



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

Maestría en Medicina Social
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

SUBJETIVIDAD, SALUD Y RACISMO

Una aproximación al caso de la población indígena mexicana que transita por un proceso de atención médica de tercer nivel.

TESIS

que para optar por el grado de
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

Presenta

CYNTHIA MONTER TELLEZ

Director de tesis

DR. ALEJANDRO CERDA GARCÍA

Ciudad de México

Octubre / 2018

En memoria de la abuela Josefa.

*A Paco, mi yolotl (corazón),
porque nunca dejó de creer en mí.*

A Esme y su madre, habitantes de Mil Colores.

Y aman tlenquitua moloyotzin (¿Y ahora qué dice tu corazoncito?)

Habitantes de “La Casa de los Mil Colores”

*Dentro del cuerpo humano hay un órgano que late.
Dentro del cuerpo humano, protegido por costillas, hay un músculo que duele.*

*Dentro del cuerpo humano hay un órgano que es un músculo que alimenta
la imaginación. Dentro del cuerpo hay un corazón.*

Mardonio Carballo



INDICE DE CAPÍTULOS

Introducción	12
Preámbulo	27
Yóllotzin	31

CAPÍTULO I

Proceso salud-enfermedad y producción de subjetividades.

Claves teóricas, éticas y políticas para aproximarse a la experiencia del indígena foráneo que recibe atención médica de tercer nivel en la Cd. de México

1. Ética y política en la investigación-intervención: del trabajo de campo a la escritura... 33	33
2. Subjetividad, sujeto y experiencia: la potencia creadora de la palabra	40
2.1 La dimensión política de la subjetividad	44
<i>Significaciones sociales: códigos para interpretar a la realidad</i>	49
3. La subjetividad producida por el Modelo Médico Hegemónico: crítica y alternativas ...	51
3.1 Producción de significaciones sociales alternativas sobre la salud-enfermedad	56
<i>Abrir grietas en el MMH</i>	59
<i>Significaciones sociales sobre la salud/enfermedad</i>	63

CAPÍTULO II

Presentación del caso.

Historia, descripción y objetivos de “La Casa de los Mil Colores”

1. Un lugar llamado “La Casa de los Mil Colores”: objetivos y características	75
2. Creación del proyecto “Atención de Tercer Nivel”: contexto histórico-social	89
3. El problema de acceso al tercer nivel de atención en las regiones indígenas mexicanas: historias de desigualdad social	98

CAPÍTULO III

Capítulo metodológico

Los dispositivos de intervención psicosocial como método para abordar la experiencia de la enfermedad

1. Definición del concepto de dispositivo de investigación-intervención: “máquinas para hacer ver”	108
1.1 Sobre la apertura de espacios de diálogo y reflexión	110
1.2 De la violencia en investigación-intervención	111
2. La construcción de una singular maquinaria metodológica: del trabajo de campo y sus peripecias	113
2.1 Primer momento: del reencuentro con los habitantes de <i>Mil Colores</i> y la invitación para participar en este proyecto de investigación intervención	114
2.2 Segundo momento: Del inicio formal del trabajo de campo (primeras entrevistas y pláticas informales)	116
2.3 Tercer momento: de la intervención dentro del campo grupal al taller “Y aman tlenquitua moloyozint”	120
3. El taller “Y aman tlenquitua moloyozint”	122

CAPÍTULOS DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

CAPÍTULO IV

¿Existe racismo e indigenismo dentro del Proyecto “Atención del Tercer Nivel”?

Análisis de los discursos y las prácticas en salud en *Mil Colores*

1. Tras la presencia o ausencia del pensamiento indigenista en el interior del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”	134
<i>Salud e indigenismo: homogenización cultural de la población</i>	138

<i>Racismo e indigenismo</i>	142
2. Prácticas y significaciones sociales (¿racistas?) con respecto a la atención del paciente indígena en <i>Mil Colores</i>	149
<i>El trabajador de la salud de Mil Colores</i>	154
<i>Relación trabajadora de la salud – paciente indígena</i>	156

CAPITULO V

Racismo, experiencia y enfermedad.

Tras los caminos del indígena mexicano que recibe atención de tercer nivel

ITINERARIO	168
TRES HISTORIAS	
1. De la comunidad al albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”	170
<i>Don Erasmo</i>	171
<i>Servicios de salud en las regiones indígenas</i>	172
<i>Modelos y formas de atención alternativos al MMH utilizados por los habitantes de Mil Colores</i>	177
2. Estrategias desarrolladas y redes de apoyo construidas por el habitante de Mil Colores para acceder al tercer nivel de atención	180
<i>Francisco</i>	181
<i>Estrategias utilizadas por el indígena mexicano para acceder al proyecto “Atención de Tercer Nivel” (CDI)</i>	183
3. Entre la comunidad indígena y la ciudad de México	189
<i>Verónica</i>	190
<i>Implicaciones de transitar por un proceso de atención en condiciones de continuo desplazamiento</i>	191
<i>Futuro</i>	195

CONCLUSIONES.....	198
BIBLIOGRAFÍA	207

INDICE DE CUADROS, FOTOGRAFÍAS Y DIBUJOS

CUADROS, ESQUEMAS Y TABLAS

CUADRO 1. MODELO MÉDICO HEGEMONICO: PRODUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD CON RESPECTO AL PROCESO S/E/A Y LA PRÁCTICA MÉDICA	51
CUADRO 2. MODELOS Y FORMAS DE ATENCIÓN	58
CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DEL DISCURSO Y PRÁCTICAS DEL MODELO MÉDICO HEGEMONICO (MMH)	59
CUADRO 4. PROYECTO ATENCIÓN DE TERCER NIVEL (CDI)	76
CUADRO 5. PRESUPUESTO APROBADO POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS 2011, 2012 Y 2013	77
CUADRO 6. CAUSAS DE LA MIGRACIÓN EN POBLACIÓN INDÍGENA MEXICANA. CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000	100
CUADRO 7. DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS ENTREVISTADOS	117
EQUEMA 8. EJES ANÁLITICOS – DESCRIPTIVOS (ANÁLISIS DEL AMBITO INSTITUCIONAL)	132
CUADRO 9. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “EL TRABAJADOR DE LA SALUD Y LA IDENTIDAD INDÍGENA DEL PACIENTE”	134
CUADRO 10. DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS INDIGENISTAS EN MÉXICO (1910 2006).....	138
ESQUEMA 11. DEFINICIÓN DE RACISMO	143
CUADRO 12. DEL INI A LA CDI (1948 - 2012)	146
CUADRO 13. CONSULTA EN MIL COLORES SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS	150

ESQUEMA 14. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS POR EL TRABAJADOR DE LA SALUD DE MIL COLORES PARA REALIZAR SUS LABORES DIARIAS	153
ESQUEMA 15. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS POR EL TRABAJADOR DE LA SALUD DE MIL COLORES PARA REALIZAR SUS LABORES DIARIAS	155
CUADRO 16. INFLUENCIA DEL INDIGENISMO EN LA RELACIÓN TRABAJADOR DE LA SALUD – PACIENTE INDÍGENA	157
CUADRO 17. POBLACIÓN INDÍGENA EN LA CIUDAD DE MÉXICO	158
CUADRO 18. EL PAPEL DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL EN <i>MIL COLORES</i>	161
ESQUEMA 19. EJES ANÁLITICOS-DESCRIPTIVOS	168
CUADRO 20. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “SERVICIOS DE SALUD EN REGIONES INDÍGENAS”	172
CUADRO 21. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA RURALES”	174
CUADRO 22. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “MODELOS DE ATENCIÓN ALTERNATIVOS UTILIZADOR POR LOS HABITANTES DE MIL COLORES”	177
GRÁFICO 23. FUENTES DE TRABAJO DE LOS HABITANTES DE MIL COLORES	183
CUADRO 24. SINIFICACIONES SOCIALES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TERCER NIVEL CONSTRUIDAS POR LA POBLACIÓN INDÍGENA DE MIL COLORES.....	184
ESQUEMA 25. RED DE APOYO EN SALUD DE LOS HABITANTES DE MIL COLORES	187
CUADRO 26. CATEGORÍA DE ANÁLISIS: “ENTRE LA COMUNIDAD INDÍGENA Y LA CIDUAD DE MÉXICO”	192
CUADRO 27. IMPLICACIONES QUE TIENE PARA EL PACIENTE INDÍGENA TRANSITAR POR UN PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA EN UNA SITUACIÓN DE CONTINUO DESPLAZAMIENTO.....	193
CUADRO 28. LA NOCIÓN DE FUTURO EN LA POBLACIÓN INDÍGENA DEL ALBERGUE	195

FOTOGRAFÍAS

Foto 1 Comedor del albergue “La Casa de los Mil Colores”	39
Foto 2. Monumento erigido a Cristóbal Colón. Paseo de la Reforma, Ciudad de México	45
Foto 3. Entrada principal de Mil Colores	75
Foto 4. Telares en las habitaciones de Mil Colores.....	84

Foto 5. Gonzalo Aguirre Beltrán, Chiapas. Alfonso Fabela, fotógrafo. 1957. Fototeca Nacho López, CDI	138
Foto 6. Gonzalo Aguirre Beltrán (Subdirector del INI, 1952). Zinacatán, Chiapas. Autor desconocido, 1956. Fototeca Nacho López, CDI	145
Foto 7. Tejiendo hamacas en Mil Colores	156
Foto 8. Habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”	166
Foto 9. Pasillo del área verde de Mil Colores	167
Foto 10. Sanación con rosas en Mil Colores	178
F11. Visita a La Marquesa (2013)	191
Foto 12. Habitación de Mil Colores	192

DIBUJOS. OBRA COLECTIVA YÓLLOTZIN (2013 – 2014)

“Los patos de mi padre”	31
“Alas y libertad”	69
“Noches de paz”	106
“Frutos I”	131
“Frutos II”	165

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”, hombres y mujeres quienes, con gran apertura y disposición, me permitieron entrar a lo más íntimo de sus vidas y me enseñaron que rendirse ante la adversidad nunca es opción.

A la psicóloga Nora Sevilla y los trabajadores de la salud que laboran en el albergue por dejarme aprender de su valiosa labor en la atención al paciente indígena que requiere atención médica de tercer nivel. Agradezco el tiempo compartido y palabras.

A la maestría en Medicina Social, por dejarme entrar a sus aulas, creer en mi propuesta de investigación y enseñarme otro modo (alternativo y revolucionario) de entender los procesos de salud – enfermedad. Gracias por enseñarse el vínculo indisoluble que una a salud – enfermedad con la política.

A la coordinadora de la maestría, la Dra. Ángeles Garduño, por sus enseñanzas, comprensión, apoyo, guía, afecto y acompañamiento. Gracias por siempre darme ánimo y escucharme en aquellos momentos de duda.

A mi director de tesis, el Dr. Alejandro Cerda García, por su apoyo, guía, lectura y observaciones.

Al Dr. Enrique Rajchemberg por aceptar ser mi lector a último momento. Gracias por leer mi trabajo con mucho detalle y en tan poco tiempo, por cada una de sus observaciones, paciencia, sugerencias y disposición. Gracias por enseñarme que el racismo no sólo es una cuestión colonial, sino que este se ha materializado de diferentes maneras en la historia mexicana.

A la Mtra. Verónica Alvarado por su acompañamiento, lectura y afectos. Gracias profesora porque desde que era estudiante de licenciatura, usted me enseñó la importancia de la escucha y reciprocidad con el *otro*. Cuestión muy necesaria en los actuales contextos de individualismo y desesperanza.

Al Dr. Edgar Bautista por ayudarme a darle estructura a este trabajo. Gracias por siempre responder a mis llamadas y enseñarme que la “forma” siempre importa.

Al Mtro. Mario Bravo por ser mi cómplice y compañero en esta travesía. Gracias por leer mi trabajo minuciosamente y por enseñarme que nuestra profesión también debe ser una praxis politizada y revolucionaria. Gracias por tu paciencia, observaciones, amor y guía. Gracias por aguantar mi mal humor y escucharme en aquellos momentos en los cuales llegué a pensar que este trabajo no tendría punto final. Gracias porque nunca dejaste de confiar en mí.

A mi madre por su amor y apoyo. Gracias por siempre tener la palabra adecuada para calmar mi angustia y nerviosismo.

A mi abuela.

INTRODUCCIÓN

I

“La historia de la abuela”

La madrugada del 22 de junio del año de 2012, me despertó el llanto desconsolado de mi madre: mi abuela materna, Josefa De la Cruz San Juan, había muerto.

Jamás tuvimos una relación cercana, pensé en repetidas ocasiones durante su funeral. En ese mismo día, cumplí 27 años de edad y casi un año de haber ingresado a la maestría en Medicina Social (UAM-Xochimilco). Las distancias geográficas siempre nos separaron (me digo, como queriendo justificar el carácter distante de nuestra relación). Los pocos recuerdos que conservo de ella se sitúan en mi infancia. Me miro llegando a su casa en Poza Rica, Veracruz: las paredes de madera, el piso de tierra y el olor a café de olla recién hecho por la mañana; así solían ser mis vacaciones familiares.

Durante mi adolescencia, la abuela decidió irse a vivir a Ciudad Juárez, Chihuahua. Entonces encontrarnos se convirtió en algo verdaderamente imposible. Ella, radicando en el norte del país y nosotros (mis padres y hermanos) en el aún Distrito Federal.

Lo que sé de mi abuela, lo aprendí a través de mi madre.

Josefa De la Cruz San Juan, mujer totonaca, originaria de Papantla, Veracruz; enviudó siendo muy joven. “Líos de faldas”, se dijo en su momento. Fuera esto verdad o mentira, lo cierto es que la ausencia de mi abuelo -un hombre mestizo que impartió clases en alguna escuela primaria de Poza Rica- marcó profundamente la vida de mi madre y mis tíos.

Viuda, repudiada por la familia de mi abuelo debido a su origen; analfabeta, pobre, mujer e indígena; mi abuela cuidó a sus hijos haciendo frente al contexto histórico de marginación, discriminación y desigualdad social vivido desde hace siglos atrás por la población indígena mexicana. Sin acceso a servicios de salud, agua potable, drenaje, electricidad y educación; Josefa De la Cruz siempre se las ingenió para que en la mesa de su casa nunca faltaran los alimentos: café, salsa, frijoles de la olla y tortillas hechas a mano; eran la dieta básica de mi madre y sus hermanos.

Entre los recuerdos que dejaron su impronta en la vida de mi madre (y, por lo tanto, en la mía), se encuentra el siguiente: cursando el tercer grado de Primaria, mi madre se acercó a su maestra para decirle que ya no podría ir más a la escuela. ¿El motivo?, debía cuidar a sus hermanos, mientras mi abuela iba a trabajar. Por tal situación, mi madre se propuso que todos sus hijos tuvieran educación: por ello estoy aquí, Psicóloga de profesión y próxima maestra en Medicina Social.

“Ni mi madre ni mis tíos hablan totonaca, salvo algunas palabras, pero no logran articular ni una oración”; fue otra de las frases que ocuparon mis pensamientos durante los meses posteriores a la muerte de mi abuela. En gran medida, su ausencia visibilizó - de una manera dolorosa- lo poco que conocía acerca de su historia y, por lo tanto, de mi origen. La pregunta por quién había sido ella, me era difícil de responder. Siendo así, la partida de mi abuela puso de manifiesto cierto *faltante* o, mejor dicho, aquello que se fue escribiendo al margen de mi historia familiar.

Estos vacíos en mi memoria devinieron en preguntas concretas: ¿por qué mi abuela decidió que mi madre y tíos no hablaran totonaca? ¿Qué significó para ella su pertenencia a un pueblo indígena? ¿Qué sintió y pensó cuando la familia de su marido no la apoyó con el cuidado de sus hijos, sólo por ser indígena? Cuando mi madre a la edad de 17 años decidió irse a la Ciudad de México en busca de mejores condiciones de vida, ¿qué pasó por su mente al ver a su hija alejarse de su lugar de origen a causa de la pobreza en la cual vivían?

Muchas preguntas por hacer, pero ahora... ¿quién me las respondería?

II

La tesis

Ningún investigador indagará sobre un tema sin que éste le signifique algo. Y mi caso no es la excepción.

Muchas de las preguntas planteadas al morir la abuela Josefa, adquirieron un carácter epistemológico. Cuestión que se hizo evidente cuando en el año de 2010 conocí a los habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”. Dicho caso puso de manifiesto que la historia de marginación y desigualdad social enfrentada por aquella

mujer totonaca no era un caso aislado, sino que formaba parte de una larga historia de racismo padecida por la población indígena mexicana desde tiempos coloniales.

Fue así como nació la inquietud por indagar qué procesos histórico-sociales, subjetividades y mecanismos de poder puestos en marcha dentro de nuestra cotidianidad; legitiman y promueven que los pueblos indígenas vivan, enfermen y mueran en terribles condiciones, esto en contraste con el resto de la población nacional (la mestiza).

Particularmente, las interrogantes fueron aterrizando dentro del campo de la salud; mi relación con los habitantes de *Mil Colores* posibilitó la apertura de preguntas teórico-descriptivas-analíticas con respecto a las consecuencias que la subjetividad racista (habitante en las mentes, cuerpos e instituciones sociales de la actualidad) tiene sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) transitados por este sector de la sociedad. Siendo el foco de atención el problema de acceso al tercer nivel predominante en las regiones indígenas del país. Puntualmente, las preguntas que guiaron este proceso de investigación-intervención fueron: ¿cuáles son las significaciones sociales y prácticas en salud reproducidas por el trabajador que labora en el albergue con respecto a la atención del paciente indígena de *Mil Colores*? ¿cómo vive, significa y describe el habitante de *Mil Colores* su tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel?

Por otra parte, los objetivos perseguidos fueron: a) describir y analizar la intervención institucional (significaciones sociales y prácticas en salud) desarrollada por la CDI, mediante el proyecto *Atención de Tercer Nivel* y el albergue, ante el problema de acceso al tercer nivel de atención en las regiones indígenas mexicanas, y b) caracterizar e indagar cuáles son los sentidos y las significaciones sociales que adquiere para el indígena que reside en “La Casa de los Mil Colores”, su tránsito por un proceso de atención de tercer nivel. Dicho de otra manera: ¿qué significa y vive el sujeto indígena transitar por un proceso de atención en una situación de constante desplazamiento (de su lugar de origen a la ciudad de México y viceversa).

Así la tesis que usted está leyendo ahora, es el resultado de un proceso de investigación-intervención (2011 – 2013) que tuvo lugar en el interior del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”, institución que forma parte del proyecto “Atención de Tercer Nivel” promovido por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, antes Instituto Nacional Indigenista –INI–), desde el año de 1981. Siendo

hasta este momento, el único proyecto de salud existente a nivel nacional, encargado de hacer frente a dicha problemática de salud.

El objetivo de *Mil Colores* es, a grandes rasgos, brindar hospedaje y apoyo económico (medicamentos, pasaje local y foráneo, etc.) a la población indígena mexicana, la cual proveniente de los diferentes estados de la República mexicana, arriba a la capital del país (acompañados de una historia, un origen, bagaje cultural, una forma particular de nombrar al mundo, dolores físicos, miedos y ansiedades); con el propósito de acceder al tercer nivel de atención, pues en sus lugares de origen no existe la infraestructura médica-hospitalaria necesaria para el tratamiento de sus malestares físicos.

De múltiples maneras, las historias singulares que se escriben y entrecruzan por las habitaciones de este albergue, no son tan diferentes a la historia de mi abuela materna. Ambos sujetos comparten la misma historia colectiva, a saber: una historia de racismo colonial que se reactualiza y materializa en el actual contexto de pobreza, desigualdad, discriminación y marginación prevaleciente en los municipios indígenas mexicanos.

Mismo contexto histórico-social que en la década de los años 70' orilló a mi madre a desplazarse hacia la Ciudad de México (dejando tras de sí, su lugar de origen y familia), en la búsqueda de mejores condiciones de vida. Mismo contexto que en nuestros días, continúa empujando a la población indígena mexicana a transitar por una historia de recurrentes fatalidades, es decir: en tanto seres humanos racializados como inferiores, la simple pertenencia a un pueblo indígena los condena a una vida repleta de continuas carencias en materia de salud, educación, alimentación, acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad, etc.

Con base en lo anterior, las próximas preguntas se colocan sobre la mesa de trabajo: ¿qué “pecado” histórico pesa sobre las espaldas de la población indígena para que deban de padecer contextos sociales de racismo, pobreza y desigualdad social? ¿Por qué mi abuela y los habitantes de *Mil Colores* han tenido que luchar para tener una vida digna? ¿Acaso el derecho a la salud, educación y trabajo digno no aplica para ellos? ¿Cuáles mecanismos de poder y control social entran en juego para que este estado de cosas permanezca así durante siglos, atravesando los diferentes ámbitos de la vida de sujetos como mi abuela y los habitantes de este albergue

En lo referente al problema de acceso al tercer nivel de atención latente en las regiones indígenas mexicanas, cabe aclarar que este no será concebido como el mero resultado del aislamiento geográfico o condiciones de pobreza en que vive este sector de la sociedad (tal como lo explica la CDI). Por el contrario, la premisa desarrollada corresponde a la producción de una *subjetividad hegemónica racista / colonial / biomédica occidental dentro del campo de la salud*, la cual legitimada desde el Estado mexicano y sus instituciones; normaliza que los pueblos indígenas vivan una terrible situación cuando enferman y requieren de atención médica especializada, en contraste con el resto de la población nacional.

Todo lo anterior, contando como telón de fondo las políticas indígenas implementadas en nuestro país desde los años 40' del siglo XX, las cuales durante décadas —bajo el lema de “mexicanizar al indio” — han dirigido y orientado las maneras en que el Estado a través de sus políticas públicas, programas sociales e instituciones como la CDI, significan al sujeto indígena y dan respuesta a los problemas de salud que éste padece.

Es importante señalar que dicha *subjetividad hegemónica racista* en salud, lamentablemente se materializa en cuestiones concretas, como por ejemplo: nacer indígena significa *per se*, que se vivirá en un contexto de marginación; se tendrán menos posibilidades de recibir educación; se morirá a una edad más temprana; se padecerán problemas de desnutrición crónica; se residirá en regiones en donde la presencia de unidades médicas es casi nula; se enfermará de las denominadas “patologías de la pobreza” (cólera, paludismo, dengue, etc.) y se abandonará el lugar de origen en búsqueda de mejores oportunidades de vida. En pocas palabras: se tendrá una peor salud y condiciones de vida, en contraste con el resto de la población mexicana —la población no-indígena— (Zolla, 2007 y OMS, 2007).

Las preguntas —insisto— que quedan en el tintero son: ¿por qué se continúa manteniendo y reproduciendo en nuestro país tan tajante división entre población indígena y no-indígena? y, sobre todo, ¿por qué la salud se compromete enormemente tan sólo por nuestro origen e historia?

Cabe mencionar que aun cuando dichas interrogantes dirigen y atraviesan la exposición del presente trabajo en su conjunto; podemos mencionar de entrada, que todas ellas apuntan hacia una misma dirección: subrayar que el problema de acceso a la

atención médica padecido por la población indígena mexicana, no obedece simplemente a un contexto social coyuntural; por el contrario, se vincula a procesos histórico-sociales de muy larga data. Específicamente, pienso en aquellos momentos cuando en el mundo los procesos de conquista y colonización en América favorecieron que nuestras subjetividades e Historia comenzaran a escribirse con sangre y dolor.

En este sentido, las experiencias singulares de quienes habitan en *Mil Colores*, al tiempo que revelan las implicaciones que tiene enfermar gravemente dentro de una región indígena mexicana; también visibilizan cómo las relaciones de superioridad / inferioridad (racismo colonial) que configuran gran parte de los vínculos sociales hoy en día, se materializan en aspectos fundamentales para la vida de hombres y mujeres, como el derecho a la salud.

Más aún, echan luz sobre procesos de *resistencia* emprendidos por sujetos “comunes” y “corrientes”, en contra de la *subjetividad hegemónica racista* que orienta y dirige la intervención institucional ante los problemas de salud padecidos por este sector de la sociedad. Modos de resistencia que desarrollados dentro del espacio de las *micropolíticas de los de abajo* (Zibechi, 2011); se manifiestan en cuestiones tan singulares como, por ejemplo, frases cotidianas desde las cuales se enuncia la lucha por el derecho a la salud y la defensa de la vida misma.

