de salud		Sin temor a enfermar
	Jerarquía y rol profesional	Enfermedad y trabajo
		Desigualdad profesional
		Escases de personal de salud
	Falta de personal médico	

Usuarios de Quialana

CATEGORIAS DE ANÁLISIS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
Desigualdades sociales	Atención de la salud	Asistencia con médico particular
		Asistencia a sistema público
	Enfermedad y pobreza	Falta de personal médico
		Economía y atención
	Trabajo y enfermedad	Economía y enfermedad
		Relación trabajo y enfermedad
Salud económica	Economía y salud	
Procesos somáticos	Dolor y enfermedad	Dolor
		Sin dolor y salud
	Afectaciones físicas del cuerpo y enfermedad	Manifestaciones de enfermedad
Emociones y espiritualidad	Enfermedad, mandato y aceptación	Aceptar la voluntad de Dios
		Sin temor a enfermar
	Solidaridad y enfermedad	Solidaridad y unión
	Temores en la experiencia de enfermar	Temor a enfermar de diabetes
		Temor a procedimientos invasivos
	Emociones y salud	Alegría y salud
		Deseos de trabajar y salud
Fortaleza y salud		
Aspectos culturales	Cosmovisión indígena de la enfermedad	Libertad y salud
		Orígenes culturales de la enfermedad
		Enfermedad producida por los alimentos
	Hibridación: cosmovisiones indígenas-occidentales de enfermedad	Técnicas tradicionales de sanación
		Relación vejez-enfermedad
	Enfermedad y lo externo o extranjero	
	La enfermedad desaparece sola	

	Cosmovisión del cuidado	Cuidar del frío o caliente Cuidar la alimentación
Conocimientos biomédicos	Conocimientos médicos de enfermedad	Técnicas biomédicas Conocimiento biomédico enfermedad
	Reconocimiento de la biomedicina	Derivación de medicina tradicional a occidental
Hábitos	Hábitos biomédicos	Cuidado, protección y chequeo

CATEGORIAS EMERGENTES	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
Representación masculina de enfermedad	Representación masculina de enfermedad	Accidente vs enfermedad Enfermedad escasa No asistencia al médico
	Enfermedad y alcoholismo	Enfermedad y alcoholismo
	Temores de enfermedad	Temor a enfermar
Modificaciones en las representaciones sobre enfermedad	Cambios en las enfermedades	Enfermedades son más mortales
		Las enfermedades son diferentes
Alternativas para la atención	Otros manejos de la salud	Autotratamiento
		Prácticas alternativas para la salud
Autoritarismo médico	Autoritarismo y dominación	Autoritarismo médico
		Incredulidad médica
		Violencia psicológica y simbólica

Anexo 8.- calendario de trabajo

Actividad	Jul., 2018 a Ene. 2019	Feb., a dic. 2019		Ene., a may. 2020	Jun., a dic. 2020	Ene., a may. 2021.	Jun., a dic. 2021
Búsqueda de bibliografía Solicitud de autorización al comité científico y ético de la universidad para desarrollar la investigación							
Elaboración y delimitación de la fase teórica y estado del arte.							
Selección del modelo teórico y elaboración de la metodología de las Representaciones sociales.							
Elaboración del primer artículo							
Elaboración del capítulo 1 y parte del capítulo 2							

Trabajo de campo (observación participante, notas de campo, entrevistas							
Elaboración del capítulo 2, 3 y parte del 4							
Trascripción de las entrevistas							
Análisis de los datos cualitativos							
Interpretación de resultados, elaboración de discusiones y conclusiones							
Elaboración del informe de investigación							
Presentación del borrador del proyecto de investigación							
Corrección del borrador y entrega final							
Redacción del artículo de investigación							