Principalmente, pienso en frases que dichas en otro idioma —en uno digamos, no “oficial” y subalterno— invitan y promueven un pensamiento crítico sobre nuestra realidad social.

III

“Y aman tlenquitua moloyozint”

Durante mis primeros días en *Mil Colores*, sus habitantes me enseñaron a decir “Y aman tlenquitua moloyotzin”; frase náhuatl que en español significa “¿y ahora qué dice tu corazoncito?”

Con el tiempo tal frase se convirtió en la bandera enarbolada por quienes estuvimos involucrados en la presente investigación-intervención. Esto por varias razones. En principio, indagando entre libros de poesía náhuatl y las propias palabras de los habitantes de *Mil Colores*, encontré que desde la cosmovisión náhuatl, hablar del *corazón*

es hacer referencia al *centro de la vida*. Pues es ahí, en este órgano vital que late en nuestro interior, en donde sin censura habitan nuestros más íntimos pensamientos, miedos y deseos. No por nada, el término *yolotl* (corazón) es un recurso utilizado por quienes hablan esta bella lengua para expresar diversas emociones y decir a *grito abierto* (Carballo, 2012: 44-25):

Ni mitz tlazojtla ika nochi no yolotl = Yo te amo con todo el corazón

Ni yolchoka = Mi corazón está llorando

Ni mo yolpachojtok = Estoy deprimido, con el corazón aplastado

Ni mitz yolmajtok = quiere decir te extraño, nostalgia.

Igualmente, la palabra *yolotl* remite a tiempos ancestrales (mucho antes de que ocurriera el mal llamado *descubrimiento de América*, durante aquel año de 1492), cuando los habitantes de Mesoamérica al ofrendar el corazón a los dioses, ofrecían la vida misma: entera, sin esconder o reservar nada para sí mismos.

Desde esta manera de significar a dicho término, decir *y aman tlenquitua moloyotzin* por los pasillos de *Mil Colores*, adquirió múltiples y valiosos sentidos. Por ejemplo, para nosotros representó la oportunidad de decirle al otro: “te escucho con afecto”. También reflejó la necesidad y urgencia de no ser indiferentes y dolernos junto a aquellos que transitan por una profunda tristeza o preocupación; fortalecer la ayuda mutua, ser valientes, levantar la cabeza con orgullo ante nuestro origen indígena y luchar ferozmente por nuestro legítimo derecho a la salud.

No es exagerado decir entonces, que esta frase náhuatl nos acompañó (a los habitantes de *Mil Colores* y a mí) de principio a fin del trabajo de campo. Tanto que de pronto dejó de importarnos quién la había dicho originalmente, pues era la bandera que juntos abrazábamos. Siendo así, lo realmente importante era el significado que adquiría para todos nosotros, puntualmente la posibilidad de juntarnos para intercambiar palabras y afectos; nombrar los agravios históricos cometidos en contra de la población indígena y, sobre todo, producir nuevas reflexiones colectivas en torno a lo que representa nacer indígena y enfermar en un país como México.

Por lo tanto, decir *y aman tlenquitua moloyotzin* era señalar tanto la justificación como el propósito de mi permanencia en *Mil Colores*; a saber: por una parte, construir una mirada sobre el problema de acceso a la atención médica de tercer nivel, presente en las regiones indígenas mexicanas, desde y con el indígena que lo padece en su cotidianidad,

es decir, a partir del abordaje del caso concreto de quienes habitan en *Mil Colores*. Y por la otra, dar cuenta de la manera en la cual dicha población significa y vive su tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel.

Mirada colectiva, teórica y reflexiva que reconociéndose fragmentaria, comparto a lo largo de los siguientes cinco capítulos.

IV El capitulado

En el capítulo primero se expondrá el marco teórico-conceptual construido para abordar el caso de los habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”. Caso concreto que sirvió como punto de lanza para producir una mirada crítica, reflexiva y colectiva, esto con respecto a lo que significa para la población indígena mexicana, padecer cotidianamente la falta de atención médica de tercer nivel en sus lugares de origen.

En primera instancia se señalará que cuando de procesos de investigación-intervención se trata, no basta con explicar a detalle los conceptos teóricos utilizados, sino que también es obligatorio señalar el posicionamiento ético-político asumido por parte del investigador, esto frente al problema social abordado (si de verdad se quiere producir conocimientos que, parafraseando al sabio alemán nacido en Tréveris, *no sólo interpreten al mundo sino que lo transformen...* tal como Carlos Marx lo sostuviera en las conocidas *Tesis sobre Feuerbach*).

En continuidad con lo anterior, se explicará que los recursos teóricos utilizados para recuperar las experiencias y trabajar con las palabras compartidas por los sujetos que —con gran disposición— participaron en esta investigación; fueron extraídos de tres grandes campos de conocimiento: la *Medicina Social Latinoamericana*, la *Psicología Social de Intervención* y la *Teoría Decolonial*. Desde dichos campos articularé los siguientes conceptos: *Proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a)*, *Subjetividad* y *Racismo*.

Cabe señalar que en este primer capítulo me ocuparé de exponer cómo cada sociedad produce, mediante las instituciones que la conforman (Estado, Hospitales, Medios de Comunicación), una *subjetividad hegemónica* (prácticas, conocimientos,

significaciones, lenguaje, técnicas, valores, imaginarios, etc.) con respecto a los modos en que debe ser entendida la salud, la enfermedad y sus modos de atención.

Particularmente, se resaltarán que dicha *subjetividad hegemónica en salud* nombrada por el Dr. Eduardo Menéndez como *Modelo Médico Hegemónico (MMH)*, se distingue por ser de índole biologicista, individualista, a-histórica, a-social, a-subjetiva, racista, eurocéntrica y capitalista —en su fase neoliberal. Destacando que el elemento racista que atraviesa a dicho modelo de corte biomédico, impacta de manera negativa en los procesos de s/e/a transitados por la población indígena, puesto que se vuelve una maquinaria productora de desigualdad social, marginación y racismo en salud.

En el capítulo II se narrará la historia del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” y de sus habitantes; colocando el acento en las siguientes cuestiones: ¿bajo qué contexto histórico-social nació el proyecto “Atención de Tercer Nivel” promovido por la CDI? ¿De qué manera opera dicho proyecto? ¿Cuáles requisitos deben cubrir sus habitantes para ser merecedores de los “apoyos” brindados mediante este programa de salud asistencialista? ¿Quiénes son los trabajadores de salud y habitantes de *Mil Colores*? ¿De dónde provienen? En el caso de los pacientes, ¿cuáles son sus diagnósticos?

Culminaré dicho capítulo señalando que si bien, hasta este momento no existen datos oficiales que brinden una idea lo más cercana a la realidad acerca de la magnitud del problema de acceso al tercer nivel de atención presente en las regiones indígenas mexicanas (por el contrario, en una evaluación realizada por el CIESAS, durante el año de 2002, se encontraron numerosos vacíos y errores en los informes elaborados por la CDI con respecto a este programa de salud); sí presentaremos algunas cifras que dibujan un panorama general en torno a las condiciones de salud en las cuales vive este sector de la sociedad.

Posterior a ello, el capítulo III se centrará en la descripción pormenorizada sobre la metodología utilizada para promover el acercamiento y diálogo horizontal entre quien esto redacta y los habitantes de *Mil Colores*. Así, se iniciará señalando que el trabajo de campo tuvo como fundamento teórico-metodológico las nociones de *dispositivo de intervención psicosocial e implicación*.

En lo referente al concepto de *dispositivos de intervención*, se explicará que este término alude a la construcción de una “máquina” capaz de producir visibilidad sobre determinado campo de la experiencia social. Singular *maquinaria metodológica*, la cual en

pocas palabras, crea las condiciones necesarias para enunciar y visibilizar las experiencias de sujetos que padecen una determinada problemática social cotidianamente (Fernández, 2008).

Principalmente, aquí se detallará que la construcción de dicha *máquina para hacer ver* posibilitó la producción de las condiciones necesarias para producir una mirada reflexiva y colectiva con respecto al problema de salud padecido por los habitantes de *Mil Colores*; esto en concordancia con la propuesta teórica crítica de la *Medicina Social latinoamericana* sobre la *salud-enfermedad*.

Las herramientas metodológicas utilizadas fueron la observación participante, el grupo de reflexión y la entrevista individual semiestructurada. Así, se realizaron 21 entrevistas individuales (13 pacientes, 5 familiares y 3 trabajadores de la salud). Asimismo, se realizó un taller que, usando la modalidad de grupo de reflexión, fue presentado al albergue como propuesta de intervención psicosocial, desarrollándose a lo largo de 5 sesiones de 45 minutos (una vez por semana). Dicho taller llamado *Y aman tlenquitua moyolotzin* tuvo como objetivo que usuarios, familiares y trabajadores de la salud compartieran sus experiencias y reflexiones referentes a cómo viven, desde sus propias singularidades, el problema de acceso al tercer nivel predominante en las regiones indígenas mexicanas.

Cabe mencionar que el taller dio pie a la creación de una serie de dibujos realizados por los habitantes de *Mil Colores*, los cuales ilustran la mirada que estos sujetos tienen en torno a la comunidad. Algunos de ellos acompañan el presente texto.

Finalmente se indicará que bajo estas coordenadas teórico-metodológicas, el trabajo de campo se dividió en tres momentos, los cuales son: a) *Primer momento*: donde se hablará del reencuentro con los habitantes de *Mil Colores* y la invitación extendida hacia ellos, esto para participar en este proyecto de investigación; b) *Segundo momento*: inicio del trabajo de campo (entrevistas individuales y pláticas informales), y c) *Tercer momento*: el taller *Y aman tlenquitua moyolotzin* (invitación, sesiones, dudas y dificultades).

Para los capítulos IV y V se elaborará el análisis del caso, quedando dividido de la siguiente manera. El capítulo IV comenzará con una breve reflexión sobre el tema del *derecho a la salud* de los pueblos indígenas; misma reflexión que desembocará en la descripción y análisis de la dimensión institucional que atraviesa el caso de los habitantes de *mil Colores*.

Particularmente, la atención estará puesta en el componente racista presente en la postura e intervención por parte del Estado mexicano (esto vía las políticas públicas, los programas sociales e instituciones) ante los problemas de salud que aquejan a este sector de la sociedad. Haciendo hincapié en cómo dicho “posicionamiento oficial” ante el tema de salud de los pueblos indígenas, tiene como principales referentes históricos los trabajos de Manuel Gamio y Gonzalo Aguirre-Beltrán, antropólogos mexicanos, defensores de un pensamiento indigenista que con el tiempo se instituyó como la teoría y práctica del Estado para resolver el mal llamado “problema indígena”.

En relación con lo anterior, se profundizará en el concepto de racismo-colonial desarrollado dentro de la *Teoría Decolonial*, así como la propuesta elaborada por Michel Wieviorka; esto con la intención de subrayar que la subjetividad y las prácticas en salud promovidas por el Estado mexicano e instituciones como la CDI, son de índole racista. Así, recuperando los trabajos de teóricos críticos como Frantz Fanon, Eduardo Menéndez, Ramón Grosfoguel, Walter D. Mignolo y Silvia Rivera Cusicanqui; se expondrá que las políticas indigenistas —las cuales desde el siglo pasado han orientado las prácticas de instituciones como la CDI o el propio albergue indígena— tienen como fundamento la división de las poblaciones entre inferiores y superiores (*colonialismo interno*). Sustentando así de mejor manera la premisa planteada en el capítulo I acerca de la producción de una subjetividad racista-colonial dentro del campo de la salud en nuestro país¹.

El capítulo V versará sobre la materialidad del racismo colonial en salud, esto en la vida cotidiana de los hombres y mujeres indígenas que habitan en *Mil Colores*. Por tanto, en este último capítulo se responderán preguntas tales como: *¿Qué caminos han sido andados por quienes habitan en Mil Colores, esto en su imperiosa necesidad por acceder al tercer nivel de atención? ¿Hacia cuáles lugares los han llevado sus pasos en la defensa del derecho a la salud? ¿Cuáles han sido los obstáculos, tropiezos o piedras pateadas en su caminar? ¿Cómo ha sido su estancia en el corazón del país, una ciudad marcada tanto por la presencia de una gran diversidad cultural, étnica y lingüística; como*

¹ Cabe señalar que no se expondrá una visión unilateral del racismo sólo por ser del orden de lo colonial, como si fuera uno y el mismo en toda América Latina. Si bien nos sostenemos en el concepto del racismo colonial propio de la teoría decolonial, intentaremos alimentar una categorización teórica más amplia, que no se suscriba sólo a una corriente, *marca* o moda teórica sino que sea abarcadora de distintos procesos. Para ello, hemos echado mano de las argumentaciones del sociólogo M. Wieviorka, quien expone lúcidas reflexiones des su texto *El espacio del racismo*.

por la proliferación de prácticas discriminatorias? ¿Cómo experimenta su identidad indígena dentro de este contexto de lucha por la salud?

Así, teniendo como marco referencial el concepto de *carrera del enfermo* (Menéndez, 2009), en este último capítulo se dibujan y reconstruyen los pasos andados por quienes habitan en *Mil Colores*, esto en su lucha por atender sus malestares físicos, partiendo de los siguientes ejes analítico-descriptivos:

1. *De mi comunidad a La Casa de los Mil Colores* (lugar de origen; comunidad indígena; primeros modos de atención; diagnóstico médico; la forma en que se enteraron del Proyecto “Atención de Tercer Nivel”; cómo llegaron a *Mil Colores* y a qué dificultades se enfrentaron para poder llegar a la Ciudad de México).

2. *Estrategias desarrolladas y redes de apoyo construidas por el habitante de Mil Colores para acceder al tercer nivel de atención* (tiempo que llevan acudiendo al Mil Colores; cómo solventan sus gastos médicos, el pasaje local-foráneo; cómo es la convivencia en el interior del albergue tanto entre los propios habitantes como con los trabajadores de salud que laboran en este espacio, etc.).

3. *Entre mi comunidad y la Ciudad de México* (Descripción sobre cómo es su estancia en la Ciudad de México; qué significa para los habitantes de Mil Colores transitar por un proceso de atención médica de tercer nivel en una situación de continuo desplazamiento; qué implicaciones tiene dicha situación en los diferentes ámbitos de su vida, etc.).

La intención es narrar una parte de la historia de vida de los habitantes de *Mil Colores*, sujetos —quienes con gran valentía— han emprendido un largo camino en la búsqueda y lucha por mejorar sus condiciones de salud, esto dentro de un contexto en donde, por una parte, prevalece un modelo médico hegemónico productor de marginación y desigualdad social y por el otro, prevalece una subjetividad racista colonial en salud, la cual atraviesa y orienta los procesos de salud/enfermedad/atención vividos por estos conjuntos sociales.

En términos generales, se llegó a la conclusión de que tras problemáticas de salud concretas como las enfrentadas por los habitantes de *Mil Colores*, existen una serie de procesos histórico-sociales de muy larga data, los cuales han devenido en una subjetividad racista colonial, la cual atraviesa y se materializa en la cotidianidad de este

sector de la sociedad: inferiorizando y poniendo en tela de juicio su humanidad y, por tanto, su legítimo acceso a derechos sociales como la salud.

En este sentido, se visibilizó que la intervención de *Mil Colores* y, por tanto, el programa de Atención de Tercer Nivel (CDI) del cual forma parte, es insuficiente y racista; esto por varias razones: a) tiene como herencia un pensamiento indigenista fundado en la racialización del sujeto indígena como ser inferior, b) explica el problema de acceso al tercer nivel de atención en las regiones indígenas como un mero problema coyuntural y no reconoce el componente histórico racista que lo atraviesa, c) los trabajadores de la salud que laboran en el albergue no cuentan con la capacitación necesaria para ejercer sus labor en contextos de interculturalidad (muchos de ellos desconocen la cultura, tradiciones, creencias y saberes sobre la salud/enfermedad de los pacientes indígenas a los cuales atienden a diario), d) el albergue no cuenta con traductor en lenguas indígenas, e) tampoco realiza ningún tipo de seguimiento con respecto a la población atendida y, finalmente, f) el programa no tiene la suficiente difusión, por lo cual sólo brinda atención a aquella población que se entera por “casualidad” de *Mil Colores* y no a la población que lo necesita.

Asimismo, los habitantes del albergue manifestaron que su tránsito por un proceso de atención de tercer nivel en las condiciones que aquí se dibujan (de continuo desplazamiento) les genera un gran desgaste físico y emocional, motivo por el cual muchos terminan abandonando su tratamiento médico.

Entre las principales consecuencias de dicha problemática en la vida de los habitantes de *Mil Colores*, esta la pérdida de su lengua, desvalorización de su origen indígena, discriminación, deserción escolar, inestabilidad económica, vivir temporalmente en la ciudad de México en condiciones de total precariedad y en el peor de los casos, el abandono del tratamiento médico.

Ante este contexto, se inserta la pregunta: ¿qué podemos hacer como sociedad para dejar de reproducir dicha subjetividad hegemónica racista?

Habiendo dicho esto, en la tesis que usted ahora sostiene en sus manos se intentará dar respuesta a las preguntas aquí planteadas y otras tantas que han ido emergiendo durante el proceso de escritura. Interrogantes que apuntan hacia la recuperación y valoración de experiencias de vida como las de mi abuela materna y los

habitantes de Mil Colores. Todo esto dentro de un escenario en donde los procesos de salud-enfermedad-atención vividos por la población indígena mexicana, colocan en debate cuestiones como la recuperación y valoración del origen e identidad indígena.

Sin más que añadir a este breve recuento con respecto a lo acontecido durante el proceso de investigación-intervención que tuvo lugar en el interior de *Mil Colores*, le deseo a usted lector, una muy buena lectura.

MAMÁ Y LA ABUELA



La abuela Josefa De la Cruz San Juan (al centro), mi madre Paz Tellez de la Cruz (izquierda de la abuela), la tía Julia (derecha de la abuela) y sus hermanos menores.

Poza, Rica, Veracruz, 1960

PREÁMBULO

¿Por qué hablar de mí? ¿No es decente, normal, serio que, cuando se trata de ciencia, de conocimiento, de pensamiento, el autor se eclipse detrás de su obra y se desvanezca en un discurso que se ha vuelto impersonal? Debemos, por el contrario, saber que es allí donde triunfa la comedia. El sujeto que desaparece de su discurso se instala de hecho en la torre de control².

Edgar Morín

Pienso en la señora María mientras ella se encamina hacia algún municipio del estado de Veracruz³. Estoy sentada frente a la computadora, *intentando* escribir el marco ético, político y teórico-metodológico desde donde fueron escuchadas sus palabras; las mismas que dan cuenta del modo en que ella padece, vive y significa su tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel; aquí, en la Ciudad de México, alejada de su comunidad y extrañando a su familia.

Y digo *intentar*, con el afán de expresar lo complicado que para mí ha sido la redacción de este texto que hoy se presenta a manera de tesis. Pero, señora Mary, no vaya a pensar que eso guarda relación con usted. Recuerdo bien su voz —con ese acento tan propio de quienes viven en el estado de Veracruz— diciéndome: “[...] vengo llegando del hospital, pero sí, hay que platicar. ¡Qué bueno que le dejaron hacer su investigación!

² Morín, Edgar, *El método 1. La naturaleza de la naturaleza*, Cátedra, Madrid, 1993, págs. 37-39.

³ Escribir una tesis de maestría nunca es trabajo fácil. En lo personal, después de un largo proceso de investigación-intervención (2011 - 2013) tenía un cúmulo de experiencias, ideas y reflexiones que compartir; sin embargo, me faltaban las palabras. En numerosas ocasiones me pregunté qué pasaba conmigo, por qué las musas no se dignaban a visitarme. Un día, buscando otra cosa, me encontré un artículo escrito por Graciela Rahman, titulado *El lugar de la palabra*. Después de leer el primer párrafo, me di cuenta que aquellas líneas sintetizaban el propósito del presente trabajo: construir y compartir una mirada reflexiva sobre el problema de acceso a la atención médica de tercer nivel, esto desde y con el indígena que padece dicho proceso en su cotidianidad.

Rahman comienza su artículo diciendo: “Mientras usted, Marta, corta la lechuga para las tortas que saldrá a vender, yo pienso en usted. Estoy en mi escritorio, entre papeles y libros y pienso en usted.” Dichas líneas visibilizaron una pregunta que rondaba por mi cabeza cada vez que encendía la computadora para trabajar en la tesis: ¿cómo no pensar en el *sujeto de investigación* y recordar su voz; esto mientras se escribe acerca de él y sobre la problemática social que padece en su cotidianidad? ¿Cómo no recordar sus nombres e historias particulares, sin admitir que *algo* en nosotros se quiebra, se afecta, se rompe?

Así pues, si el lector me lo permite, iniciaré este escrito parafraseando a Rahman, debido a que me resulta inevitable no reconocerme en sus palabras.

Espero poder ayudar... Antes de que se me olvide: el martes me voy a mi casa, le dejo mi dirección, por si alguna vez va para Papantla [...]”.

Así que despreocúpese, porque sin su voz este escrito carecería de sentido e importancia. Puntualmente, porque junto a usted aprendí que el conocimiento no sólo se produce en el interior de un laboratorio, entre ensayos y probetas; así como partiendo de una supuesta objetividad y neutralidad científica ante el “objeto de estudio” (Martínez, 2011b). Cada palabra suya me enseñó que dentro del contexto de una investigación-intervención, el ser humano que es entrevistado lejos de ser mera materia de trabajo, inerte y dócil a las indicaciones (o caprichos) del investigador; es un sujeto portador de una historia singular, capacidades, identidad, un cúmulo de saberes, potencialidad, experiencias y una mirada propia sobre el mundo que le rodea. Así como cuando usted me decía:

[...] pues para mí, mi enfermedad significa alejarme, por momentos, de mi familia y recomendarme a Dios para que no me pase nada en el camino [de Papantla al D.F. y viceversa]. Como esta vez [suspiro hondo] apenas vengo llegando, pues... la verdad asustada, en el camión que venía... lo asaltaron, me quitaron mis medicinas y el dinero, todo me quitaron.

También me enseñó —no a partir de una cátedra en un aula universitaria sino a través de su experiencia cotidiana— que dentro del contexto de una investigación-intervención, no es el investigador quien desde la comodidad del escritorio produce un *saber* acerca de los sujetos de su investigación. Por el contrario, este saber se produce en el *cara-a-cara*, en el encuentro con el *otro*, quien al calor de una entrevista decide (o no) compartir parte de sus experiencias e historia singulares. Dicho de otra manera: durante el trabajo de campo aprendí que el conocimiento generado cuando se interviene en un campo social determinado, siempre será un conocimiento construido en condiciones de intercambio, reciprocidad y afectación mutua.

Quizá, me digo como para tranquilizarme, mi dificultad para redactar este trabajo estriba en lo mencionado líneas atrás. Me explico: leyendo al historiador francés Michel De Certeau (2010) aprendí que la escritura al mismo tiempo que nos enfrenta al vértigo y la angustia producida ante la página en blanco, también visibiliza el problema del *saber decir* y *reflexionar* lo que el *otro* comparte en cada una de las entrevistas concedidas;

representando así una gran responsabilidad y compromiso social ante los sujetos a los cuales nos aproximamos

¡Por supuesto, eso tiene que ser! Preocuparse ante el problema del saber decir y reflexionar lo que el *otro* nos comparte. ¡Eso es lo que me ocurre! Y mientras esta idea revolotea por mi cabeza como un molesto mosquito, me preparo un poco de café; pensando que tal vez este sea el antídoto perfecto contra el vértigo y la angustia generada por la página en blanco. La misma página en blanco que se rehúsa a acoger mis palabras.

Bebo mi café, pero nada. La angustia y el vértigo siguen aquí como compañías entrometidas. Me niego a darme por vencida. Aquí va mi último intento por “destrabar” mis palabras: de la mochila extraigo mi diario de campo, compañero de trabajo y fiel confidente. Lo sostengo entre mis manos y hojeo, buscando no sé bien qué, pero buscando algo que me ayude a ir más allá de esta quinta cuartilla. Es entonces cuando de aquellas páginas emergen numerosos recuerdos: mi primera visita a *La Casa de los Mil Colores*; el día en el cual conocí a la señora Mary; mis miedos y angustias como investigadora; la muerte de Bella a causa de la leucemia que padecía; el cumpleaños de Nora; la frase náhuatl *Y aman tlenquitua molozyint* (¿Y ahora qué dice tú corazoncito?)...

De manera que, señora Mary, entre el aroma del café, mi diario de campo y todos estos recuerdos inundando y danzando por mi habitación, yo pienso en usted.

Y en Bella; Esmeralda; Maribe; Doña Rosita; Mayra; el papá de la pequeña Isabel; María; Toñita y en el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”: espacio social en donde se narran, viven, padecen, cruzan y entrecruzan las historias de cientos de indígenas mexicanos, quienes provenientes de los diferentes estados de la República mexicana se desplazan periódicamente a la Ciudad de México para iniciar y, posteriormente, continuar con un proceso de atención médica de tercer nivel, esto porque en sus lugares de origen no existe la infraestructura médica-hospitalaria necesaria para el tratamiento de sus padecimientos físicos.

Me pregunto si este es el momento adecuado (si es que lo hay) para señalar lo mucho que me costó escuchar cada una de sus voces, la mayoría de las veces entrecortadas por el llanto o la nostalgia de aquellos que se quedaron en casa, a la espera de su regreso con una mejor salud.

Siendo sincera, cada vez que me acercaba a ustedes (para solicitarles que me hablaran acerca de la comunidad indígena de la cual provienen; para que me compartieran sus sentires sobre su diagnóstico médico y acerca de cómo ha sido para ustedes su tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel) lo hacía preguntándome (incluso, me lo sigo preguntando ahora): ¿por qué irrumpir en su cotidianidad para plantearles una serie de interrogantes con respecto a cómo viven y significan su proceso de atención médica de tercer nivel? y, en este sentido, ¿cómo justificaría la violencia de tal irrupción?

A decir verdad, sé que no existe justificación alguna para la violencia de mi intervención en el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”. No obstante, quiero apuntar que mi investigación-intervención jamás estuvo motivada por algún interés personal ligado a cubrir simplemente con un “requisito” para titularme como maestra en *Medicina Social* o, peor aún, con el propósito de acercarme en calidad de “especialista” a la población que habita en dicho albergue e intentar resolver sus problemas.

Reconozco que una de mis mayores preocupaciones al trabajar con los habitantes de este albergue, aludía precisamente a que durante el proceso de investigación-intervención no se asomara ni un grado de despotismo de mi parte. Un despotismo en donde se supondría que yo (mujer mestiza y psicóloga) construiría de manera unilateral un saber sobre el sujeto de mi investigación y el problema de salud al cual se enfrenta. Ese jamás fue mi propósito.

Por el contrario, siempre busqué escuchar sus voces desde una postura de respeto y reconocimiento; pues si de algo estaba segura al iniciar mi intervención en el albergue, era de lo siguiente: sólo podría construir una mirada colectiva y reflexiva con respecto al problema de acceso al tercer nivel de atención médica padecida por la población indígena mexicana, desde y con las palabras de aquellos sujetos que lo padecen en su cotidianidad; desde y con los habitantes de “La Casa de los Mil Colores”.

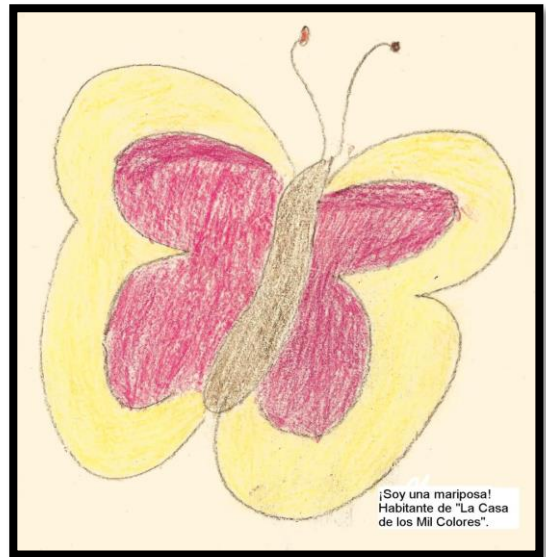
Siendo así, inicio el presente trabajo admitiendo que la mirada teórica-reflexiva aquí construida con respecto a dicha problemática de salud, por momentos, es una mirada miope, fragmentaria, perecedera y atravesada por la propia historia y experiencias de quien esto escribe.

Comencemos entonces.

Yóllotzin

Las ilustraciones que acompañan a la presente tesis, fueron realizadas por habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”, esto como parte del proyecto *Yóllotzin*; el cual se llevó a cabo dentro del marco de las actividades realizadas durante el taller *Y aman tlenquitua molyotzin*.

Presentadas al inicio de cada capítulo, dichas ilustraciones se agrupan bajo el nombre de *Yóllotzin* (que en español quiere decir *corazoncito*); en alusión a una de las primeras palabras en náhuatl enseñadas por el grupo al cual me vinculé. Se titularon así, pues enseñar-aprender a decir *corazoncito* en náhuatl significó para todos nosotros (un grupo en donde el abanico de lenguas habladas era bastante amplio: maya, totonaca, español, etc.) contar con la posibilidad de encontrarnos a fin de reflexionar desde el “corazón”, esto con respecto a aquellos temas que considerábamos



importantes para nuestra vida. Por ejemplo, se habló sobre la importancia de recuperar-re significar la historia colectiva de nuestros padres y abuelos. Sobre el orgullo de hablar una lengua indígena y el amor por la tierra. Sobre nacer en municipios catalogados como de *alta marginación* y enfermar de gravedad. O, mejor dicho, sobre la diferencia entre necesitar atención médica de tercer nivel siendo indígena o no-indígena dentro de este país.

Estás ilustraciones constituyen la obra de un puñado de hombres y mujeres indígenas, quienes hacen frente cotidianamente al problema de acceso al tercer nivel de atención presente en las regiones indígenas de México. Problemática de salud que, en suma, pone de manifiesto un histórico racismo-colonial, el cual se materializa dentro del campo de la salud marcando diferencias entre quienes pueden ejercer su derecho a la atención médica y quienes no; produciendo así desigualdades, discriminación y exclusión social.

Yóllotzin



“Los patos de mi padre”

Habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” (2013)

-Obra colectiva-

CAPÍTULO I

Proceso salud-enfermedad y producción de subjetividades.

Claves teóricas, éticas y políticas para aproximarse a la experiencia del indígena foráneo que recibe atención médica de tercer nivel en la Cd. de México

“El problema con la realidad, es que no sabe nada de teoría”

Don Durito de La Lacandona

“Yo creo sinceramente que una experiencia subjetiva puede ser comprendida por otro; y no me gusta nada decir: el problema negro es mi problema, sólo mío, y después ponerme a estudiarlo [...] Yo me he dedicado en este estudio a tocar la miseria del negro. Táctil y afectivamente. No he querido ser objetivo. Además, es falso: no me es posible ser objetivo”

Frantz Fanon

Este capítulo primero tiene como propósito presentar el andamiaje teórico-conceptual utilizado para describir y analizar el caso del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”. Se encuentra dividido en tres partes, siendo el hilo conductor sustentar la importancia que tuvieron las experiencias concretas de sus habitantes, en la construcción de una mirada teórica y reflexiva con respecto al problema de acceso al tercer nivel de atención presente, lamentablemente, en las regiones indígenas mexicanas.

En el primer punto se exponen los argumentos teóricos a los que recurrí para enarbolar la bandera de una producción de conocimiento socialmente relevante en colectivo. Así, temas como la *implicación*, *horizontalidad* y el *extractivismo epistemológico* guían nuestras reflexiones. La intención última es manifestar que en todo proceso de investigación e intervención existe una ineludible dimensión ética y política puesta en juego en el momento en que nos acercamos a otro para conocer cómo vive tal o cual problemática. Puntualizando que el quehacer del científico social está puesto en la aproximación a los grupos sociales históricamente oprimidos a fin de generar conocimientos y reflexiones encaminados a la denuncia social.

En segunda instancia, me ocuparé de plantear que el concepto de *subjetividad* es una herramienta teórica-metodológica valiosa en el abordaje de problemas sociales desarrollados dentro del campo de la salud. Particularmente, el debate estará puesto en la manera en que cada sociedad construye —mediante las instituciones sociales que la conforman— un mar de significaciones, imaginarios sociales, valores, sentidos y prácticas con respecto a la salud-enfermedad y sus modos de atención.

En el punto tres, vincularé la noción de subjetividad con algunos conceptos teóricos propios de la Medicina Social latinoamericana, aterrizando en dos cuestiones: la primera, corresponde a su contribución en la recuperación y análisis de la experiencia del sujeto que transita por un proceso de enfermedad y en la segunda, la atención estará puesta en el análisis de la subjetividad producida por el Modelo Médico Hegemónico (MMH) con respecto al *proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a)*, criticando su carácter biologicista, individualista, capitalista y a-histórico.

Lo importante es entender que, en los actuales contextos sociales, la subjetividad hegemónica sobre la salud-enfermedad y la práctica médica, se ha convertido en una maquinaria productora de desigualdad social que se agudiza entre los sectores marginados. Frente a este panorama la población indígena mexicana se ha visto seriamente afectada pues, por una parte, la medicina dominante no considera el aspecto histórico, étnico y cultural presente en los procesos de atención médica desarrollados en contextos de interculturalidad y los reduce a una simple cuestión biológica. Y, por la otra, las significaciones e imaginarios sociales institucionalizados por el Estado mexicano sitúan a la población indígena en un terrible abandono social que se traduce en una incansable lucha por demostrar que ellos también son seres humanos merecedores de ejercer su derecho a la salud.

1. Ética y política en la investigación-intervención: del trabajo de campo a la escritura.

Concluido el trabajo de campo, en mi escritorio reuní algunos de los libros acumulados a lo largo de esta investigación-intervención (obras de Aguirre Beltrán, Eduardo Menéndez, Frantz Fanon, entre otros teóricos); las entrevistas transcritas con sus respectivas grabaciones; la última versión del proyecto de investigación y, finalmente, mi diario de

campo: una libreta de tapas negras que Mario (mi compañero de vida) me trajo de Buenos Aires, Argentina, la cual además de contener observaciones, es testimonio de mis avances, retrocesos y frustraciones como investigadora.

Después de reunir todos los insumos necesarios, empecé a escribir.

Puerto de llegada para el investigador, la escritura —en tanto labor que nos hace transitar del trabajo de campo al texto— visibiliza la dimensión ético-política presente en el momento en que, como investigadores, nos aproximamos a *otro* para intercambiar palabras y experiencias. Evocando al máximo exponente de la *Filosofía de la liberación*, Enrique Dussel:

No hablemos aquí de ir hacia una mesa, una silla, una cosa. Aproximarse a algo, llegar junto a ella para tomarla, comprarla, venderla, usarla. Aproximarse a las cosas lo denominaremos proxemia. Hablamos aquí de aproximarnos en la fraternidad, un acortar distancia hacia alguien que puede esperarnos o rechazarnos, darnos la mano o herirnos, besarnos o asesinarlos [...] Es un obrar hacia el otro como otro (Dussel, 2011: 45).

Dussel da en el *clavo*: los procesos de investigación-intervención implican en la praxis, un *obrar hacia el otro como otro*. Sostengo entonces que nuestro quehacer como investigadores se fundamenta en el establecimiento de una relación horizontal con el sujeto que sufre cotidianamente una determinada problemática social. No debemos olvidar que en el intercambio de experiencias es cuando se construyen conocimientos relevantes para nuestra sociedad.

Por ello, levantar las banderas de una objetividad o neutralidad científica se vuelve una labor por demás improductiva. Las voces provenientes del campo social interpelan (sin remedio alguno) al investigador que en el silencio de su habitación hace funcionar su grabadora de audio para escuchar la voz del sujeto entrevistado.

Así, investigar e intervenir en un campo social concreto es una práctica de confrontación. En muchas ocasiones y de diversas maneras, el investigador suele reflejarse en lo escuchado durante el trabajo de campo; esto recibe el nombre de *implicación*⁴. Concepto teórico-metodológico propio de la Psicología social de intervención que alude a la relación intersubjetiva construida entre el investigador —quien, desde su

⁴ Para una mayor consulta sobre el concepto de *implicación* véase: Manero, 1996; Mier, 2007 y Salazar, 2007.

propia historia singular, indaga sobre un tema en particular— y el sujeto de la investigación —quien le permite (o no) entrar a lo más íntimo de su vida, narrando cómo vive cotidianamente tal o cual problemática social.

Pese a la centralidad del análisis sobre cómo y en dónde se juega la implicación durante un proceso de investigación, tarea obligada es identificar los diversos peligros que esta guarda. Mismos que han sido motivo de fuertes críticas para aquellos que optamos por esta metodología de trabajo:

[...] la implicación, mal entendida tal vez, ha conducido a veces a una confusión profunda entre la narración de experiencias personales suscitadas por el campo de trabajo como angustias, sueños, anécdotas de todo tipo [...] Si bien, entendemos la realidad como construida por los sujetos, esto no justifica que el investigador recurra mecánicamente a sus vivencias para hablar de ella, ya que se pierden las mediaciones necesarias y la implicación deja de ser un instrumento de análisis y se convierte en el objetivo de la investigación en sí misma (Fernández, 2003: 94).

El simple recuento de experiencias personales producidas a lo largo del trabajo de campo, entorpece la producción de conocimientos socialmente relevantes; no debemos confundirnos: la implicación bien entendida es un repensarse dentro del vínculo investigador/sujeto de la investigación. Es una práctica que conduce a un verdadero cuestionamiento ético-político con respecto a por qué (acompañados de una grabadora de audio y una guía de entrevista) irrumpimos violentamente en la vida cotidiana de otro⁵.

Como es de suponer, la ética juega un papel central en la investigación-intervención que cuenta como punta de partida el acercamiento a otro. Todos pensaríamos que el objetivo último de esta labor es la producción de nuevas teorías que aporten al cambio social; sin embargo, esta idea habrá que completarla: es en la aproximación a los grupos sociales históricamente oprimidos, a aquellos que padecen los efectos de este mundo dividido en clases sociales dominantes y subalternas, en donde hay que trabajar para transformar la realidad.

⁵ Hasta este momento, mi mayor tarea ha sido encontrar los argumentos suficientes para justificar los nudos en la garganta provocados, las lágrimas contenidas, el dolor generado a fuerza de recordar experiencias durante una entrevista... en fin, para sortear el hecho de que esta investigación-intervención no nació de una demanda explícita por parte de los habitantes de *Mil Colores*.

De este modo, la ética y política en una investigación-intervención se revela en la aproximación a un sujeto o grupo social con el propósito de develar los efectos de la injusticia social en las clases oprimidas: de los indígenas, del campesino, de los pobladores de las periferias, etc. Cuestión comprendida durante mi estancia en *Mil Colores*. En aquellos días entendí que no bastaba con asirme a un marco teórico-conceptual claramente definido y “razonar” el problema del acceso al tercer nivel por parte de sus habitantes; también me era imprescindible recuperar sus experiencias y tomar partido ante ellas.

El tema de la horizontalidad e implicación reforzaron dicha idea, por consiguiente, aprender a escuchar, compartir y valorar la experiencia del indígena mexicano que lucha por acceder al tercer nivel de atención, se convirtieron en pilares de este trabajo.

Finalmente, esto era lo esperado por los habitantes del albergue. Me explico. Cuando me enseñaron a decir corazón en náhuatl, fue como si dijeran “escucha mis palabras porque yo te hablo con el corazón”. Además, si indagamos, en la cosmovisión náhuatl la palabra corazón, *yóllotl*, tiene como raíz el verbo *ollin* que significa movimiento; característica principal del pensamiento. Así, para nuestros ancestros en el corazón habitan y se construyen nuestros pensamientos. Al contrario de la mirada occidental que sitúa a la inteligencia en el cerebro, para los náhuatl esto se produce en el corazón.

En este sentido, cada latido de este órgano vital se encuentra vinculado al acto de la reflexión, considerando que es una acción que exige pensar con detenimiento. Es por ello que el poeta Nezahualcóyotl escribe:

*Reflexionar es dialogar con el corazón.
Este sabe muchas cosas.
Es como un libro de pinturas:
Mi corazón de cantor
es pintura de muchos colores*

*El corazón conoce la belleza de las flores
y los cantos, son ellos su
riqueza en la tierra:
Mi corazón lo sabe:
escucho un canto,
contemplo una flor,
¡ojalá no se marchiten!⁶*

⁶ Poema indígena extraído del texto “Significados del corazón en el México Prehispánico”, escrito por Miguel León-Portilla (2004).

Los habitantes de *Mil Colores* me indicaron la metodología de trabajo, a saber, el camino a seguir sería la producción de conocimiento desde y con el otro oprimido a través de crear un diálogo con el corazón.

Esta forma de generar conocimiento, alternativa a los modos occidentales fundamentados en la defensa de la objetividad científica y la relación sujeto – objeto de estudio, encuentra simpatía en la obra de grandes teóricos que enarbolan la bandera de la ética-política en la investigación. Por ejemplo, la socióloga Silvia Rivera Cusicanqui enriquece este tipo de abordaje con la cosmovisión indígena aymara. Al igual que los nahuátl, los aymara vinculan pensamiento y corazón:

[...] hay dos palabras para “pensamiento”: *lup’iña*, la forma cerebral y racional del pensamiento, asociada con la vista y con la luz. La raíz *lup’i* significa luz solar, lo que la relaciona con la claridad de la mente. La otra es *amuyt’aña*, un modo de pensamiento basado en la memoria, en la reflexión y el sentimiento, que está enraizada en otra parte del cuerpo: las entrañas superiores o *chuyma* [...] La idea de que el cerebro es el sitio del conocimiento racional y de que el corazón es el sitio de las emociones es parte de un punto de vista eurocéntrico hegemónico (Cusicanqui, 2014:115).

El trabajo de Cusicanqui lo conocí al término del trabajo de campo. Mi compañero de vida, un investigador que indaga acerca de colonialismo y criminalización mediática de la protesta popular latinoamericana, me presentó su obra cuando más me sentí perdida en la escritura de esta tesis. Después de leerla, abracé a la idea aymara con respecto a otorgar valor al pensamiento arraigado en la memoria, la reflexión y el sentimiento.

En este sentido, el *amuyt’aña* fue la excusa perfecta para considerar producir una reflexión teórica crítica y colectiva (entre quien esto escribe, habitantes y trabajadores de *Mil Colores*) sobre el problema de acceso al tercer nivel de atención presente en las regiones indígenas mexicanas. Esto pues estoy segura de la existencia de una potencia creadora cuando se intercambian palabras y experiencias cotidianas. Defiendo que es en el diálogo del saber científico con el saber popular, el de los indígenas y las poblaciones marginadas, en donde se encuentra la posibilidad de echar luz e, inclusive, de reescribir las incontables historias de injusticias sociales padecidas por nosotros, nuestros padres y abuelos. A esto, Boaventura de Sousa Santos nombra como *ecología de saberes*.

Por otra parte, en esta misma dirección, el martiniqués Frantz Fanon realiza un llamado a la academia para situarse epistémicamente en el lugar del otro dominado que sufre cotidianamente los embates de los grupos dominantes. Grosfoguel, sociólogo puertorriqueño, ratifica: “[...] Fanon insiste en el aspecto metodológico de situarse epistémicamente (aunque sea imposible situarse socialmente) en la posición geopolítica y corporal del otro oprimido en una relación de dominación, para poder producir conocimientos relevantes y adecuados a la transformación de la realidad [...]” (Grosfoguel, 2009: 273).

Por tanto, cuando realizamos un trabajo de investigación lo significativo no es cuántos teóricos citas o el reconocimiento académico, buscado por muchos. Al final, lo único que importa es si con tu trabajo logras generar debate y reflexión.

Antonio Gramsci, teórico marxista italiano, posicionado epistémica y políticamente desde el lugar del oprimido, alguna vez escribió: “Odio a los indiferentes. Creo, como Friedrich Hebbel que <<vivir significa tomar partido>>. No pueden existir quienes sean solamente hombres extraños a la ciudad. Quien realmente vive no puede no ser ciudadano, no tomar partido. La indiferencia es apatía, es parasitismo, es cobardía, no es vida. Por eso, odio a los indiferentes” (Gramsci, 2011: 19). La indiferencia de la que habla Gramsci sintetiza todo lo que hasta aquí he escrito: si te aproximas al otro sólo para extraer sus saberes y no tomas partido ante su dolor, tu trabajo no es ético ni político.

Dentro del sistema capitalista hay una vieja práctica que emerge de la época colonial, el extractivismo minero. Práctica atravesada por una relación de explotación, se caracteriza por el despojo de tierras y recursos naturales para beneficio de unos cuantos. Su *modus operandi* es la acumulación de riquezas por desposesión, así el capitalismo se va apropiando de sujetos (mano de obra barata) y territorios (recursos naturales). No sobra decir que, en dicho modo de generar riqueza, las condiciones de vida y trabajo de los sujetos importan poco.

Grosfoguel hace una relectura de dicha problemática y declara que algo similar acontece dentro de la academia. Él sugiere la existencia de un *extractivismo epistémico* manifestado en la producción de conocimiento a través del saqueo de saberes indígenas para colonizarlas mediante su inclusión a la cultura y episteme occidental. En consecuencia, bajo esta lógica la búsqueda del diálogo y horizontalidad quedan nulificadas. Como se puede inferir, el propósito es apropiarse del conocimiento de las

comunidades para convertirlo en capital económico. En este caso, el científico social no parte del interés de entender la cosmovisión indígena sino de extraerla del contexto histórico-social en que fue construida para despolitizarla y dominarla⁷.

En definitiva, no puede considerarse la investigación-intervención sin la dimensión ética y política que la determinan. Es cuestión de principios y un acto revolucionario. Mi madre suele decirme “ponte en los zapatos del otro” cada vez que detecta un rasgo de indiferencia en mí. Y en sus palabras está el llamado: “hija, escucha, no seas indiferente ante el dolor de los demás”.

2. Subjetividad, sujeto y experiencia: la potencia creadora de la palabra

¿Puede la historia singular de un sujeto ser primordial para la producción de conocimientos relevantes para la sociedad? Esta pregunta suele generar debate dentro del mundo académico, pues al tiempo que manifiesta la articulación entre tópicos aparentemente opuestos, tales como *individuo – sociedad, singular – colectivo*; también coloca al investigador en la ardua labor de justificar por qué otorga demasiada importancia a la experiencia cotidiana de hombres y mujeres, en el momento de investigar sobre un tema en particular.



Foto 1. Comedor del albergue indígena “La Casa de los Mii Colores”.

No obstante, en este trabajo la atención está puesta ahí: en la experiencia concreta del indígena que habita en *Mil Colores* y los argumentos teóricos que justifican tal interés, en la noción de *subjetividad*.

La subjetividad es un concepto teórico desarrollado bajo el cobijo de la Psicología social de intervención, el Psicoanálisis y la Filosofía, entre otros cuerpos teóricos. Se define como el conjunto de valores, normas, lengua, conocimientos, prácticas, significaciones e imaginarios sociales producidos en una determinada sociedad con el

⁷ Lo anterior es una paráfrasis de lo que sostiene Grosfoguel. Para una mayor reflexión sobre el concepto de *extractivismo epistémico* consulte el artículo “Del extractivismo económico al extractivismo epistémico y ontológico” (2015).

objetivo de dotar a los sujetos de un modo particular de entender la realidad social⁸. Por ejemplo, las distintas maneras en que los seres humanos han significado lo *bello – feo, normal – anormal, lícito – ilícito, salud – enfermedad, bueno – malo*, etc.; son el resultado de los procesos de producción de subjetividades en cada momento histórico.

Se puede señalar entonces que lejos de ser un fenómeno mental e individual, la subjetividad se sustenta en la relación *hombre – cultura*, adquiriendo con ello las siguientes características. En principio, es un proceso social debido a que su campo de construcción y reproducción se ubica en el terreno de la cotidianidad, en las múltiples relaciones establecidas por los sujetos con los otros. En segunda instancia, es un proceso histórico porque no es algo fijo ni completamente acabado. Más bien, en continua producción y transformación en donde interviene tanto la historia singular y colectiva de cada sujeto, así como aspectos políticos, sociales, culturales, económicos e históricos.

En contraposición a la definición aquí dada, el estudio de la subjetividad es descalificado con frecuencia dentro del campo académico, esto al realizar el contraste objetividad – subjetividad. De este modo, mientras a la subjetividad se le asocia con lo *irreal, aparente, anecdótico e imaginario*; la objetividad es mirada como un ideal dentro de la investigación, caracterizándose como lo *real, papable, verídico y medible* (Perrés, 2003). Sin embargo, esto es un error. Para demostrarlo, citemos al médico y psicoanalista argentino Emiliano Galende:

La investigación de la subjetividad consiste básicamente en la interrogación de los sentidos, las significaciones y los valores, éticos y morales, que produce una determinada cultura, su forma de apropiación por los individuos y la orientación que efectúan sobre sus acciones prácticas. No existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene. Esta mutua determinación —en verdad, mutua producción— debe ser nuestro punto de arranque, ya que la subjetividad es cultura singularizada tanto como la cultura es subjetividad (objetivada en los productos de la cultura, las formas de intercambio y las relaciones sociales concretas que la sostiene, pero también en las significaciones y los sentidos que organizan la producción cultural) (Galende, 1997: 75).

⁸ Por realidad social entiendo “[...] una construcción cotidiana e histórica; que sujeto y sociedad construyen mutuamente; que la naturaleza de la realidad social supone un carácter simbólico que permite la construcción subjetiva de esa realidad [...]” (Castro, 1996: 65)

La subjetividad no está hecha de simples narraciones anecdóticas, aisladas de todo contexto histórico-social. Su estudio denota el análisis de la sociedad a través de plantear preguntas sobre las significaciones e imaginarios sociales dominantes en un momento histórico-social dado y con respecto a la manera en que dicha subjetividad es apropiada y reproducida por los sujetos en sociedad.

En este sentido, uno de los principales métodos para su estudio se sitúa en la recuperación de la experiencia singular de hombres y mujeres. Es por ello que tras este concepto, subyace una *teoría del sujeto*⁹ elaborada dentro del campo de la Psicología social en conjunto con el Marxismo, el Psicoanálisis y la Lingüística; de la cual recupero algunos argumentos para dar soporte a investigaciones en donde la palabra del otro se privilegia.

Por una parte, se afirma que la experiencia del sujeto expresa la complejidad de la vida social: sus problemáticas, conflictos, relaciones de poder, ideales, injusticias, historia singular/colectiva y los procesos de creación de nuevas subjetividades. Y por la otra, otorga al sujeto la cualidad de *ser pensante*, en la medida en que defiende que él y sólo él puede describir el significado de vivir y padecer tal o cual problemática social; así como denunciar y desarrollar posibles alternativas frente a la misma. En este sentido, el sujeto y las colectividades tienen el poder de generar procesos de creación de nuevas subjetividades que devengan en un cambio social.

Demos un ejemplo de lo anterior. En la Argentina del año de 2001, la implementación del modelo económico neoliberal, produjo una grave crisis económica que desembocó en un radical cambio para los sectores populares y clase media con respecto a la manera tradicional de significar la relación entre trabajador – patrón. Durante los días 19 y 20 de diciembre de aquel año, el cierre de numerosas empresas y fábricas, así como la prohibición de los bancos a la población de hacer uso de sus ahorros desembocaron en el saqueo de supermercados y numerosas revueltas. En medio del descontento social, entre asambleas barriales y piqueteros; los miles de trabajadores sin empleo formaron el Movimiento de trabajadores de fábricas recuperadas; quienes bajo el lema de “*jocupar, resistir y producir*”, recuperaron las empresas y fábricas cerradas con la intención de reabrir las en forma de cooperativas autogestivas.

⁹ Para una mayor reflexión sobre el tema véase: Mier, Raymundo, “Bitácora de seducciones: contribuciones de los conceptos de *sujeto* y *subjetividad* en la UAM-Xochimilco”, disponible en la siguiente dirección electrónica: http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_libro.php?id_libro=45

De esta manera, para muchos argentinos el *trabajo* dejó de estar atravesado por una relación desigual entre obrero y patrón, para ser resignificado como una labor de autogestión en donde ya no existiera el trabajador que le sirve al patrón por un salario, en la mayoría de los casos, injusto; sino un conjunto de socios de la cooperativa, que poseen el mismo poder de decisión y responsabilidad.

De lo anterior podemos inferir que, en efecto, existe una potencia creadora en el hacer y decir de sujetos y colectividades. Una capacidad de resistencia enfocada a la creación de subjetividades alternativas al orden social dominante. Esto ratifica lo antes dicho sobre la subjetividad:

[...] no es sinónimo de sujeto-mente (cayendo en un *psicologismo* que intenta explicar a la sociedad desde la particularidad de la vida intrapsíquica de cada individuo), sino de sujeto-sociedad y los sentidos (organizadores), significaciones, discursos e imaginarios sociales que construyen y reconstruyen a las subjetividades de esos sujetos que, en un proceso continuo, construyen y reconstruyen a la sociedad (Bravo, 2013: 3).

En conclusión, la importancia del estudio y análisis de la subjetividad radica en su carácter de ser singular y colectiva al mismo tiempo. Particularidad que valida al hecho de colocar las experiencias de sujetos y/o grupos sociales en el centro de una investigación. A su vez, también demuestra que en las palabras y acciones de cada sujeto existe una potencia para transformar nuestras realidades.

También, se dejó entrever que no existe una subjetividad que lo domine todo. Al decir de la psicoanalista Ana María Fernández, en cada sociedad siempre habrá sectores sociales que manifiesten su oposición a las subjetividades hegemónicas y doten de nuevas significaciones sociales a las colectividades. Por tanto, la subjetividad es proceso histórico-social permeado por la disputa entre la *subjetividad hegemónica* (legitimada desde el ámbito institucional) y las *subjetividades alternativas* (creación de nuevos sentidos y significaciones sociales) construidas e imaginadas en la mente de los grupos sociales subalternos.

Es en este último punto en donde se manifiesta el vínculo indisoluble que une a los procesos de producción de subjetividades con la política.

2.1 La dimensión política de la subjetividad

Cuando estudiaba la licenciatura, tuve como director de tesis al Dr. Enrique Guinsberg, Argentino, exiliado político y fundador de la carrera de psicología en la UAM-Xochimilco en la década de los años 70. Del maestro aprendí que la subjetividad se encuentra habitada por una dimensión política; la cual se expresa en las tensiones provenientes de los procesos de producción de una subjetividad hegemónica y la creación de nuevas subjetividades¹⁰.

Dicha idea, reafirma que el estudio de la subjetividad involucra el cuestionamiento sobre por qué en un momento histórico-social concreto, determinadas significaciones e imaginarios sociales se presentan como hegemónicas (aparentemente incuestionables e inamovibles) y otras no. Igualmente, coloca en el foco de atención la pregunta correspondiente a cómo logra el orden social dominante que los sujetos reproduzcan y se apropien de la subjetividad hegemónica¹¹.

Teniendo esto en mente, en lo siguiente me ocuparé de exponer que cada sociedad forma a un sujeto capaz de apropiarse y reproducir la subjetividad legitimada por el orden social dominante; asegurando con ello, su propia supervivencia:

El punto de partida es que toda sociedad necesita construir y construye un determinado *sujeto social*, el adecuado para el mantenimiento y reproducción del sistema estructural que lo forma, utilizando para ello diferentes instituciones que confluyen hacia el objetivo buscado (escuelas, iglesias, medios, etcétera), una de las cuales adquiere carácter *hegemónico* [...] su psiquismo será un producto acorde con el

¹⁰ Algunos de los muchos trabajos en donde el Dr. Guinsberg trata el vínculo subjetividad-política son: *La salud mental en el neoliberalismo* (2004), *Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental* (1996) y *Control de los medios, control del hombre* (2005).

¹¹ Retomo la noción de *hegemonía* desarrollada por Raymond Williams, quien partiendo de la obra del teórico marxista, político y periodista italiano Antonio Gramsci, afirma que la hegemonía no sólo consiste en los mecanismos de coerción o violencia física emprendidos por los grupos de poder, sino en las formas en que los sujetos subordinados introyectan la cultura producida desde dichas clases dominantes. Para Williams, la hegemonía: “[...] no es un sistema o una estructura. Es un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tiene límites y presiones específicas y cambiantes [...] no existe de modo pasivo como una forma de dominación. Debe ser continuamente renovada, recreada, defendida y modificada. Asimismo, es continuamente resistida, limitada, alterada y desafiada por presiones que de ningún modo le son propias” (Williams, 2009: 149).

tipo de hombre que el orden dominante necesita construir (Guinsberg, 2005: 21).

El *sujeto socialmente necesario* cumple con la misión de asegurar la permanencia del orden social dominante. Es por ello que las instituciones sociales —familia, escuela, religión, cárcel, hospitales, Estado, medios de comunicación— legitiman un mar de significaciones e imaginarios sociales a partir de las cuales cada sujeto vive e interpreta al mundo. Por ejemplo, la sociedad mexicana se distingue porque en la mente de la mayoría de sus habitantes tiene cabida el ideal de una relación heterosexual, el machismo, la ecuación mujer = madre, la religión católica, etc.; mientras que a quienes se atreven a pensar diferente se les suele enjuiciar y criminalizar.

La producción de una subjetividad hegemónica que contribuye a la formación del hombre socialmente necesario, recibe el nombre de *modos de subjetivación política* (Fernández, 2008 y Modonesi, 2010); su propósito es otorgar a cada sujeto una mirada concreta acerca de lo que la sociedad ha sido, es y deberá ser.

Para ilustrar lo anterior, continuemos con el caso mexicano. Sorprende e indigna que en las escuelas de educación básica aún se enseña a los estudiantes que América fue “descubierta” un 12 de octubre de 1492. Esto lo constato desde mi papel como docente a nivel secundaria. Dentro de las aulas es común escuchar a los jóvenes decir que gracias a la llegada de los españoles nos convertimos en un pueblo civilizado. Peor aún, muchos suelen menospreciar nuestro pasado indígena y el color de su piel, prefiriendo la tez blanca sobre la morena. De tal suerte, desde pequeños aprendemos que el mexicano forma parte de una raza inferior frente a la europea. Así lo asimilamos y así lo vivimos.

Yo así pienso: no debe darnos pena ser indios, “patas rajadas”. Nos ven y dicen: ¡indio eres pobre!, ¡eres analfabeta! [...] los doctores te ven y te hablan como si uno no entendiera. Ya la gente se olvidó de nuestro pasado indio. Los niños pequeñitos ya no conocen nuestra historia, de lo grande que fuimos en el pasado. Es muy triste. En mi comunidad, los maestros así lo enseñan a los niñitos: “¡No hables maya porque te repruebo!” “¡Puro español!” Y los que viene a D.F. sienten vergüenza de su origen. Yo no me avergüenzo. Yo estoy bien orgullosa de ser india.

Habitante de *Mil Colores*, hablante del maya, 2 años asistiendo al albergue.

El caso anterior expresa que en México prevalece una subjetividad racista que ha logrado su cometido a la perfección: introyectar en las mentes y cuerpos la idea de superioridad e inferioridad de raza. Como botón de muestra, vale recordar que durante el gobierno de Álvaro Obregón tuvo lugar la primera celebración del *Día de la Raza*, por iniciativa de José Vasconcelos entonces titular de la Secretaría de Educación.

Aunque dicha conmemoración tendría que haber estado enfocada a subrayar que esta era una fecha trágica, pues con ella dio inicio el proceso de conquista y colonización española. En las escuelas de educación

primaria y secundaria de aquellos años, los estudiantes aprendían que Colón había descubierto América por equivocación. Igualmente, por décadas este día se marcó en el calendario como no laborable y se solían colocar ofrendas en los monumentos erigidos a este personaje histórico. Toda una celebración a los siglos de genocidio, robo y explotación.

De lo anterior, salvo algunos opositores al real significado de tal momento histórico, fue notorio el nivel de aceptación social que tuvo esta celebración. Finalmente, siendo un pretexto para no asistir al trabajo ¿qué importancia tenía si se trataba de una mentira histórica?

Con base en lo anterior, debe entenderse que la subjetividad no es algo homogéneo. Al igual que las monedas, también posee una doble cara. Por un lado, está el rostro del orden social dominante, formando a sujetos sujetados a su mandato. Y por el otro, está el resto que se opone a ser sujetado, la cara de los grupos subalternos que ofrecen resistencia a las subjetividades hegemónicas.

Esto mismo lo expuso el psicoanalista, economista y filósofo griego Cornelius Castoriadis a través del concepto de *imaginarios sociales*. Disidente de la teoría marxista y fundador del grupo político *Sociedad y Barbarie*, en la Francia de los años 40, Castoriadis planteó la pregunta “¿qué mantiene unida a una sociedad?” Para contestar, propuso que en cada momento histórico la sociedad funge como una institución primera



Foto 2. Monumento erigido a Cristóbal Colón. Paseo de la Reforma, Ciudad de México.

(un gran todo), formada por instituciones particulares cuyo objetivo es mantener vivo al orden social dominante.

Puntualmente, explica que la función de las instituciones sociales es asegurar la supervivencia de la sociedad. En algunos casos utilizando mecanismos como la coerción y sanción; en otros, a través de la adhesión, el consenso, las creencias, etc. No obstante, la principal idea desarrollada por Castoriadis es que existe una inmensa red de sentidos organizadores (mitos sociales) y significaciones sociales creadas y legitimadas por las instituciones sociales, siendo esto lo que mantiene unida y viva a la sociedad. A dicha red de sentidos y significaciones sociales, él nombra como *imaginarios sociales*.

Los conceptos de *subjetividad* e *imaginario social* no son opuestos sino complementarios. Es decir, la subjetividad también está hecha de imaginarios sociales, los cuales, al operar exclusivamente en el plano simbólico funcionan como sentidos que organizan la vida social y le otorgan unidad. Pero dejemos que Castoriadis sea quien nos explique:

Lo que mantiene unida a una sociedad es desde luego su institución, la suma total de sus instituciones particulares, a las cuales yo llamo “la institución de la sociedad como todo”. La palabra institución está tomada aquí en su sentido más amplio y radical: normas, valores, lenguaje, instrumentos, procedimientos y métodos para tratar con las cosas y hacer cosas, y, desde luego, también como el yo individual, en el tipo y la forma tanto particular como general (por ejemplo, las distinciones: hombre/mujer) que se le da en cada sociedad (Castoriadis, 2005: 15).

La consolidación y legitimidad institucional de los imaginarios sociales forma parte de un proceso colectivo, a partir del cual la vida de los sujetos adquiere sentido. En otras palabras, el concepto de imaginario social revela la existencia de una red de sentidos y significaciones sociales que atraviesan, orientan y dirigen cada uno de los aspectos de la vida de una sociedad: su historia, pensamientos, lenguaje, valores, experiencias, acciones, relaciones sociales, etc.

Cabe aclarar que el término *imaginario* no remite a la idea de “imagen de algo”, como si se tratara de un espejo que refleja fielmente la imagen de aquello que se le coloca enfrente. Contrariamente a esto, lo imaginario es “[...] creación esencialmente indeterminada (histórico-social y psíquico) de figuras/formas/imágenes, a partir de las

cuales solamente puede tratarse *de* <<alguna cosa>>. Lo que llamamos <<realidad>> y <<racionalidad>> son obra de ello.” (Castoriadis, 2010: 12).

La manera en que interpretamos, vivimos y nombramos al mundo es una constante invención humana; resultado del imaginario social compartido por los integrantes de la sociedad. Pensemos por ejemplo, no hace falta conocer a los 123 millones de sujetos que habitan en México para descubrir que compartimos las mismas producciones de sentido (imaginarios sociales): todos sabemos de qué hablamos cuando decimos *indio, narcotraficantes, día de muertos, políticos, mariachi, las muertas de Juárez o la “guadalupana”*.¹²

Bajo esta lógica, para que un colectivo (grupo social, institución o sociedad) advenga como tal, debe compartir los sentidos y significaciones sociales instituidos en un momento histórico-social concreto. En consecuencia, podemos afirmar que los imaginarios sociales están presentes en cada aspecto de la vida cotidiana de hombres y mujeres otorgando sentido a nuestras historias singulares / colectivas. Interpelando emociones, sentimientos, voluntades y comportamientos. Empleando las palabras de Ana María Fernández: “adecuando los deseos al poder”.

Lo anterior, sustenta lo propuesto por Guinsberg cuando habla de la formación del *sujeto socialmente necesario* capaz de asegurar la permanencia de la sociedad. Pues como se puede ver, Castoriadis también señala que los sujetos están obligados a reproducir y mantener viva a la institución primera (la sociedad) que los engendró.

En concordancia con esto, el autor de *La institución imaginaria de la sociedad* hace una distinción entre el *imaginario social instituido* (del cual está hecha la *subjetividad hegemónica*) y el *imaginario radical* (materia prima de la construcción de *subjetividades alternativas al orden social dominante*). Al primero, corresponden los sentidos organizadores y significaciones sociales legitimadas y consolidadas desde el ámbito institucional (mediante la escuela, cárcel, Estado, hospital, religión, etc.) y cuyo propósito es establecer líneas de demarcación en relación a tópicos como lo lícito e ilícito, lo

¹² Algo similar plantea Benedict Anderson, quien propone la siguiente definición de nación: “[como] una comunidad política imaginada como inherentemente limitada y soberana. Es *imaginada* porque aun los miembros de la nación más pequeña no conocerán jamás a la mayoría de sus compatriotas, no los verán ni oirán siquiera hablar de ellos, pero en la mente de cada uno vive la imagen de su comunión” (Anderson, 1993: 23).

permitido y lo prohibido, lo bueno y malo, lo normal y anormal; siendo esto lo que garantiza la continuidad y unidad social.

Por otra parte, el *imaginario radical o instituyente* expresa los deseos de los grupos subalternos que se oponen a ser anudados al poder; dando pauta con ello, a la resistencia y resignificación del orden social, político, cultural, económico y subjetivo dominante.

En relación al concepto de *subalternidad*, este fue construido al cobijo de la teoría marxista para dar cuenta de la condición y experiencia subjetiva de la subordinación en un contexto de dominación capitalista. Su origen lo podemos ubicar en la noción de *subalterno*, plasmado por Gramsci en los *Cuadernos de la Cárcel*; pero vivenciada por el militante cerdeño durante el contexto pre-fascista en el cual tuvo lugar el auge de los Consejos Obreros organizados por los trabajadores de la FIAT en Turín, a principios de la década de los años 20. Así, con dicha noción, Gramsci develó los mecanismos propios de la dimensión sociopolítica de la dominación y estableció que el sujeto oprimido puede experimentar su condición de dominado, ya sea aceptándola relativamente o resistiendo a dicha presión.

Si vinculamos estas nociones al concepto de *subjetividad e imaginario social* se infiere que tanto el *imaginario instituido / radical* como la *subjetividad hegemónica / alternativa*, visibilizan la incorporación o aceptación relativa por parte de los sujetos con respecto a una manera puntual de entender la realidad social. Esto explicaría entonces, la aceptación por parte de grandes sectores por mantener sociedades patriarcales, homofóbicas, heterosexuales, católicas y racistas¹³.

Pero también, devela su contraparte, la resistencia del subalterno y las diversas acciones colectivas realizadas por él, encaminadas a resistir e imaginar nuevos sentidos organizadores de la vida social. Como lo hace notar el maestro Mario Bravo cuando menciona que los imaginarios instituyentes o radicales son “[...] motores de

¹³ Guinsberg ilustra esta afirmación mediante el siguiente caso, proveniente del campo de la salud mental: “Es por tanto ingenuo creer que no interviene en un campo tan específico como la “salud mental” de la población que se encuentra bajo su influjo como han hecho, lo hacen y lo harán todos los modelos hegemónicos de la historia sin excepción alguna. ¿Acaso podría pensarse que el feudalismo, el “socialismo” o el capitalismo del “Estado de Bienestar” –por sólo citar algunos ejemplos- no incidieron en las actitudes, comportamientos, costumbres, formas de vida, objetivos, fantasías, deseos, angustias, etc. de los individuos de su tiempo, es decir en la *psico(pa)tología* de los llamados *sujetos*, con todo lo que esto implica de *sujetación*?” (Guinsberg, 2004:17).

transformaciones sociales, puntos de fuga en las mentes y los cuerpos de los sujetos, posibilitando que precisamente los sujetos se repiensen dentro de su papel en la institución de la sociedad. Nada más político y revolucionario que este acto” (Bravo, 2013: 53).

Finalmente, el proceso de producción de subjetividades e imaginarios sociales conduce a un análisis crítico de la sociedad, en la medida en que coloca en el foco de atención, las formas de existencia que ofrecen cotidianamente resistencia a lo hegemónico y buscan el cambio social.

Significaciones sociales: códigos para interpretar a la realidad social

Para finalizar lo concerniente a la subjetividad e imaginarios sociales, resta exponer un punto más: los mecanismos mediante los cuales, las significaciones sociales logran mantener el orden social dominante.

En principio, lo que en cada sociedad es ser padre, hijo, mujer, hombre, Dios, estado, nación, raza, mestizo o indio, es el resultado de las significaciones sociales producidas institucionalmente e introyectadas por sujetos y colectividades. Su importancia es, por tanto, presentarse a manera de códigos para interpretar a la realidad:

El papel de las significaciones es proporcionar un modo particular de respuestas a interrogantes fundamentales de una colectividad –también imaginarios- en tanto cada sociedad debe definir su identidad, su mundo, sus relaciones con él y con los objetos que contiene, sus necesidades y sus deseos. Sin universo de sentido frente a estas cuestiones no hay modo de constituir sociedad (Fernández: 2008:54).

Los mecanismos de los cuales se valen las significaciones sociales para realizar tal labor, son varios. A continuación, con base en el trabajo de Ana María Fernández (2008), enlistamos algunos de ellos:

- a) **Instituyen un régimen de verdad:** se presentan como la “realidad objetiva”, por lo cual aquellos que cuestionen o trasgredan el orden social prevaleciente, serán sujetos a una sanción o enjuiciamiento.

- b) **Operaciones recurrentes de desplazamiento de sentido:** operan por el desplazamiento de sentido que convierte en equivalentes cuestiones diferentes. Por ejemplo, el mito social referente a que para ser mujer antes hay que ser madre (mujer = madre).
- c) **Instituciones de exaltación o negación:** la narrativa hegemónica da una dimensión superlativa a ciertos aspectos de la realidad social y niega (visibilizará) otros elementos. La historia oficial mexicana está llena de estos claros y oscuros.

Como hemos constatado, la subjetividad tiene mucho que aportar al análisis de la sociedad y las problemáticas que en ella emergen. Esto pues encamina al investigador a realizar un análisis que va desde recuperar la experiencia del sujeto como situarla en un contexto histórico-social. Asimismo, su dimensión sociopolítica desemboca en la urgencia por criticar al orden social dominante, denunciar sus injusticias y pensar en posibles maneras de transformar nuestra sociedad y realidades más próximas. Asimismo, vale destacar que estamos ante un proceso histórico-social de producción de subjetividades, desde el cual, la cultura es interiorizada por parte del sujeto, constituyéndose así su identidad.

En el siguiente punto, se aterrizará todo lo dicho dentro del campo de la salud, haciendo énfasis en la subjetividad producida por el Modelo Médico hoy en día dominante.

3. La subjetividad producida por el Modelo Médico Hegemónico: crítica y alternativas

En distintas latitudes del mundo se ha instaurado una subjetividad dominante con respecto a la manera en que las poblaciones significan a la salud, la enfermedad y sus modos de atención.

Proveniente del campo biomédico, dicha subjetividad es producida por lo que Eduardo Menéndez denomina *Modelo Médico Hegemónico (MMH)*; su objetivo es otorgar sentido a los aspectos que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a): desde la práctica médica, los causales de la enfermedad, diagnósticos, la relación

médico-paciente, conocimientos, técnicas, la intervención institucional, hasta la propia experiencia del sujeto que padece una determinada enfermedad¹⁴.

Veamos algunas características de la subjetividad construida por el MMH:

CUADRO 1. MODELO MÉDICO HEGEMONICO: PRODUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD CON RESPECTO AL PROCESO S/E/A Y LA PRÁCTICA MÉDICA
Características:
Define al proceso s/e/a como un fenómeno biológico e individual; anulando así, su carácter histórico-social.
Define a la salud como la ausencia de la enfermedad. En este sentido, el médico suele significar al paciente como un conjunto de órganos sobre los cuales habrá de intervenir.
Promueve una práctica médica que <i>des-subjetiva</i> al cuerpo doliente en pos de la objetividad científica, pues considera que la pregunta por cómo vive el sujeto su enfermedad o las implicaciones que esta tiene en la vida diaria, entorpecería el estudio de la dimensión biológica de la salud-enfermedad.
Legitima la omisión de la voz, el dolor, el miedo y sufrimiento del sujeto de la enfermedad, esto en los informes e historias clínicas.
Subordina e inferioriza los diversos saberes y prácticas existentes en una sociedad; por ejemplo, la medicina tradicional, los saberes populares, acupuntura, etc.
Otorga al médico un saber-hacer sobre el “paciente” (quién sólo puede depositar sus esperanzas en el profesional de la salud para que sea éste quien cure su enfermedad); es decir, se mira al médico como una especie de dador de la vida o de la muerte.
Promueve una práctica médica de corte eurocéntrico, capitalista y racista-colonial.
En contubernio con las políticas neoliberales, la <i>salud</i> deja de mirarse como un <i>derecho social</i> para ser significada como una <i>mercancía</i> ; esto en concordancia con una serie de procesos sociales, políticos y económicos gestados en las últimas décadas.

Fuente: elaboración propia con base en: Laurell, 1978, 1981 y 1994; Galende, 2004, Fernández, 1996 y 1997; Menéndez, 2009 y 1994 y Blanco, 1994.

¹⁴ Eduardo Menéndez es Maestro en Salud Colectiva y Doctor en Antropología Social. Sus investigaciones se distinguen por analizar el proceso s/e/a teniendo como fundamento la relación sujeto-sociedad; así como por visibilizar que los distintos modelos de atención producidos dentro de una misma sociedad, se encuentran atravesados por relaciones de hegemonía/subalternidad. Todo esto contando como marco referencia la obra del teórico marxista y periodista italiano Antonio Gramsci.

Creador de los conceptos de *Modelo Médico Hegemónico* (MMH) y *Modelo de Autoatención*; la propuesta de Menéndez contribuye a la descripción sobre cómo en cada momento histórico, los conjuntos sociales introyectan una manera particular de entender el proceso s/e/a.

Para desgracia de las poblaciones latinoamericanas que contamos con una historia de dominación colonial, el MMH (*subjetividad hegemónica*) se caracteriza por presentarse como una concepción y praxis acerca de la salud/enfermedad/atención basada en un enfoque biologicista, individualista, a-histórica, a-social, a-subjetiva, racista, eurocéntrica y capitalista —en su fase neoliberal—.

En lo referente al componente racista, Menéndez abre una veta de análisis al recuperar el análisis teórico-político elaborado por Fanon. Teórico quien, habiendo padecido el racismo dirigido a la población negra, dejó sentadas las bases para la construcción de los *Estudios Decoloniales*¹⁵. En palabras del propio Menéndez.

[...] surgen los trabajos de autores como F. Fanon que denuncian las consecuencias del colonialismo en términos de salud/enfermedad/atención [...] donde el racismo y la explotación colonial constituirían las causas básicas de determinados problemas, incluidos problemas de salud [...] Fanon describe este proceso a través de migrantes argelinos con problemas de salud mental que él atiende como psiquiatra en Francia, y llegando a la conclusión de que la biomedicina y especialmente la psiquiatría no puede dar cuenta de estos cuadros ni en términos diagnósticos ni en términos terapéuticos, porque no puede entenderlos (Menéndez, 2012: 336).

No sobra decir que aquí no se defiende a la subjetividad producida por el MMH, por el contrario, es nombrada para establecer nuestras respectivas distancias.

Siendo así, formada en el interior de las aulas del posgrado en *Medicina Social* (UAM-X), aprendí que frente al modelo médico dominante, existe otra manera (mucho más crítica y social) de significar al proceso s/e/a. En concreto, me refiero a la postura enarbolada por la Medicina Social Latinoamericana; campo de conocimiento desde donde se postula que la salud-enfermedad-atención, aun siendo un proceso de índole biológico, también posee un carácter histórico-social (Laurell, 1986).

Dicho posicionamiento médico crítico argumenta que las distintas maneras en que las poblaciones enferman, atienden sus padecimientos y mueren, son fenómenos

¹⁵ Frantz Fanon fue un revolucionario, filósofo y psiquiatra de origen martiniqués que apoyó la lucha argelina por su independencia, esto durante el año de 1962. Su obra es toda una declaración de guerra en contra de la dominación colonial y los terribles efectos que ésta tiene en la vida de aquellas poblaciones racializadas históricamente como inferiores.

atravesados tanto por aspectos biológicos como sociales, políticos, económicos, culturales y subjetivos.

Por tanto, me adhiero a una corriente crítica del campo de la Medicina Social, desarrollada en América Latina durante los años 60'. Esto cuando en distintas latitudes del mundo (México, Cuba, Francia, etc.) se respiraba un aire a transformación social y cientos de personas en las calles empuñaban pancartas con frases como la del filósofo Herbert Marcuse: "Seamos realistas, pidamos lo imposible" (Francia, 1968). A continuación, comparto el testimonio de la Dra. Cristina Asa Laurell, una de las figuras más representativas de dicho campo, para que sea ella quien nos narre de primera mano esta parte de la historia:

A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social. Corresponde a esta corriente, en principio, demostrar el carácter histórico del proceso salud-enfermedad, definir con precisión su objeto de estudio y fijar sus propuestas referidas al problema de la determinación de aquel proceso (Laurell, 1981: 7).

Durante aquellos años, con la Revolución Cubana (1959) fresca en la memoria y contando con referentes de la talla del *Che Guevara*, era casi imposible no buscar una manera de generar procesos de transformación social. Eso fue lo que a mi parecer hicieron los profesionales de la salud de aquella época¹⁶.

Dentro de este contexto revolucionario, la idea de transformar radicalmente nuestras sociedades e imaginar (en términos castoridianos) otro mundo más justo, comenzó a permear dentro del campo de la Medicina, propiciando con ello el desarrollo de un pensamiento médico crítico que abogaba por el reconocimiento del carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad.

¹⁶ Por aquellos mismos años, también nació en Latinoamérica una corriente psicológica crítica, la cual postulaba que la psicología social debía apostar a la transformación de la sociedad. De modo que el abordaje de los problemas sociales debía realizarse, por una parte, considerando el contexto histórico-social en que se producen y, por la otra, desde y con el sujeto que lo padece en la cotidianidad. En este sentido, la *Medicina Social latinoamericana* y la *Psicología Social de la Liberación* (fundada por el sacerdote jesuita Ignacio Martín Baró) no son tan diferentes, hijas de su época, ambas postulan lo mismo: trabajar para transformar nuestra sociedad.

Para demostrar lo anterior, comenzó a cuestionarse por qué las diferentes clases sociales de una misma sociedad enfermaban y morían de distinta manera. Esto puso en tela de juicio uno de los paradigmas médicos hegemónicos, hasta ese momento inamovible, a saber: la concepción de la salud-enfermedad como un fenómeno individual y exclusivamente biológico.

Es verdad que desde el siglo XIX se desarrollaron en el continente europeo y en países como Estados Unidos de América (EUA), *teorías culturales, sociales y político-económicas de la enfermedad*, basadas en posturas marxistas. Mismas que se concretaron en la elaboración de conceptos como *rol del enfermo, carrera de la enfermedad o experiencia de la enfermedad*. Dentro de estos primeros trabajos, destaca la propuesta teórica desarrollada por Rudolf Virchow, quien se distinguió por entender a la enfermedad como el: “[...] producto de la vida social y, más concretamente, de la falta de bienestar y educación de la población, de sus pobres salarios y de sus condiciones de trabajo, de la miseria y de la falta de políticas estatales para solucionar los problemas del pueblo” (Hernández, 2011: 124); promoviendo así, un discurso crítico sobre el impacto de las condiciones de vida en la salud de las poblaciones.

La Medicina Social comparte la misma influencia ejercida por el marxismo sobre el trabajo de Virchow. También, esta corriente médica reconoce que la enfermedad es el resultado de las relaciones de explotación y dominación. Y defiende que el contexto social, político, económico y cultural impacta en las condiciones de salud de las poblaciones. Entonces, ¿qué la distingue de las teorías críticas desarrolladas en Europa o EUA?

Siendo América Latina uno de los continentes que cuenta con una historia de dominación colonial (exterminio de pueblos, saberes, lenguas y culturas) es claro que tanto el contexto social como la vida cotidiana de sus poblaciones es totalmente diferente a la imaginada por los teóricos europeos o estadounidenses. Sin duda, tanto las formas de dominación como sus efectos en las condiciones de vida de los conjuntos sociales, cambia diametralmente en cada caso. Parafraseando a la Dra. Laurell: en el continente europeo y latinoamericano, las poblaciones enferman y mueren de modo distinto.

Con esto no quiero decir que el trabajo de los teóricos europeos o estadounidenses sea poco útil para pensar el caso latinoamericano. Sin embargo, es necesario reconocer sus aportes y limitaciones. Sin duda, es imprescindible recurrir a

teóricos que incluyan en su análisis el componente indígena característico de este continente¹⁷.

En esta dirección, la premisa elaborada por la Medicina Social con respecto a la determinación social del proceso s/e/a fue la concreción de una subjetividad alternativa desde la cual fue posible plantear preguntas como: ¿por qué determinadas poblaciones registran los peores indicadores de salud en comparación con otras? ¿Qué sectores de la sociedad pueden ejercer su legítimo derecho a la salud y quiénes no? ¿Por qué existen marcadas diferencias en las condiciones de vida entre los habitantes de una misma sociedad? ¿Qué papel juegan aspectos como el género, la pertenencia a un pueblo indígena o la clase social en el proceso s/e/a?

Es difícil decir que la Medicina Social Latinoamericana haya logrado el cometido que se planteó décadas atrás. Por ejemplo, en México aún prevalece el paradigma médico que se combate desde esta corriente médica crítica. Peor aún, asistimos a un proceso de privatización de la salud, resultado de la implementación de políticas neoliberales fundadas en la individualización y mercantilización de la salud-enfermedad. No obstante, no todo está perdido. Sigue siendo un acto de resistencia el hecho de que aún existan profesores e investigadores que -desde el espacio micro político- insten al abordaje de problemas de salud concretos, considerando los aspectos biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y subjetivos que los atraviesan.

3.1 Producción de significaciones sociales alternativas sobre la salud-enfermedad

La lucha y resistencia ante un orden social dominante no siempre se lleva a cabo dentro del campo de batalla, en el cuerpo a cuerpo. A veces basta con plantear interrogantes las cuales, al igual que taladros, abran pequeñas fisuras en el poder.

Dentro del campo de la salud, esto no es diferente. Tanto para quienes realizamos investigación dentro del campo de la salud como para aquellos que padecen una problemática social concreta —pongamos por ejemplo, la imposibilidad de acceder al

¹⁷ Pensemos, por ejemplo, en la obra del investigador ecuatoriano Jaime Breilh, impulsor de la investigación en Medicina Social en los principales programas de posgrado de las universidades de América Latina. Véase: Breilh, Jaime, *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2003.

tercer nivel de atención vivido por la población indígena mexicana—, agrietar el poder significa denunciar los terribles efectos que el MMH tiene en nuestras vidas y luchar por la construcción de una intervención institucional en salud y práctica médica, mucho más humana, solidaria y horizontal¹⁸.

La idea de <<abrir grietas en el poder>>, esto con la intención de transformar radicalmente nuestras sociedades, nació en la mente del sociólogo y filósofo John Holloway. En el libro *Agrietar el capitalismo. El hacer contra el trabajo* (2011), este teórico de origen irlandés reflexiona a lo largo de su obra en torno a los movimientos emancipatorios gestados en América Latina durante las más recientes décadas y, puntualmente, defiende la tesis de que hombres y mujeres podemos ofrecer resistencia al actual sistema capitalista, abriendo grietas desde nuestro hacer cotidiano.

En términos muy generales, la producción teórica de Holloway se distingue tanto por la impronta que dejó en ella el movimiento zapatista en México (Chiapas, 1994) como por abrir el debate con respecto a que la transformación de la sociedad no estriba en apoderarse del Estado y sus instituciones, como se plantea desde la ortodoxa receta leninista de la toma del *Palacio de Invierno*. Por el contrario, argumenta que mediante las acciones de crítica y organización contra el poder (las *micropolíticas de los de abajo*, dirá el escritor uruguayo Raúl Zibechi), lograremos terminar con el mundo capitalista¹⁹.

Abrazada a la propuesta de este teórico radicado en México desde el año de 1991, la apuesta del presente trabajo corresponde a la posibilidad de mostrar oposición al MMH, el cual, en contubernio con el Estado mexicano, se ha convertido en una maquinaria de control social cuya práctica deviene en la producción y mantenimiento de un contexto de marginación y desigualdad social en materia de salud; mismo que se agrava terriblemente para los grupos sociales más desfavorecidos de nuestro país:

¹⁸ Comprendiendo que: “La horizontalidad es parte de la afirmación de nuestra propia subjetividad, el rechazo a las estructuras verticales, las cadenas de mando que nos dicen qué hacer, las que hacen de nosotros el objeto de la toma de decisiones de otros, sean quienes sean esos otros. La idea de horizontalidad es que todos deben participar en los procesos de tomas de decisiones sobre una base de igualdad y que no debería haber dirigentes. En la práctica es difícil hacer que esto funcione en términos absolutos, de modo que, probablemente, sea más útil pensar en la horizontalidad no como una regla absoluta, sino como una lucha constante contra la verticalidad” (Holloway, 2011: 73).

¹⁹ Para Holloway existen dos tipos de poder: a) el poder-sobre y b) el poder-hacer; siendo este último, el cual a manos de los sujetos puede vencer al sistema capitalista. Para un mayor debate-reflexión sobre el tema, consultar la obra *Cambiar al mundo sin tomar el poder* (2002).

Esta mañana Doña Mary tiene buen semblante. Me ha contado, con entusiasmo, que después de tantos años de espera, le trasplantaran un riñón. Lloro al recordar por lo que ha pasado para poder acceder al tercer nivel de atención: “Mi hija se fue un tiempo para el otro lado, de mojada pues... no teníamos dinero [...] mi hijo tuvo que crecer sólo. Yo me venía a México con mi esposo, pues él se quedaba sólo. Se hacía su comida, se lavaba y se iba a la escuela [...] No es fácil, aquí hay personas de diferentes lados, hablan distintos pues... lenguas, lloran en su cuarto o de plano no salen [...] Hay medicinas caras de conseguir, necesitas juntarte entre varios para poder comprarlas [...] Cuando te regaña el doctor porque no seguiste el tratamiento o por que no fuiste a la consulta cuando era, pero pues no sabe que a veces no hay cómo, como que eso no lo consideran. (Diario de campo, Mil Colores, 2014).

Puntualmente, en estas páginas se postula que una de las tantas luchas a librarse dentro del campo de la salud, se sitúa en el terreno de la producción de subjetividades. Por un lado, en el trabajo de desmontar aquellas significaciones y prácticas propias del actual modelo médico dominante, mismas que ponen en riesgo constantemente el pleno ejercicio del *derecho a la salud*. Y, por el otro, en la ardua tarea de construir otro tipo de subjetividad con respecto a la salud y sus modos de atención. Una en donde la normativa sea la defensa de la vida misma y no el impulso por el dinero o la ganancia (como sucede en el mundo neoliberal).

Pero luchar contra el orden social dominante, no es labor fácil de llevar a cabo. Por ejemplo, aun cuando cerca del 80% de la población mexicana recurre al uso de plantas medicinales como su primera opción al iniciar un proceso de atención médica; contradictoriamente, éstas siguen ocupando un lugar subordinado frente a la hegemonía del campo biomédico. Hecho que, aunado a otros factores sociales como el crecimiento urbano, ha propiciado su paulatina desaparición:

Según la Sociedad Mexicana de Agricultura Sostenible (Somas), en México hay cerca de 30 mil especies de plantas y aproximadamente a 4 mil de ellas se les atribuyen usos medicinales. Pero estas van en declive; por ejemplo, la bióloga Estela Hernández, coordinadora del Área de Vida Ecológica del Jardín Etnobotánico “Francisco Peláez”, de Puebla, denunció que en los últimos 7 años se ha perdido 30% de las plantas medicinales de la región (OMS, 2014).

Sin importar que nuestro país posee una milenaria tradición con respecto al uso de hierbas con propiedades curativas, se ha construido e instituido un imaginario social en torno a la efectividad de la medicina recetada en el interior del consultorio por el médico

de “bata blanca”, develando con ello su alto grado de injerencia en la vida diaria de los conjuntos sociales.

En este sentido, la eficacia del MMH es tal que logró encarnarse en los cuerpos y mentes de los sujetos, siendo este nuestro principal obstáculo a sortear. En palabras de Holloway: “Creamos nuestras grietas, nuestros espacios de dignidad, y ellas son inmediatamente amenazadas por el mundo que nos rodea. Pero ese mundo no es sólo exterior: lo llevamos en nuestro interior” (Holloway, 2011: 96).

Resta aclarar que lejos de satanizar al campo biomédico (pues reconocemos sus aportes al cuidado de la salud), criticamos las características antes expuestas del MMH. Creo que la urgencia por construir una práctica médica más humana y preocupada por el sujeto debe guiar el trabajo de quien hace investigación en el campo de la salud pues hasta que esto no cambie, el contexto de marginación y desigualdad seguirá causando graves estragos en la calidad de vida de los sectores más desfavorecidos.

Abrir grietas en el MMH

Otra de las características no especificadas en el apartado anterior, es el rasgo de superioridad que el Modelo Médico Hegemónico impone ante los diversos saberes y formas de atender la enfermedad, existentes dentro de una sociedad. Generalmente, la biomedicina y las instituciones de salud tienden a ignorar o marginar las diversas formas de atención alternativas, utilizadas por la mayoría de la población para atender a la enfermedad.

Este fenómeno es estudiado por Menéndez quien, mediante el concepto de *modelos y formas de atención*, explica que cada sociedad produce distintos modos de prevenir, controlar, aliviar y/o curar a la enfermedad. Desarrollando así la siguiente clasificación:

CUADRO 2. MODELOS Y FORMAS DE ATENCIÓN	
<i>Saberes y formas de atención de tipo biomédico.</i>	Son implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales, y que incluyen saberes preventivos de tipo biomédico.

<p>Saberes y formas de atención de tipo “popular” y “tradicional”.</p>	<p>Se expresan a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.</p>
<p>Saberes y formas de atención alternativas, paralelas o “new age”.</p>	<p>Aquí se incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.</p>
<p>Saberes y formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas</p>	<p>Acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.</p>
<p>Saberes y formas de autoatención que se expresan a través de dos tipos básicos</p>	<p>i) Las centradas en los tipos de grupos primarios “naturales”, especialmente en el grupo doméstico y, ii) Las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos. Alcohólicos anónimos, Neuróticos anónimos, clubes de diabéticos, etc.</p>

Elaboración propia con base en Menéndez, 2009: 31-21.

Dicha diversidad de modelos y formas de atención se encuentra determinada por aspectos étnicos, religiosos, culturales, de clase social, condiciones económicas y políticas. Y obedecen a las necesidades particulares de cada población.

No obstante, esta diversidad de saberes, técnicas, teorías y prácticas quedan marginadas y/o negadas ante la legitimidad del modelo médico dominante, cuyas características se resumen en la siguiente tabla descriptiva:

<p align="center">CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DEL DISCURSO Y PRÁCTICAS DEL MODELO MÉDICO HEGEMONICO (MMH)</p>
<p>Enfoque biologicista / Concepción teórica evolucionista-positivista / a-histórico / a-social / Individualismo / Concepción sobre la enfermedad como anormalidad, desviación y diferencia / Mercantilización sobre la salud / Eficacia pragmática: práctica curativa basada en la eliminación del síntoma / Relación asimétrica en el vínculo médico-paciente: subordinación del paciente quien posee un “saber equivocado” / Medicalización / Racionalidad científica como criterio de legitimidad y de exclusión de otros modelos / Legitimación jurídica y académica de las prácticas curadoras / Control social e ideológico / Consumismo médico / a-subjetiva.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Menéndez (1983) y Mendoza (1999).

Agrupando a dichas características en siete grandes bloques (Menéndez, 1983):

- MMH
1. **Concepciones teórico/ideológicas dominantes:** división cuerpo/alama, biológicismo, énfasis en lo patológico, individualismo, etc.
 2. **Exclusiones (marginación):** ahistoricidad, asocialidad, aculturalidad, exclusión del sujeto y de la subjetividad, individualismo, etc.
 3. **Relación médico–paciente:** asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como un conjunto de órganos en donde se habrá de intervenir, medicalización de los comportamientos, etc.
 4. **El trabajo médico:** dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamientos basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación.
 5. **Pragmatismo médico:** práctica curativa basada en la eliminación del síntoma.
 6. **Autonomía médica:** profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica.
 7. **La enfermedad y salud como mercancías:** orientación de las políticas neoliberales dentro del campo de la salud.

Ante este escenario, emerge la necesidad de plantear cuáles son los posibles derroteros a seguir en el proceso de lucha y resistencia dentro del campo de la salud, señalando una vez más que éstos tienen como uno de sus tantos puntos de encuentro la disputa por la subjetividad. Intentemos argumentar rápidamente por qué.

Históricamente, desde nuestro nacimiento hasta que morimos, aprendemos y vivimos bajo una determinada manera de nombrar nuestras dolencias físicas, curar y/o atender la enfermedad y concebir lo que es la salud. Por ejemplo, como ya señalamos, en México se nos ha enseñado que la medicina “buena” no es la del chaman o huesero,

sino la medicina del doctor de bata blanca. Y así comenzamos a constituirnos como sujetos. Y así comienza el proceso mediante el cual se instituye y legitima la subjetividad hegemónica con respecto a la salud y enfermedad:

[...] la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento —cada vez más “medicalizado”—, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/e/a (Menéndez, 2004: 72).

Particularmente, los rasgos que distinguen al MMH resaltan cuando se trata del proceso s/e/a desarrollado en contextos de interculturalidad o bien, en poblaciones que cuentan con una historia de conquista y dominación colonial.

En países como los del sub-continente latinoamericano o africano, la historia colonial —historia de genocidio, epistemicidio e inferiorización racial—, ha jugado un papel importante en la práctica médica y, por ende, en la manera en que las poblaciones viven el proceso s/e/a. Como botón de muestra podríamos mencionar el caso de Argelia, país que del año de 1830 a 1962 fue colonia de Francia. Dentro de dicho contexto histórico Fanon escribe:

La consulta

El colonizado que visita al médico está siempre un poco rígido. Responde con monosílabos, es parco en sus explicaciones y muy pronto provoca la impaciencia del médico [...] Muy pronto, el médico pierde la esperanza de obtener información del colonizado y se concreta al examen clínico, pensando que el cuerpo será más comunicativo. Ahora bien, el cuerpo del colonizado está igualmente rígido [...] Los médicos opinan: “Esas gentes son vulgares”. Los enfermos indican: “Ellos no me inspiran confianza”. Mientras los médicos afirman que el colonizado no sabe lo que quiere, si seguir enfermo o sanar, el autóctono repite: “Sabemos cómo entramos a sus consultorios, pero ignoramos cómo saldremos, e incluso si llegaremos a salir” (Fanon, 2012 :103).

¿Acaso no acontece algo similar con la población indígena en México? ¿No es verdad que desde la práctica médica occidental y las instituciones sociales que la representan (hospitales y Estado), se suele culpabilizar a la población indígena por las terribles

condiciones de salud en que vive? Al respecto, la antropóloga social e investigadora de la UNAM, Zuanilda Mendoza apunta:

En el caso de los actores sociales del sector salud, le atribuyen a la familia indígena el mantenimiento de usos y costumbres culturales que afectan procesos específicos, como la alimentación, la resistencia a determinadas acciones, el uso de automedicación, todas ellas con una carga negativa. Se hace responsables a los grupos familiares de las condiciones de salud-enfermedad en que se encuentran y a la limitación de las acciones específicas desde el sector salud (Mendoza, 2010: 201)

De esta manera, la práctica médica no tiene tintes neutrales; por el contrario, funge como un mecanismo de cohesión y control social, teniendo como propósito moldear mentes y cuerpos; subordinar saberes y formas de atención sobre la salud/enfermedad, dictaminando e instituyendo un conjunto de sentidos y significaciones sociales desde donde se señala a los sujetos y conjuntos sociales qué es la salud, qué es la enfermedad y cuáles son sus formas de atención.

Significaciones sociales sobre la salud/enfermedad

A lo largo de la historia, la enfermedad ha sido portadora de múltiples significaciones sociales, por ejemplo: “[...] los antiguos consideraban que la enfermedad era un castigo de los dioses, en la Edad Media se atribuyó a una posesión demoniaca, son conocidas también las articulaciones de la histeria y la epilepsia con estos mecanismos [...]” (Fernández, 1996: 52). Así, la idea del *fatalismo* (el hombre sometido a caprichos divinos) y del *pecado* (la enfermedad concebida como un castigo ante alguna ofensa divina), sirvieron como marcos explicativos para los diferentes problemas de salud que aquejaban a las poblaciones.

Para cuando en el mundo se corrió el falso rumor acerca de la llegada de un tal Cristóbal Colón a las Indias (1492), la concepción sobre la salud-enfermedad comenzó a transformarse radicalmente.

En principio, durante los siguientes siglos, las explicaciones de índole mágico-religioso fueron desplazadas por una racionalidad científica basada en la experimentación. Así, con el fortalecimiento de un *método científico* —el cual data de

tiempos en que pensadores como Galileo Galilei (1564 - 1642) maravillaban a las poblaciones con sus inventos—, el desarrollo de investigaciones sobre la anatomía humana en occidente durante el S. XVIII —época de la *Ilustración*- o el descubrimiento del primer antibiótico (penicilina) por Alexander Fleming en el año de 1928; influyeron para que un modelo médico occidental de corte científico se instaurara en el mundo como una concepción dominante.

Presentándose como la única manera de atender y entender la salud-enfermedad, dicho modelo corresponde al modelo del cual hemos hablado en lo que va de este capítulo: el MMH.

Ahora bien, las significaciones sociales y prácticas con respecto a la s/e/a producidas e instituidas por el modelo médico dominante, fueron adquiriendo terribles particularidades al calor del acontecer de la Historia del siglo XX. Hechos históricos como la disputa por el control político del mundo librada durante la *Guerra Fría* (1945 - 1991) entre capitalistas (liderados por E.U.A) y socialistas (liderados por la entonces Unión Soviética) o el tránsito de un *Estado Benefactor* garante de derechos sociales a un *Modelo económico Neoliberal* en la América Latina de los años 80', produjeron terribles consecuencias en la manera en que las poblaciones hacían frente a sus padecimientos físicos²⁰.

Particularmente, el MMH de la mano del Estado neoliberal, despojó a la salud de su estatus de “derecho social”, para ser insertada dentro del ámbito mercantil:

El estado neoliberal ha delegado cada vez más a las instituciones privadas el problema de la salud, en perjuicio de una gran masa de la población que no tiene acceso a esos servicios. En estas condiciones sociales proliferan los seguros de vida, de incapacidad, de servicios médicos, etcétera, que venden ilusiones de garantizar lo imposible de ser garantizado. El individuo en su soledad tiene que hacerse cargo de su enfermedad y de su muerte (Fernández, 1996: 53).

Aunado a lo anterior, dentro del mundo capitalista (actualmente, en su fase neoliberal) la salud se fue vinculando a significaciones como *productividad, eficiencia, normalidad o mercancía*. Por su parte, la enfermedad se alejó de su calidad de “castigo divino”, para

²⁰ Con respecto al vínculo entre Modelo Médico Hegemónico y las políticas neoliberales dentro del contexto mexicano, esto será trabajado con mayor profundidad en el capítulo II.

convertirse en sinónimo de *improductividad*, *falla* o mera *disfunción biológica* que impide a los sujetos cumplir con sus obligaciones sociales: trabajar, ser productivos y eficientes.

Dichas significaciones sociales asociadas a un enfoque científico biologicista y preceptos capitalistas como el *individualismo*; fueron orientando y dirigiendo tanto la intervención del Estado ante problemáticas de salud específicas, como a la propia práctica médica que se ejerce hoy en día en el interior de cada consultorio:

[...] Esta aproximación reduccionista, desvinculada de las condiciones de vida, conlleva consecuencias a nivel de la intervención que las instituciones realizan en el sector salud. Se desplaza la responsabilidad de la salud-enfermedad a la población, y se apoya la privatización de los servicios de salud, trasladando el costo de estos servicios al usuario. La pérdida del apoyo institucional dirigido a los sectores menos favorecidos ha producido niveles de abandono en la población que cada vez cuenta con menos estructuras de soporte (Fernández, Rivas y Pimentel, 1997: 243 – 244).

Todo este estado de cosas, se materializa de un modo concreto durante el desarrollo de la consulta médica. Es decir, sabemos que el encuentro entre el médico y el paciente, es un suceso del todo trascendental para quien acude a consulta. La angustia ante el posible diagnóstico y el miedo producido por la incertidumbre de saber si se podrá alcanzar la cura o no, se manifiestan a cada momento .

Igualmente, ese mismo sujeto que desnuda su cuerpo y miedos frente al médico, dejándose auscultar; no ingresa solo al consultorio. Lo hace acompañado de una historia singular, un bagaje cultural, una identidad, un origen, dolores físicos, esperanzas, angustias y siendo portador de determinadas condiciones de vida:

La consulta médica no ocurre en un vacío social, influyen posiciones de clase, de médico y paciente, conceptos sobre la función correcta de ambos, condiciones étnicas, presiones familiares y comunales e incluso la comercialización de fármacos y aparatos médicos, entre muchas otras variables. Reconociendo que el individuo que llega a la consulta médica lo hace con un bagaje cultural y social, un origen, una historia y una familia, y que el acto médico se ejerce en un espacio concreto elegido por el profesional, determinará e influirá en las variaciones que la relación terapéutica tenga, ya sea sí se realiza en el consultorio de un centro de salud rural, una unidad de medicina familiar urbana, un hospital público o un consultorio privado (Mendoza, 1999: 57).

No obstante, dicha concepción sobre la dinámica puesta en escena en el interior del consultorio médico, no suele ser compartida por el MMH. Por el contrario, la práctica médica dominante se ha constituido bajo la significación social del sujeto enfermo como un conjunto de órganos sobre los que el médico habrá que intervenir para terminar con el síntoma.

Si algo caracteriza a la práctica médica hegemónica es su *misión de terminar con el síntoma*. Praxis desde la cual se des-subjetiva al cuerpo doliente para “captar” su esencia biológica y anular los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales que intervienen en todo proceso s/e/a. Al respecto, recuerdo la llegada de una familia maya a *Mil Colores*. Cinco de sus integrantes presentaban problemas visuales. Entre pláticas salió a tema que todos ellos trabajaban en un plantío situado en un lugar cercano a una fábrica cuya fama estribaba en el poco cuidado con sus desechos. A pesar de esto, en sus historiales clínicos no existía ninguna referencia a dicha cuestión. Si bien, se descartaba la posibilidad de tratarse de una enfermedad hereditaria, eran casi nulas las preguntas hacia el contexto en el cual laboraban.

¿Por qué el médico y *Mil Colores* realizaron tan grave omisión sobre el contexto social en que se desarrolló la enfermedad en esta familia?

Dentro del campo de la Psicología Social y la Medicina social latinoamericana, ha encontrado cauce la resistencia ante la tendencia por atender y entender la salud-enfermedad desde un reduccionismo biológico. Se levantan banderas en contra del mundo inventado por la ideología capitalista y el campo biomédico; afirmando que:

“[...] existen sujetos enfermos y no enfermedades, y que el cuerpo es el medio para la expresión del síntoma, pero este se vincula con múltiples factores que se relacionan tanto con lo biológico como con aspectos psicológicos y sociales [...] El síntoma no es signo que se reduce exclusivamente a lo orgánico, sino que se articula con elementos simbólicos que tienen que ver con la cultura y con el mundo fantasmático de los sujetos. El síntoma es una manera de decir o hablar al otro de lo que nos sucede. (Fernández, 1997: 244).

Por otra parte, como se dejó entrever páginas atrás, la subjetividad sobre la s/e/a posee una doble cara. Por un lado, el orden social instituido desde el cual son legitimadas las prácticas, significaciones e imaginarios sociales en torno a la s/e/a; esto mediante las instituciones que conforman a la sociedad.

Y por el otro, la creación de nuevos sentidos (organizadores) o bien, procesos de resignificación. Mismos que tienen como punta de lanza el cuestionamiento y/o puesta en crisis del orden social instituido. Al decir de la doctora Lidia Fernández: “Desde este imaginario radical podríamos pensar en nuevas significaciones sobre la enfermedad que permitan comprender el dolor, el sufrimiento y la muerte desde un lugar distinto, que imprima alternativas a los trabajadores del campo de la salud [...]” (*Ibídem*: 58). Un ejemplo de dichos procesos de creación de nuevos sentidos y resignificación, lo constituye el *Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ)*, creado en el año de 1996 por las bases de apoyo del Ejército de Liberación Nacional EZLN, específicamente desde la estructura comunitaria de los *MAREZ-Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas*, en el estado de Chiapas, México.

Pensado como un sistema de salud alternativo al modelo médico hegemónico y, sobre todo, como respuesta a la insuficiente intervención del Estado mexicano frente a los problemas de salud vividos por la población indígena mexicana, el SSAZ constituye un ejemplo de la construcción de políticas y prácticas en salud desde la autonomía y lo comunitario. Así, para el SSAZ, la salud se define como:

bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad social o política; salud es vivir sin humillación, poder desarrollarnos como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma; la salud se caracteriza como un derecho de todos y todas. Se concibe también como un proyecto que debe estar en manos del pueblo, quien debe ser parte activa en la definición de las políticas, la planeación, la ejecución y evaluación²¹.

Así, el desarrollo de los procesos de salud, enfermedad y sus formas de atención, no escapa a la batalla librada en el terreno de la producción de sentidos y significaciones sociales. Finalmente, es la subjetividad (tan menospreciada por la praxis médica occidental) la que sustenta y posibilita la permanencia del MMH descrito en cada consultorio médico y mentes de los sujetos.

En este sentido, las conclusiones a las que llegamos en este primer capítulo giran en torno al impacto que el modelo médico hoy en día dominante, produce en la manera

²¹ Véase: Documental, *El Camino de la Nueva Salud*, 2007, 42 min. Caracol IV, México.

en que Estado, gobierno e instituciones resuelven los problemas de salud y, por tanto, en las condiciones de vida de las poblaciones.

Particularmente, dentro del contexto mexicano, emparentar el proceso s/e/a con neoliberalismo, ha empañado cualquier efecto positivo de los múltiples avances científicos desarrollados por la biomedicina (procedimientos quirúrgicos, vacunas, medicamentos, etc.). Por el contrario, el modelo médico hegemónico promueve y legitima la —cada vez más notoria— brecha entre quienes pueden ejercer su legítimo derecho a la salud y quienes no.

En concordancia con lo anterior y a la luz de casos concretos como el de los habitantes de *Mil Colores*, es pertinente subrayar que entre los grupos sociales más afectados por dicha desigualdad social en salud se encuentra la población indígena mexicana. Como muestra de ello, basta señalar que, en los municipios habitados por estos sectores, se registran los peores indicadores de salud a nivel nacional. Así, el reconocimiento de la determinación social de la salud/enfermedad permite analizar por qué dentro la sociedad mexicana, hay grandes diferencias entre los modos en que enferma y muere la población mestiza y la indígena.

Particularmente, en el caso de la población indígena la mirada teórica-reflexiva que tanto la psicología social —mediante el concepto de subjetividad— y la medicina social —definiendo a la s/e/a como un proceso histórico-social— otorgan con respecto a la salud y enfermedad; insta a incluir en el análisis del caso que aquí se abordará, una revisión histórica sobre la salud de los pueblos indígenas: desde la conquista y dominación colonial hasta el México actual, los pueblos indígenas han vivido un proceso de inferiorización racial que limita y dificulta el reconocimiento de sus derechos sociales.

Siendo así, ambos campos de conocimiento añaden el siguiente elemento para analizar el problema que enfrenta la población indígena mexicana para acceder al tercer nivel de atención, a saber: el racismo materializado dentro del campo de la salud.

En términos generales, en investigaciones concretas realizadas dentro del campo de la salud de la población indígena mexicana, indispensable es producir un abordaje teórico-metodológico partiendo de la siguiente premisa: en nuestro país no es lo mismo enfermar y requerir atención médica de tercer nivel siendo población indígena o mestiza. Entre ambos sujetos la experiencia y manera de transitar por un proceso de atención

médica está atravesada por distintas cuestiones: la historia personal y comunitaria, el origen, aspectos sociales, el bagaje cultural del paciente, identidad, pertenencia a un grupo étnico, lengua, la relación jerárquica establecida entre médico-paciente, la posibilidad de acceder a un servicio médico esto con respecto tanto al costo económico que este represente como a las distancias geográficas a recorrer para llegar al centro de salud y finalmente, las esperanzas de tratar y curar los malestares físicos puestas en el médico.

Todas estas cuestiones, produciéndose y entrecruzándose dentro de un contexto en donde prevalece una subjetividad racista instaurada en las mentes de sujetos e intervenciones institucionales particulares como el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”, espacio atravesado por la subjetividad hegemónica racista con respecto a cómo atender los problemas de salud de la población indígena y por prácticas de atención a la enfermedad nacidas dentro de un contexto de indigenismo.

Espacio cuya historia me ocuparé de contar en el siguiente capítulo.

Yóllotzin



"Alas y libertad"

Habitantes del albergue indígena "La Casa de los Mil Colores" (2013 - 2014)

-Obra colectiva-

CAPÍTULO II

Presentación del caso.

Que cuenta la historia del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”: época fundacional, características y objetivos institucionales

*Ax keman ti nel youi
onka ze pitzajtik pil mekatl tlen kiiijlpia papalomen iuan
inancuauitl
to tepotznancuauitl tlen tech yolchikaua
tlen tech yolpachoa
tlen tech tepalchihitia²²*

Mardonio Carballo

Mientras en la mesa de trabajo ordeno mis anotaciones (tan llenas de usted, señora Mary), de fondo se escucha la voz de Chavela Vargas cantando:

*Uno vuelve siempre a los viejos sitios en que amó la vida,
y entonces comprende cómo están de ausentes las cosas queridas.
Por eso muchacho, no partas ahora soñando el regreso,
que el amor es simple, y a las cosas simples las devora el tiempo²³.*

Ante tales palabras, no puedo más que recordar. Buscar en mi memoria cómo comenzó esta investigación y, sobre todo, cómo fue mi llegada y regreso al albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” (o *Mil Colores*, como lo suelen llamar sus habitantes).

Entre la nostalgia por el camino andado y un mar de sentimientos encontrados, cierro los ojos y comienzo a recordar: la primera vez que visité *Mil Colores*, una mujer de rostro amable me dio la bienvenida. Transcurría el mes de noviembre del año de 2009, y apenas iniciaba el servicio social en el área de Psicología. Durante aquellos meses, de la mano de la Mtra. Verónica Alvarado, me enfrenté a la tarea de construir un dispositivo de

²² Poema náhuatl que traducido al español dice:

Uno nunca se va del todo
hay un hilo invisible que une a la mariposa a su árbol madre
la nodriza imaginaria que por leche da nostalgia
y fuerza
y valor.

²³ Estrofas de la canción “Las simples cosas”, escrita por Armando Tejada Gómez y musicalizada por César Isella.

intervención encaminado al trabajo con sus habitantes: hombres y mujeres indígenas provenientes de los diferentes estados de la República mexicana, quienes se desplazan periódicamente a la capital del país a fin de acceder al tercer nivel de atención; pues en sus lugares de origen no existe la infraestructura médica-hospitalaria necesaria para el tratamiento de sus malestares físicos.

En ese entonces, numerosas interrogantes asomaban las narices para cuestionarme e inquietarme terriblemente sobre la práctica de mi profesión: la Psicología Social. Formada en las aulas de la UAM-Xochimilco, una de las preguntas que se convirtió en una constante durante mi formación académica, aludía a los límites y posibilidades del psicólogo social para intervenir en las problemáticas que aquejan a una sociedad como la nuestra.

En gran medida, la inquietud y el interés por aproximarme a la historia de los habitantes de *Mil Colores* y, posteriormente, de buscar en el campo de la Medicina Social las herramientas teóricas necesarias para su abordaje; nació, sin darme cuenta, en el justo momento en que la psicóloga Nora Sevilla, encargada del área de Psicología, me asignó el trabajo de presentar y llevar a la práctica una propuesta de servicio social.

En el fondo, dicha encomienda visibilizaba aquel viejo cuestionamiento²⁴, sólo que matizado con nuevos colores y experiencias. Para ese entonces, las preguntas apuntaban hacia lo siguiente: ¿qué podía hacer la Psicología social frente a un grupo de indígenas mexicanos que se desplazan periódicamente a la Ciudad de México, con el propósito de iniciar o continuar un proceso de atención médica de tercer nivel?, ¿de qué manera intervenir, si consideramos que se trata de un grupo conformado siempre por diferentes personas, culturas, lenguas, pensamientos y cuya característica principal alude a vivir en una situación de continuo desplazamiento de sus lugares de origen a la Ciudad de México y viceversa?, y sobre todo, ¿cómo pensar y problematizar el tema de la salud latente en este caso?

Resultado de aquellas interrogantes fue el taller de lectura *Nuestras voces*, presentado como proyecto de servicio social durante los primeros días del mes de enero del año de 2010.

²⁴ El cual, ahora me doy cuenta, reflejaba una inquietud por construir un puente entre la praxis del psicólogo social y lo político, entre dicho campo de conocimiento y el compromiso con la sociedad en donde se habrá de intervenir.

Con una duración de tres meses, el taller tuvo como principal objetivo abrir un espacio para el diálogo y la reflexión. Un espacio en donde se pudiera hablar acerca de lo que para ellos es considerado como importante. De manera que, de la mano de escritores como Mardonio Carballo, Jaime Sabines, Eduardo Galeano y el Sub Comandante Marcos, nuestro taller transitó por temas como los valores en la familia indígena, tradiciones y costumbres, la educación en contextos de interculturalidad, la convivencia en el interior del albergue, etc.

Debo decir que aun cuando se hablaba de tradiciones, creencias y costumbres de los pueblos indígenas, las palabras del grupo siempre dejaban entrever el problema de salud al cual se enfrentaban en su día a día. Por ejemplo, la mujer de quien les hablé al principio, contó cómo un mal día, su esposo comenzó a tener fuertes dolores de cabeza y de cómo, después de un largo peregrinar por curanderos y centros de salud, le diagnosticaron cáncer. Recupero una de las notas que escribí en mi diario de campo, el 13 de enero de 2010:

Eufrasia, mujer náhuatl originaria de la Montaña de Guerrero, está triste y preocupada. Los doctores dicen que su esposo no recuperará la vista, pero ella no entiende muy bien por qué.

Hace cuatro meses llegó al albergue y aún no se acostumbra. Extraña mucho a su pequeña hija de tres años, a quien dejó al cuidado de su abuela paterna. No sabe exactamente cuándo regresará a su casa, todo depende de lo que diga el doctor.

Los días en el albergue se le hacen eternos, continuamente piensa en su trabajo como recolectora de tomates; en su casa; en las calles de su comunidad y, sobre todo, en la falta de dinero.

Ayer llevó a su esposo a una consulta médica en el Hospital de Cancerología, ubicado en Tlalpan. Mientras esperaba a que los recibiera el doctor, ella comenzó a platicar con su esposo en náhuatl; sin embargo, la mirada de la gente (de acuerdo a sus palabras, mirada que la "hacían menos"), los hizo hablar en español. Con un dejo de tristeza, admite que hablar en su lengua puede ser motivo de discriminación en el D.F., por lo cual, ella y su esposo han decidido que su hija sólo aprenda el español.

La puesta en marcha del taller, para mí representó un primer acercamiento a las historias que se escriben, habitan, narran, danzan y escuchan por las habitaciones de *Mil Colores*. Historias que ponen de manifiesto el contexto de pobreza, marginación y desigualdad

social en el cual la población indígena mexicana ha vivido de manera histórica, en este caso con respecto al tema de la salud.

No obstante, tres meses fueron muy poco tiempo para reflexionar sobre todo lo aprendido (incluidas las clases de bordado, maya y náhuatl que recibí del grupo con el cual trabajé) en cada una de las sesiones del taller. Igualmente, reconozco que aun cuando la Psicología Social me brindó valiosas herramientas teóricas y metodológicas para su estudio, me faltaron elementos teóricos para problematizar el tema de salud presente en cada una de las palabras de los habitantes de este albergue.

Como botón de muestra, basta mencionar lo ocurrido durante una de las sesiones del taller, cuando al terminar la lectura del poema “La luna” (escrito por el poeta chiapaneco Jaime Sabines); un hombre de cincuenta años, hablante del maya, recurrió al siguiente fragmento para hablar de su enfermedad:

*Un pedazo de luna en el bolsillo
es mejor amuleto que la pata de conejo:
sirve para encontrar a quien se ama,
para ser rico sin que lo sepa nadie
y para alejar a los médicos y las clínicas.*

De manera que, después de un momento, el grupo comenzó a significar sus padecimientos físicos, no en términos de diagnósticos y tratamientos médicos, sino desde otro lugar:

Mi enfermedad es la ausencia de mi familia; la añoranza por mi hogar; la falta de dinero para viajar a México; el regaño del doctor por no seguir con mi tratamiento y la dieta recomendada, al pie de la letra. Mi enfermedad es mi relación con Blanca (la entonces enfermera del albergue); la falta de platicar con alguien en mi lengua, aquí en México; el sentimiento de rareza en la capital, perderme en sus calles; las risas de mis amigos en el albergue, mis amigos [...] esa es mi enfermedad (Diario de campo, 10 de febrero de 2010).

Después de tantas experiencias, saberes, afectos y palabras compartidas entre quien esto escribe y el grupo con el cual trabajé, me sentía en deuda con los habitantes de *Mil Colores*. Sentimiento que traduje en una inquietud por construir una mirada reflexiva en torno al problema de acceso a atención médica de tercer nivel, presente en las regiones indígenas de México, desde y con el indígena que lo padece en su cotidianidad.

Problemática que no está de más decir, ha sido poco estudiada, siendo abordada principalmente en reportes de servicio social.

Es así que, para inicios del año de 2011, inicié mis clases en la maestría en Medicina Social y con ello, se colocaba frente a mí el regreso al albergue. Mi retorno a *Mil Colores* venía acompañado de numerosos cambios en mi vida. Los más importantes: retornaba ya no como estudiante de licenciatura, sino como psicóloga social titulada, investigadora, próxima maestra en Medicina social y con mayor conciencia y un posicionamiento político acerca de mi origen e historia personal.

Pero no sólo yo cambié. Mi regreso a este espacio estuvo marcado por una lamentable situación: la muerte de Bella a causa de la leucemia que padecía. De ella (y de todos los que habitan en este espacio) aprendí que aún en un contexto de desigualdad social y discriminación, se puede tener la valentía para luchar por el derecho a la salud inherente a todo ser humano²⁵.

Historias como la de Bella se escriben y cruzan por las habitaciones de *Mil Colores*, principal espacio en donde se desarrolló esta investigación; por tanto, este primer capítulo tiene como propósito narrar y presentar la historia del albergue (época fundacional, su adscripción al proyecto “Atención de Tercer Nivel” –INI-, el contexto histórico-social en que fue construido, etc.) y de aquellos que habitan en este espacio.

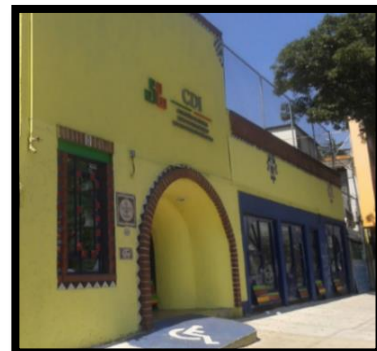
1. Un lugar llamado “La Casa de los Mil Colores”: características y objetivos institucionales

Entre calles de la delegación Cuauhtémoc, muy cerca del corazón de la Ciudad de México, se encuentra el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”. Pintado de amarillo, por sus habitaciones se cruzan y entrecruzan las historias de cientos de

²⁵ Cuando hablo de la lucha por el derecho a la salud enarbolado por los habitantes del albergue, no pienso como tal en la organización de todo un movimiento social, más bien pienso en una lucha que se gesta en lo que el teórico James Scott denomina *intrapolítica*: “[...] Cada grupo subordinado produce, a partir de su sufrimiento, un discurso oculto que representa una crítica del poder a espaldas del dominador. El poderoso, por su lado, también elabora un discurso oculto donde se articulan las prácticas y las exigencias de su poder que no se pueden expresar abiertamente. Comparando el discurso oculto de los débiles con el de los poderosos, y ambos con el discurso público de las relaciones de poder, accedemos a una manera fundamentalmente distinta de entender la resistencia ante el poder.” (Scott, 2000: 21).

indígenas mexicanos, quienes en su cotidianidad viven el problema de acceso a atención médica de tercer nivel²⁶, presente en las regiones indígenas de México.

Mil Colores es pieza central de un proyecto de salud asistencial promovido fundamentalmente por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) — antes Instituto Nacional Indigenista (INI)—; denominado proyecto “Atención de Tercer Nivel”. Este es el único proyecto de salud a nivel nacional que, hasta este momento, se encarga de hacer frente a dicha problemática de salud. De ahí la importancia de aproximarnos a las historias y experiencias de los habitantes de *Mil Colores*:



F3. Entrada principal de *Mil Colores*.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, garantiza la atención a la salud a todos los mexicanos; sin embargo, debido a la inaccesibilidad para poder llegar a las comunidades indígenas, aunado a la insuficiente infraestructura hospitalaria que se tiene en las regiones indígenas y los altos costos que implica la atención médica especializada; el Instituto Nacional Indigenista, ahora CDI, puso en operación a partir de 1981 el Proyecto de Atención de Tercer Nivel, el cual surge como una respuesta a las necesidades de atención médica especializada que presenta la población indígena de nuestro país, con la finalidad de gestionar y apoyar a los pacientes indígenas en su canalización a las diferentes Unidades de Atención Médica Hospitalaria, para lograr su atención en servicios de Tercer Nivel (CDI, 2006).

Como se menciona en la cita anterior, este proyecto de salud fue puesto en marcha en el año de 1981, como parte del programa “Bienestar Social”²⁷, caracterizándose y operando desde aquel entonces de la siguiente manera:

²⁶ Se denomina Tercer nivel de atención médica a “[...] las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.” En: página electrónica de la Secretaría de Salud, <http://www.issea.gob.mx/TercerNivel.htm>, consultada el 12 de noviembre de 2014.

²⁷ En el entonces Instituto Nacional Indigenista (INI), la estrategia de “Promoción a la Salud”, se insertó en el Programa de “Bienestar Social”. En la actualidad, dicho programa de salud opera a nivel nacional, desde dos proyectos: “Atención a Tercer Nivel” y “Medicina Indígena Tradicional”; ello después haber dejado de existir un tercero en marzo del año de 2003, este era el denominado “Atención Primaria a la Salud” (CIESAS, 2003).

CUADRO 4. PROYECTO ATENCIÓN DE TERCER NIVEL (CDI)

DESCRIPCIÓN

OBJETIVO GENERAL	Contribuir a la recuperación de la salud de los pacientes indígenas que necesitan atención médica especializada, derivada de enfermedades graves que requieren atención de médicos especialistas u hospitalización y en sus localidades no cuenten con estos servicios.
OBJETIVO ESPECIFICO	Promover y gestionar atención médica especializada ante las dependencias y entidades competentes del sector salud, esto para la atención de pacientes indígenas.
POBLACIÓN OBJETIVO	Pacientes indígenas que requieren de atención de tercer nivel y necesitan del “apoyo” para poder tener acceso a estos servicios.
REQUISITOS PARA ACCEDER A ESTE PROYECTO	<p>Ser indígenas que al menos cumplan con uno de los siguientes supuestos que así lo acrediten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hablantes de alguna lengua indígena. ✓ Que su lugar de procedencia sea una zona eminentemente indígena, determinada con base en los Indicadores Socio Económicos de los pueblos indígenas de México, publicados por el INI-PNUD-CONAPO en el año de 2002. ✓ Se auto adscriba como miembro de un pueblo indígena, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el 1o. del Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.
PROCESO DE CANALIZACIÓN DE PACIENTES INDÍGENAS A UNIDADES HOSPITALARIAS DEL SECTOR SALUD	<p>Ámbito estatal:</p> <p>Los pacientes indígenas que pidan apoyo, deberán presentar una solicitud dirigida al Director del CCDI* en el ámbito regional. La solicitud deberá especificar el tipo de apoyo que requiere el paciente y deberá obtener una respuesta en un plazo no mayor a 5 días hábiles, transcurrido dicho término sin que se haya dado respuesta, se entenderá que la solicitud fue negada.</p> <p>En caso de ser aceptada la solicitud, se canalizará al paciente a la unidad médica más cercana a su región.</p> <p>Albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”:</p> <p>Sólo en caso en que no exista a nivel estatal ni regional el servicio especializado requerido, el paciente será canalizado a la Ciudad de México, a través del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”, quien recibirá al paciente canalizado por Oficinas Centrales, Delegaciones Estatales y CCDIs.</p> <p>Aclarando que “La Casa de los Mil Colores” abre sus puertas al paciente indígena y a un solo acompañante</p>

COMPONENTES DEL PROYECTO	<p>1. Apoyos otorgados a beneficiarios indígenas para el acceso a los servicios médicos de tercer nivel (ámbito regional y albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”).</p> <p>2. Servicios de alimentación y hospedaje (albergue indígena “La Casa de los Colores”).</p>
PRESUPUESTO	El que apruebe la Cámara de Diputados y donaciones.

Fuente: Elaboración propia con base en informes de la (CDI, 2009, 2006, 2013) y CONEVAL (2013). * Centros Coordinadores para el Desarrollo Indígena (CCDI).

A reserva de estar de acuerdo o no, dicho proyecto plantea que el problema de acceso a la atención médica de tercer nivel presente en las regiones indígenas, se explica a partir de tres razones: 1) el aislamiento geográfico en el cual vive este sector de la sociedad, 2) los altos costos económicos del tercer nivel de atención y 3) la escasa cobertura de infraestructura médica-hospitalaria en las regiones indígenas mexicanas.

Desde esta perspectiva, el proyecto Atención de Tercer Nivel opera actualmente en cerca de 26 entidades federativas a través de las delegaciones y CCDI, y en la Ciudad de México mediante el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”. De acuerdo a documentos oficiales, eventualmente se apoya, cuando lo requieren, a migrantes indígenas de los estados mexicanos que no están dentro de la cobertura de las Delegaciones Estatales y los radicados en el extranjero.

Con respecto al presupuesto aprobado por la Cámara de Diputados, la partida asignada para los años 2011, 2012 y 2013 (años cercanos al tiempo en que se realizó el trabajo de campo) fue la siguiente:

Ejercicio fiscal	Monto asignado (Anual)	Apoyos otorgados durante el primer trimestre	Acciones relevantes
<i>2011</i>	73,200.0 (Miles de pesos)	No hay cifras.	No hay información disponible.

2012	31,640.0 (Miles de pesos)	520 apoyos económicos para beneficiar a 356 pacientes indígenas de 210 municipios y 307 localidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión, trámite y apoyo económico del albergue Mil colores a dos pacientes para sus cirugías de alto riesgo, uno en el Instituto Nacional de Cardiología y el otro en el Instituto Nacional de Cancerología, resultando ambas exitosas. - Gestión y apoyo para realizar el protocolo de trasplante de Riñón de dos pacientes del albergue Mil Colores, programados para este año de 2012. - Gestión de recursos ante la Fundación Azteca, el DIF y el Hospital General de México, para la adquisición de una válvula craneal que cuesta 300 mil pesos, esto para un paciente del albergue Mil Colores
2013	25,800.0 (Miles de pesos).	347 apoyos económicos para beneficiar a 276 pacientes indígenas.	No hay información disponible.

Elaboración propia a partir de informes oficiales de la CDI (2012, 2013) y la CONAPO (2013).

En relación a los datos presentados en el cuadro anterior, durante los años más recientes es notoria la reducción de presupuesto de la que ha sido objeto el proyecto *Atención de Tercer Nivel*, hecho que ha tenido graves consecuencias en su operación. Por ejemplo, en una evaluación realizada por el CIESAS durante el año de 2002, se señala que en numerosas ocasiones los trabajadores de salud que laboran en *Mil Colores*, aportan dinero de su propio bolsillo para cubrir gastos como adquisición de medicamentos, pago de transporte local y foráneo del paciente, etc.; cuestión corroborada por los propios trabajadores de la salud del albergue:

Sí, hemos visto como el presupuesto se va acortando. Es lamentable. Pero vamos trabajando con los recursos que tenemos. Recuerda que somos la única institución que trabaja, en colaboración con otras más, con esta problemática en particular. No podemos cruzarnos de brazos. Lo importante es asegurarnos que cada uno de los usuarios reciban la atención médica que necesitan; por ejemplo, ahora mismo estamos gestionando medicamentos que valen más de 10 mil pesos, un trasplante de riñón... estamos trabajando y eso es lo importante. A mí nunca me ha tocado poner dinero de mi bolsillo, pero si he visto a compañeros que aportan, que ayudan [...] últimamente los apoyos

económicos, para el transporte o los medicamentos, tardan en darse y eso afecta negativamente al proceso de atención de los pacientes.

Trabajador de la salud del área de Trabajo Social, plática informal.

Por otra parte, es de resaltar que en los informes anuales presentados por la CDI durante los años de 2013 y 2014 existen inconsistencias, vacíos e incluso errores; especialmente en lo concerniente a datos que logren dimensionar a nivel nacional tanto la magnitud del problema de salud al cual hace frente, así como al propio alcance del proyecto. Específicamente, me refiero a dos indicadores: *población potencial* y *población atendida*²⁸.

No podemos decirte, en términos de cantidad, cuál es nuestra población potencial. Sí te puedo dar un estimado de la población indígena atendida mes con mes. Pero es eso, un estimado nada más. Te hablo nada más del albergue porque el proyecto opera en otros estados del país. [...] Nosotros, registramos diariamente a 20 usuarios, esa es más o menos la población que vive en el albergue. Entre los que regresan a sus comunidades y los que llegan. Al mes, la cantidad total de población atendida es entre 200 a 300 usuarios. El problema de esto es que en esas cifras se incluye a la población que llega por primera vez, se registra en el albergue, asiste a su cita médica, regresa a su comunidad y ya no regresa para continuar su tratamiento. O sea, podemos decir que atendimos a 300 usuarios, pero ¿cuántos de esos continúan con su tratamiento? ¿cuántos abandonaron su tratamiento? ¿por qué lo abandonaron? Eso ya no podemos responder.

Trabajador de la salud del área administrativa, entrevista semiestructurada.

Con todo y dichas imprecisiones con respecto a la población atendida en *Mil Colores*, su objetivo es: “[...] brindar atención a niños y adultos indígenas enfermos, que requieren atención médica hospitalaria de tercer nivel y a sus familiares, a través de una atención integral de calidad y respeto, favoreciendo el proceso de recuperación de la salud” (INI, 2001).

Bajo dicho propósito, el albergue brinda los siguientes servicios tanto al paciente como a su acompañante (CDI, 2012):

- Recibe al paciente con un acompañante.

²⁸ Por ejemplo, en el año de 2012 el proyecto informó de manera incorrecta, una *población objetivo* igual a la *población atendida*, hecho que en ese año impidió el análisis de su cobertura a partir de dichos indicadores.

- Gestión médica-hospitalaria.
- Pago de consultas, estudios, hospitalización, cirugías, terapias y ambulancias.
- Medicamentos, prótesis diversas, materiales especializados e insumos diversos.
- Hospedaje y alimentación del paciente con un acompañante.
- Apoyo económico para pasajes foráneos y locales.
- Apoyo psicológico, actividades recreativas y culturales.
- Apoyo para gastos funerarios y traslados.
- Apoyo mediante convenios de colaboración con otras instancias.

Sin embargo, como expresan los trabajadores de salud y documentos oficiales de la CDI, en años recientes la reducción de presupuesto ha generado que muchos de estos apoyos tarden en llegar a las manos de los usuarios, hay casos en donde el paciente tiene que esperar semanas para adquirir el medicamento o el apoyo económico para regresar a su comunidad: “[...] estoy viniendo al albergue una vez al mes, vengo a mis revisiones, es pura observación, en cancerología. Siempre duro en DF una semana y me voy. Los medicamentos me los dan aquí porque yo no los puedo comprar, cuestan caro. Ahora ya me he quedado, el jueves va a cumplir un mes. Y así hay varios casos” (Entrevista semiestructurada-individual, Paciente, Mujer, hablante del náhuatl, 3 años acudiendo a *Mil Colores*).

En términos generales, el programa de trabajo del albergue se desarrolla en dos áreas:

1. Salud y Cultura: conformada por Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Alimentación y Nutrición.
2. Administración: la cual se encarga de llevar a cabo la gestión de los recursos y de hacer cumplir la normatividad institucional.

Dentro del trabajo correspondiente al área de Psicología, la cual —dicho sea de paso— es el área que tiene mayor vínculo y relación con los habitantes del albergue indígena, se encuentran el seguimiento clínico, visitas a hospitales y apoyo emocional (mismo que se brinda tanto al paciente como a su acompañante a través de terapias psicológicas breves, actividades recreativas, culturales y manuales).

Bajo la dirección de esta área, durante mi estancia como prestadora de servicio social (2010) y, posteriormente, a lo largo del trabajo de campo (2013 - 2014), se realizaron las siguientes actividades:

- Visitas a museos y salidas a centros culturales y de recreación (las cuales se suspendieron a finales del año de 2014).
- Actividades deportivas (ejercicio diario por la mañana).
- Grupos terapéuticos (terapia alternativa con rosas y yoga).
- Diversos talleres impartidos por el área de enfermería, psicología y trabajo social (sobre salud, literarios, sesiones de cuenta cuentos, tanatología, clases de lenguas indígenas, nutrición. etc.)
- Particularmente, retomé los trabajos del programa de fomento a la lectura “Libro Club de la Ciudad de México”, mismos que al término del trabajo de campo (2014), concluyeron al no haber quien se encargara de su conducción.

De igual manera, todos los días se destina una parte de la mañana para que los usuarios contribuyan con la limpieza del albergue, comenzando por su propia habitación hasta espacios como el comedor, patio, sala recreativa, pasillos, oficinas, etc. En lo que respecta a la composición de sus *habitantes*²⁹, ésta se distingue por:

- Provenir de los diferentes estados de la República mexicana, en años recientes principalmente de los siguientes estados: Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Puebla.
- Pertenecer a diferentes comunidades indígenas: náhuatl, otomí, zapoteco, totonaco, mixteco, chinanteco y tzetzal.
- Presentar distintos diagnósticos médicos.
- Ser una población que vive en un continuo desplazamiento de sus lugares de origen a la Ciudad de México y viceversa. Pues su estancia en *Mil Colores* se condiciona tanto a las fechas en que se encuentran agendadas sus citas médicas como a la duración de sus tratamientos médicos.

²⁹ Si bien, en documentos oficiales cuando se habla de la población indígena que hace uso de los servicios brindados por *Mil Colores* se utiliza el término “usuario”; prefiero referirme a dicha población como “habitantes”, puesto que en su gran mayoría se trata de sujetos que llevan residiendo en este albergue por más de 10 años, con todo lo que ello implica: construcción de vínculos, afectos, relaciones, amistad y cotidianidad tanto entre los propios habitantes, como entre habitantes y trabajadores de la salud.

En lo que atañe a la composición de los trabajadores de la salud que laboran en el interior del albergue, en el momento en que se realizó la investigación-intervención ésta se conformaba de la siguiente manera:

- Personal administrativo: coordinadora del albergue, sub coordinadora, una secretaria, un contador y dos trabajadores sociales.
- Psicología: la encargada del área y un prestador de servicio social.
- Trabajo social: la encargada del área y un prestador de servicio social.
- Enfermería: la encargada del área y un prestador de servicio social.
- Un nutriólogo y personal de cocina.
- Personal de vigilancia (tres policías).
- Personal de mantenimiento (dos trabajadores).

Nos referimos a un espacio en donde laboran no más de 25 personas; siendo Psicología, Trabajo social y Enfermería, las áreas que guardan mayor relación con los habitantes de *Mil Colores*. Relación que se estrecha debido a las actividades realizadas en cada una de dichas áreas. Por ejemplo, trabajo social se encarga no sólo de recibir y registrar a los “nuevos usuarios” (asentando en sus registros datos como: lugar de origen, comunidad indígena a la que pertenecen, diagnóstico médico, el tipo de apoyo que solicita, etc.), sino también de entregarles “apoyos”³⁰ como lo concerniente al pasaje local y foráneo.

Por su parte, enfermería cumple la labor de verificar cada día que cada paciente cuente con sus medicamentos y cumpla con su tratamiento médico.

En lo que atañe a Psicología, esta es el área en donde se ha establecido un mayor vínculo con los habitantes del albergue. Coordinada por la psicóloga Nora Sevilla —y en algunas ocasiones, por quien se encuentre realizando el servicio social—, esta área se encarga de realizar un seguimiento hospitalario, promover actividades recreativas y culturales, apoyo emocional, etc. Vale destacar que Nora Sevilla ha laborado en este albergue por más de nueve años, tiempo en el cual su relación con los habitantes de *Mil Colores* se ha vuelto sumamente cercana:

³⁰ Existe un discurso particular en el interior del albergue, en donde fundamentados en los documentos oficiales que sustentan la operación del mismo, se habla de “apoyos”, más no de estrategias para hacer cumplir un derecho constitucional: es inexistente una mirada de derecho a la salud.

Nora es quien nos escucha [...] Muchos se encierran en sus cuartos, no quieren salir, nada más se oye cómo lloran [...] A todos nos pasa, nada más piensas en tu enfermedad, en que te duele, en qué va a pasar contigo. Da miedo morir. Escuchas a otros, unos se mueren y piensas "ojalá no me pase". Son muchas emociones. Te preocupas por los que se quedaron en casa, en tu comunidad, por el dinero, medicamento [...] Nora se sienta a platicar con uno y ya no te sientes tan solita. Muchos estamos muy agradecidos con ella, por la atención que nos da, por todo lo que hace por nosotros.

(Entrevista semiestructurada, individual, Paciente, Mujer, hablante del náhuatl, 18 años, 10 años acudiendo a *Mil Colores*).

Los aspectos que distinguen al trabajador de la salud que labora en *Mil Colores* son:

- ❖ Ser sujetos no indígenas. Cuestión que establece una relación desigual entre trabajador de la salud y usuario.
- ❖ No cuenta con capacitación para realizar su trabajo en contextos de interculturalidad. Desconoce la cultura y lengua del paciente indígena.
- ❖ Salvo Enfermería, las demás áreas no cuentan con capacitación para atender urgencias médicas que se pudieran presentar durante la jornada de trabajo.
- ❖ Cuentan con una trayectoria de trabajo de más de 9 años. Salvo la coordinadora del albergue, quien se sustituye cada cuatro años.
- ❖ Mantener, la mayoría, un trato cordial con los habitantes del albergue.

Es importante apuntar que dado el horario con el que cuentan los trabajadores del albergue (el cual oscila entre las 8:00 am a las 6:00 pm); desde las 6:00 pm hasta las 8:00 am del día siguiente, el personal de vigilancia quien se encarga de recibir y registrar al paciente y, sobre todo, de atender cualquier emergencia médica que se pudiera presentar, aun cuando no cuentan con la capacitación médica necesaria:

Ha muerto gente aquí. La doña con que estaba hablando, me platicó de una señora que falleció, tenía cáncer. Comenzó con que se sentía mal y mal, era la madrugada, no había nadie, sólo el poli y él fue el que llamó a la ambulancia, pero cuando llegaron, ella ya había fallecido [...] En la noche todos se van, la enfermera, todos... se van a sus casas, pero si pasa algo aquí, que alguien se sienta mal en la noche [...] porque no todos los pacientes de aquí están internados, está doña Mary que se hace diálisis, Bella que tiene Leucemia... y así hay varios.

Entrevista semiestructurada, individual, Paciente, hablante del náhuatl, 6 años acudiendo a *Mil Colores*.

Bajo este modo de operar, desde su creación *Mil Colores* es uno de los principales puntos de llegada del indígena quien proveniente de los diferentes estados de la República, arriba la capital del país acompañado de una historia, un origen, una cultura y un malestar físico, a fin de hacer frente a su problema de salud. Siendo así, es un espacio social habitado por una gran diversidad cultural, étnica, lingüística, de diagnósticos médicos y en donde se construyen experiencias, afectos, vínculos, relaciones sociales, historias singulares y colectivas, memoria, amistad, etc.

En este sentido, las características del proyecto colocan al “usuario” en una situación de continuo desplazamiento (de sus lugares de origen a la Ciudad de México y viceversa), lo cual imprime una peculiar distinción: está habitado por una población continuamente cambiante, conformada siempre por diferentes sujetos, diferentes creencias, diferentes formas de nombrar al mundo y modos de significar cuestiones como la enfermedad y sus formas de atención.



F4. Telares en las habitaciones de *Mil Colores*.

Cabe señalar que, pese al trabajo realizado por *Mil Colores*, el problema de acceso a la atención médica de tercer nivel en las regiones indígenas mexicanas, no se soluciona de fondo. En muchos sentidos, este viene a ser un pequeño calmante para el gran malestar que aqueja a este sector de la sociedad. Malestar que aun cuando no existan cifras para lograr dimensionarlo, sí podemos afirmar que tiene graves consecuencias en la vida cotidiana de los sujetos que lo padecen.

Con lo anterior no quiero decir que la labor de *Mil Colores* no sea importante, por supuesto que lo es, en la medida en que ofrece un lugar en donde la población indígena mexicana llega y vive mientras recibe el tratamiento médico que requiere, mismo que en numerosas ocasiones es cubierto económicamente en su totalidad por el albergue. Lo que, es más, entre sus habitantes existe un desmedido agradecimiento hacia el “apoyo” brindado por el albergue; por sus habitaciones, suelen escucharse historias muy similares a la siguiente: “me siento como si estuviera en mi casa, si no fuera por el apoyo que aquí

me dieron aquí yo ya estaría muerta, necesitaba una cirugía de corazón, yo estoy muy agradecida [...]” (Habitante de *Mil Colores*, platica informal).

Sin embargo, aun cuando el trabajo realizado por esta institución significa la diferencia entre la vida o la muerte para sus habitantes, no podemos obviar las implicaciones negativas que tiene su modo de operar. sobre los diferentes ámbitos de la vida del paciente indígena. Implicaciones que van desde dejar la escuela, perder estabilidad en el trabajo, dejar hijos pequeños en casa, alejarse periódicamente de la familia, hasta adaptarse a una ciudad extraña.

Así, el proyecto del cual forma parte *Mil Colores* presenta importantes inconsistencias en su funcionamiento. Para hablar de ellas, recurriré a las críticas asentadas en la *Evaluación de los programas de planeación, Bienestar social, operación y reparación de albergues escolares*, realizada por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS, 2002) y a la *Evaluación de Consistencias y Resultados* para los períodos 2011 – 2012 y 2012 – 2013, realizadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL); de donde rescato los siguientes puntos que resumen la situación actual del proyecto *Atención de Tercer Nivel*:

- a) En años recientes, el proyecto Atención de Tercer Nivel no tiene cuantificada su *población potencial*, por lo tanto, el análisis sobre la *población atendida* resulta complicado e inexacto.

En lo que atañe a la *población potencial*, esta se identifica mediante las solicitudes recibidas, hecho que provoca que aquella población indígena que radica fuera de los estados en donde el programa tiene cobertura, no sea incluida en dichas cifras, dando así una idea incompleta sobre la real magnitud de este problema de salud.

Asimismo, el sistema de información permite registrar el número de solicitudes rechazadas mensualmente, pero al parecer, esta información no suele ser llenada por los operadores del proyecto (en el año de 2010, tan sólo se registró un rechazo y ninguno en 2011, 2012 y 2013).

- b) Como ya se señaló, entre los requisitos para acceder al proyecto se encuentra la redacción de una solicitud dirigida al Director del CCDI en el ámbito regional o al titular del programa de albergues en las oficinas centrales de la CDI. Dicha solicitud tiene la característica de contar con un formato abierto. No obstante, no

se explica de qué manera se debe proceder en el caso de aquella población indígena analfabeta y cuya lengua materna no sea el español.

- c) El proyecto no cuenta con ningún tipo de promoción o difusión. En consecuencia, el “apoyo” se otorga cuando, quien lo requiere, lo solicita de manera directa en alguna oficina de la CDI (estatal o en las oficinas centrales ubicadas en la Ciudad de México). En pocas palabras, este proyecto no atiende a quien lo necesita, sino a quien lo solicita.
- d) No cuenta con mecanismos de focalización (socioeconómicos o con perspectiva de salud pública) que permitan hacer el máximo bien con los recursos disponibles.
- e) Carece de una justificación teórica o empírica que sustente el tipo de intervenciones que lleva a cabo; aun cuando existe una vasta bibliografía desarrollada desde el campo de la antropología, sociología, medicina social y la salud pública con respecto al tema de la atención a la salud de los pueblos indígenas.
- f) No existe un manual de procedimientos que norme los criterios para acceder al apoyo ni la asignación de los montos para los solicitantes.
- g) El proyecto es puramente “asistencialista”. No toma en consideración acciones, estrategias o capacitación para los trabajadores de la salud, encaminadas al trabajo y reflexión sobre la relación entre dos sujetos (paciente indígena – trabajador de la salud) que generalmente poseen construcciones culturales diferentes, desde donde significan su enfermedad y proceso de atención.
- h) No cuenta con una mirada de respeto y reconocimiento hacia la medicina tradicional, muy a pesar de que esta es muy respetada dentro de las comunidades indígenas mexicanas.
- i) No existen documentos lo suficientemente claros en donde se exponga el seguimiento a la atención médica que recibieron los pacientes y el proceso de la enfermedad.

Los puntos anteriores, manifiestan las limitaciones y fallos en el modo de operar del albergue y el proyecto de salud al cual pertenece. Entre los puntos más preocupantes sobresalen tanto la falta de difusión del proyecto como aquellos que visibilizan la terrible omisión hecha en torno al aspecto intercultural latente en el problema de salud al cual pretenden dar respuesta.

Particularmente, se puede afirmar que *Mil Colores* es un espacio que continúa reproduciendo aquella histórica intervención institucional dirigida a población indígena caracterizada por la creación de programas sociales asistencialistas creados por población no indígena y que operan con el mínimo de recursos. En concreto, la intervención encabezada por el albergue:

- Omite el histórico racismo y discriminación materializado en la vida cotidiana de los pueblos indígenas, por tanto, para la CDI el problema de acceso al tercer nivel en estas regiones es sólo una cuestión de distancias geográficas mas no de desigualdad social.
- No considera las implicaciones negativas causadas por su modo de operar, en la vida cotidiana del paciente indígena (me refiero al momento de ser canalizado a algún centro hospitalario ubicado en la ciudad de México, alejado de su comunidad)
- Omite el carácter intercultural de la problemática de salud a la cual responde.
- Presenta diversas fallas en su modo de operación, entre las cuales destacan cuestiones como la falta de capacitación de los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) para intervenir en contextos de interculturalidad.

Dichas problemáticas correspondientes tanto a la formulación y modo de operar del proyecto *Atención de Tercer Nivel* y *Mil Colores*, se explican al revisar el contexto político, económico y social bajo el cual fueron creados.

De entrada, sólo basta recordar que la época fundacional de este proyecto de salud y el albergue, coincide con dos momentos históricos centrales en la vida política de México: la retirada de un Estado de Bienestar y la entrada en vigencia de un modelo económico neoliberal que al igual que el Rey Midas, todo lo que toca lo convierte en mercancía, incluidos derechos sociales como la salud. Revisemos entonces la época fundacional del proyecto y *Mil Colores*.

2. Creación del proyecto “Atención de Tercer Nivel”: contexto histórico-social

La creación del proyecto Atención de Tercer Nivel (1981) y la posterior construcción del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” (1993), tuvieron como trasfondo dos hechos medulares en la historia de nuestro país. Por un lado, México vivía el tránsito de un *Estado benefactor* hacia la implementación de un modelo económico neoliberal, con todo lo que ello implicó: la reformulación de la relación Estado-sociedad; la adopción de un modelo de Estado no garante de derechos constitucionales como la salud y educación; la creación de políticas públicas y programas sociales, las cuales con el mínimo de recursos económicos, buscarían atender a la población *más pobre de entre todos los pobres*; altos índices de desempleo, descontento social, etc.

Y, por otra parte, el levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), durante el día 01 de enero de 1994, en el sureste mexicano. Al transcurrir la madrugada de aquel día, miles de indígenas chiapanecos unieron sus armas y voces para denunciar las históricas condiciones de marginación, pobreza y desigualdad social en las cuales ha vivido la población indígena mexicana durante siglos:

Somos producto de 500 años de luchas: [...] hombres pobres como nosotros a los que se nos ha negado la preparación más elemental para así poder utilizarnos como carne de cañón y saquear las riquezas de nuestra patria sin importarles que estemos muriendo de hambre y enfermedades curables, sin inmortales que no tengamos nada, absolutamente nada, ni un techo digno, ni tierra, ni trabajo, ni salud, ni alimentación, ni educación, sin tener derecho a elegir libre y democráticamente a nuestras autoridades, sin independencia de los extranjeros, sin paz ni justicia para nosotros y nuestros hijos. (Primera Declaración de la Selva Lacandona, Comandancia General del EZLN, 1993).

Ambos momentos históricos permiten comprender y analizar la forma en que la CDI interviene frente al problema de acceso a atención médica de tercer nivel presente en las regiones indígenas, esto desde la década de los 80 hasta nuestros días. Expliquemos.

Durante el año de 1981, el presidente de México era José López Portillo. Abogado y político, en su sexenio (1976 - 1982) el país se hundió en una profunda crisis financiera. En ese entonces (y aunque parezca que me refiero al México actual), predominó un contexto de desconfianza y descontento social generalizado en contra del gobierno y sus

instituciones; desempleo, pobreza, desigualdad social y encarecimiento de la vida eran las constantes en la realidad mexicana. Dentro de este escenario la implementación de programas sociales destinados al trabajo con población pobre y marginada, no sirvieron casi de nada. Como botón de muestra, basta mencionar el fracaso que tuvieron programas como el “Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados” o el “Sistema Alimentario Mexicano”.

Concretamente, en materia de política social, el presidente López Portillo creó el programa COPLAMAR, a través del cual el INI obtuvo mayor capacidad de decisión sobre las acciones dirigidas a los pueblos y comunidades indígenas del país. Acciones que, bajo la orientación de un indigenismo integracionista, hacían frente a los problemas sociales que aquejaban a este sector de la sociedad.

De igual manera, en mayo de 1976, la Federación firmó un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mismo que propició la creación del Programa IMSS-COPLAMAR, al cual se destinó (y se sigue destinando hasta la actualidad) la mayor parte de los recursos económicos para atender a la población no asegurada y, concretamente, a aquellos sectores sociales del medio rural (indígenas y campesinos):

Al iniciar sus actividades, IMSS-COPLAMAR lo hace imbuido del estilo institucional, rígido y vertical, que ha caracterizado a la institución. A través de las llamadas Unidades Médicas Rurales y las Clínicas Hospitales de Campo se pretendió imponer un incisivo y moderno modelo de atención, tendiente, en un principio, a impactar a las comunidades rurales; para lo cual se hace un despliegue de recursos y personal. Sin embargo, conforme el programa avanzó, se hicieron evidentes varias dificultades, por un lado, la contratación de médicos [...] con un espíritu pro-hospital [no dispuestos] a trabajar en sitios alejados de las zonas urbanas; por otro, y más adelante, la crisis económica en la que México se vio inmerso, que, se dijo, tuvo su origen en la caída brusca del precio del petróleo, lo que en consecuencia repercutió en la carencia de recursos para operar (Page, 2002: 31).

Así, para finales de 1981, México se encontraba en un punto en donde la *deuda externa* excedía su poder adquisitivo y, por lo tanto, no era capaz de hacer frente a los compromisos adquiridos de pago. Si para el año de 1971 la deuda con los acreedores internacionales era de 4000 millones de dólares, para finales de 1982 ésta alcanzaba los 20,000 millones de dólares. Hecho que llevó al entonces Secretario de Hacienda, Jesús

Silva-Herzog, a admitir en agosto de 1982 que México ya no sería capaz de pagar su deuda.

Es de aclarar que dicho contexto de crisis financiera comenzó a gestarse desde principios de la década de los años 70', cuando países latinoamericanos como Argentina, Brasil y México pidieron grandes sumas de dinero a organismos financieros internacionales como el Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) e incluso con naciones como Estados Unidos.

Sin embargo, tales préstamos no fueron realizados como gestos de "buena voluntad", por el contrario, estuvieron acompañados de una serie de exigencias y recomendaciones que crearon en Latinoamérica las condiciones necesarias para la retirada de un *Estado benefactor* y, por consiguiente, la implementación de un modelo económico de corte neoliberal.

Cabe señalar que, para el caso mexicano, el Estado benefactor se mantuvo vigente desde la presidencia de Lázaro Cárdenas (1934 - 1940) hasta el sexenio de López Portillo (1976 - 1982). No obstante, su puesta en marcha mediante políticas sociales que realmente garantizaran y aseguraran el bienestar de los ciudadanos en materia de salud, educación, seguridad social, etc., pone en tela de juicio su carácter como Estado de bienestar.

Ahora bien, ¿qué se proponía desde el Estado de bienestar? Después de la gran crisis económica de 1929 (el llamado *Jueves Negro*), en Nueva York; el Estado liberal cedió terreno a la concepción de un Estado que tenía como función primordial la regulación de las relaciones sociales. Fundado en un paradigma keynesiano, cuyos ejes centrales son la demanda, el salario y, por consiguiente, una paulatina intervención del Estado dentro del plano económico; el Estado benefactor tuvo como objetivo:

[...] Incorporar en su proyecto la elevación del consumo de las clases subalternas, garantiza cierto nivel de empleo, invierte en obras de bienestar social y, por tanto, actuando como organismo redistribuidor ante las tendencias de concentración del ingreso individual propia del funcionamiento del libre mercado (López y Blanco, 1993: 18).

Bajo dicha concepción de Estado, entre los años de 1940 a 1970, los regímenes populistas latinoamericanos retomaron ciertos postulados de la propuesta keynesiana, mismos que se cristalizaron en un modelo de Estado que buscó el crecimiento industrial,

el desarrollo de la infraestructura y el crecimiento del mercado interno; y, sobre todo, la responsabilidad de los servicios públicos y de la distribución del ingreso (López y Blanco, 1993 y Guinsberg, 2004).

Siendo así, durante este periodo en países latinoamericanos como México, el Estado ganó terreno dentro de la economía y se propició el incremento del gasto público. Pero, ¿de dónde se obtuvieron los recursos económicos necesarios para dicho incremento del gasto público? Lo idóneo hubiera sido que esos recursos se obtuvieran tanto de los impuestos como de la deuda pública; pero como ya es una tradición en nuestro país, el gobierno no suele asumir decisiones idóneas, sino *tragicómicas*. De ahí se entiende que la necesaria reforma fiscal nunca haya llegado durante tales décadas de gobiernos priistas.

En el contexto mexicano, la asunción de un Estado benefactor (que no está de más subrayar, siempre se trató de un bienestar selectivo y excluyente), trajo consigo un periodo de desarrollo económico estable, el cual se conocería posteriormente como el *Milagro mexicano*. Sin embargo, el *milagro* duró hasta entrados los años 70'. Después éste se esfumó y en su lugar se presentó un México hundido en una seria crisis económica y política.

El momento más álgido o de mayor crisis financiera, fue a mediados de los años 70'. Durante este periodo varios elementos se conjugaron para llevar a México a un desalentador escenario: principalmente, la crisis petrolera de 1973 y el error de tener una economía fundada en el endeudamiento con organismos internacionales provocaron el escenario de crisis financiera (caída de la tasa de crecimiento del PIB; el incremento del endeudamiento público; déficit comercial y fiscal; y un proceso inflacionario sin precedentes), del cual nos referimos al principio de este apartado:

La crisis financiera de 1976, conduce a la aplicación de un estricto programa de "reordenación económica" auspiciada por el FMI y el Departamento del Tesoro de EUA, que intenta combatir la crisis financiera [...] En este mismo año se firma el Convenio de Facilidad Ampliada con el FMI en el cual el gobierno mexicano se compromete a seguir una política de "moderación" salarial y "disciplina en el gasto público" para el periodo 76-79 (Villarreal, 19984; 389. Citado en López y Blanco, 1993:29)

Dicho escenario de crisis no sólo fue vivido en México sino en distintos países latinoamericanos, ante lo cual, los detractores del Estado benefactor señalaron que este modelo de Estado era justamente el causante del panorama de crisis; instando con ello al retorno de un Estado garante del libre mercado y conservador del orden social:

[...] En vez de gastos sociales, deben canalizarse recursos a la inversión; el gasto destinado al consumo social debe destinarse hacia los inversionistas privados. Se recortan radicalmente las prestaciones destinadas a aquellos que quedan fuera del sistema productivo (los viejos, los débiles, los desempleados). Además de una reducción del salario individual, existe una disminución del salario social (*Ibídem*: 21).

En otras palabras, se inició un proceso de desmantelamiento del Estado benefactor³¹ y con ello, la redefinición de la relación Estado-sociedad. Siendo así, es importante aclarar, que si bien a mediados de los años 70' (con la crisis financiera que vivía nuestro país) se comenzaron a crear las condiciones necesarias para la implementación de un modelo económico, político e ideológico de corte neoliberal; no fue hasta las gestiones de los presidentes Miguel de La Madrid y Carlos Salinas de Gortari (es decir, a partir del año de 1982) cuando se creó un panorama constitucional e institucional para su implementación (Page, 2002).

Aquí vale hacer un breve paréntesis, esto para explicar qué se postula desde el modelo económico neoliberal. Para lo cual recurramos a lo que Horacio Flores de la Peña denomina como “los diez mandamientos” de las economías neoliberales:

Disminuir los gastos y el tamaño del Estado; combatir la inflación aun a costa del crecimiento; reducción de los impuestos, sobre todo los que gravan al capital; desarrollo de seguridad social privada y eliminación de la pública; eliminación del salario mínimo y de indemnizaciones por despidos; privatización de las empresas públicas, flexibilización del mercado de trabajo; eliminación de subsidios, excepto al capital, apertura total de mercados, mantenimiento de libre cambio y eliminación de tarifas aduaneras, supresión de monopolios públicos y traspaso al sector privado (Flores de la Peña, “El credo neoliberal”, diario *La Jornada*, México, 13 de noviembre de 1997).

³¹ Cuyo correlato político se vincula a una *relación estrecha entre la “manu militari”, autoritarismo y la represión, con la mano invisible del libre mercado*. Como botón de muestra basta decir que en el año de 1976 en América Latina existían quince dictaduras militares y procesos de desestabilización económica en varios países. Aunque habrá que admitir que el caso mexicano (del año de 1982 hasta la actualidad), demuestra cómo un gobierno que se dice “democrático” es capaz de instrumentar una política de corte neoliberal sin recurrir de manera abierta a una política de represión (*Ibídem*).

Siendo así, bajo la acusación de que “[...] La transferencia de recursos que va del sector privado al sector público de la economía, del capital al trabajo de la población de ingresos más altos a la población de menores ingresos [...] es la responsable del deterioro de las economías” (Navarro, 1989: 55. Citado en López y Blanco, 1993), se inició la retirada del Estado como garante de derechos sociales tales como salud, educación, vivienda, trabajo, etc.

Para el año de 1982³², las medidas asumidas ante dicho contexto de crisis económica y política fueron las siguientes: devaluación de la moneda y adopción de un programa de ajuste cuyo eje principal radicó en el recorte inmediato al gasto público. Dichas medidas tuvieron severas consecuencias en la vida cotidiana de los mexicanos, tales como altos niveles de desempleo; pobreza; descontento social; desconfianza hacia las instituciones estatales; encarecimiento de la vida, etc. Dentro de este contexto, comenzaron a proliferar políticas públicas y programas sociales, los cuales con el mínimo de recursos económicos enfocarían sus acciones a una asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la “pobreza extrema”).

La relación Estado-sociedad se redefinió bajo el marco de un proceso de privatización de la producción estatal de bienes y servicios, lo cual condujo a una disminución del peso relativo del sector público con respecto al privado, privilegiando así la ética privada sobre la pública (Page, 2002: 32). La primacía del mercado de la cual nos habla Flores de la Peña:

El mínimo de servicios que el Estado proporcionó, como consecuencia de su “adelgazamiento”, se centró en el Ejecutivo, y adquirió el carácter de dádiva otorgada por éste a los grupos de mayor marginación en el país. La obligatoriedad constitucional del quehacer estatal se transforma en dádiva. En cierto modo, se reedita una versión moderna de la beneficencia decimonónica (López y Blanco, 1993: 34).

Uno de los ejemplos más representativos de dicha redefinición de la relación Estado–sociedad, lo constituyó el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). Programa

³² Cuando López Portillo ya había dejado la presidencia y en la memoria de los mexicanos quedaban asentadas aquellas palabras con las que inició su VI informe de gobierno: “No vengo aquí a vender paraísos perdidos, ni a buscar indulgencias históricas, decir la verdad, la mía, es mi obligación, pero también mi derecho [...] soy responsable del timón, pero no de la tormenta”. Para después añadir, llorando y golpeando con su puño el atril de la tribuna principal del Palacio Legislativo de San Lázaro: “a los desposeídos y marginados que me iré arrastrando con la responsabilidad personal”. Despliegue histriónico que, por supuesto, nadie creyó.

social que también puede ser visto como un ejemplo de cómo ciertas palabras pierden sentido, se tornan huecas y vacías en el discurso de la clase política en el poder.

Puesto en marcha durante el gobierno de Salinas de Gortari (1988 - 1994), el programa *Solidaridad* estaba dirigido a pueblos indígenas, campesinos, habitantes de áreas rurales y zonas marginales de las grandes ciudades. Caracterizado por tener como base la “participación social comunitaria”, fue un programa acusado de ser clientelar y usado con fines puramente electorales:

En cuanto a la política social, se inició la redefinición de los vínculos Estado-sociedad, desprendiéndose el Estado de la responsabilidad de “garantizar los derechos constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) para los individuos o grupos”; centrando sus acciones en la asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación, mediante servicios públicos de bajo costo; se favoreció la privatización de la producción estatal de bienes y servicios que condujo a una disminución del peso relativo del sector público con respecto al privado [...] El mínimo de servicios que el Estado proporcionó, como consecuencia de su “adelgazamiento”, se centró en el Ejecutivo, y adquirió el carácter de dádiva otorgada por éste a los grupo de mayor marginación en el país [...] Durante el gobierno de Salinas de Gortari esta política se concretó a través del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) (Page, 2002: 32).

Con lo expuesto hasta aquí, es mi intención apuntalar que la creación del proyecto *Atención de Tercer Nivel* tuvo como telón de fondo un México atravesado por una crisis financiera, el “adelgazamiento” del Estado y la implementación de un modelo económico neoliberal. Hechos que devinieron en una relación Estado – sociedad caracterizada por:

- La obligatoriedad constitucional del quehacer estatal se transforma en “dádiva”, es decir, derechos constitucionales como la salud, educación, vivienda, etc; se presentan como “dádivas” o “apoyos” otorgados a los grupos de mayor marginación.
- La proliferación de políticas públicas y programas sociales enfocadas a una asistencia selectiva y que operan con un mínimo de recursos. Derechos sociales como la salud y la educación dejan su estatus de derechos sociales, para ser concebidos como “mercancías”.
- Disminución del gasto público y recortes presupuestales.

Siendo así, tanto el proyecto de salud implementado por el entonces INI como *Mil Colores* no fueron el resultado de ningún plan estratégico ni de políticas públicas claramente definidas para dar respuesta al problema de acceso al tercer nivel de atención que aqueja a la población indígena mexicana. Por el contrario, emergen dentro de un contexto de proliferación de políticas públicas y programas sociales “selectivos” (encaminados al trabajo con los *más pobres de entre todos los pobres*), presentándose como residuo de lo que fuera la cobertura mayor en materia de salud otorgada por el INI, mucho antes de los severos recortes presupuestales vividos desde mediados de los años 70’ hasta la actualidad.

En conclusión, se hace referencia a un proyecto de salud asistencial que no figuraba como prioritario para el INI, por lo cual, desde su creación siempre contó con bajo presupuesto para su ejecución. Por otra parte, también hablamos de un proyecto de salud heredero de la política indigenista integracionista (y sigue operando hasta la actualidad, bajo la lógica de dicha herencia), una mirada paternalista hacia la población indígena. Mirada que se puede ejemplificar en la relación del Padre/adulto/protector con el Hijo/infante/desprotegido.

Reiterando que dicha mirada proveniente de la corriente indigenista integracionista sigue vigente en nuestros días. Como botón de muestra basta señalar un hecho aberrante, injusto y carente de todo reconocimiento de la población indígena como un sujeto digno, poseedor de saberes, memoria e historia: me refiero a la esterilización forzada de la cual fueron objeto 32 mujeres indígenas originarias de *Ayutla de los Libres*, Guerrero, durante el año de 2000; esto bajo el pretexto de que se trataba de mujeres que por su condición de indígenas no contaban con una mirada de “planificación familiar”.

Finalmente resta decir que, ante tan desalentador escenario, la población más afectada ha sido la población indígena mexicana. Como se verá más adelante, es esta población la que registra los peores indicadores de salud en comparación con la población nacional: altos índices de mortalidad y morbilidad materna-infantil, desnutrición, poco o nulo acceso a servicios de salud, educación, agua potable, etc.

En este sentido, es importante decir que la población indígena no ha permanecido ajena o pasiva. Por el contrario, México ha sido también el escenario de numerosas movilizaciones por parte de los grupos indígenas, los cuales se organizan para defender sus derechos y reclamar presencia dentro del escenario político, social y cultural del país.

Por ejemplo, algunos denominan el lapso a partir de los años 70' hasta la actualidad como "*el tiempo del retorno indígena*", cuestión que resulta del todo interesante y relevante, pues ello pone de manifiesto la presencia de la población indígena como un actor social capaz de reivindicar lo que significa ser indígena en un país como el nuestro, en donde la "Historia oficial", las políticas públicas y los programas sociales han construido un discurso e imaginario social sobre este sector de la sociedad correspondiente al "[...] indio flojo, primitivo, ignorante, si acaso pintoresco, pero siempre el lastre que nos impide ser el país que debíamos ser" (Bonfil, 2005, 45).

El más reciente y uno de los más importantes referentes dentro de los movimientos indígenas, fue el levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), en el estado de Chiapas, a inicios del año de 1994(apenas un año después de la creación del albergue indígena "La Casa de los Mil Colores"); cuando miles de indígenas chiapanecos hicieron un reclamo a la histórica dominación y condiciones de pobreza, marginación y desigualdad social que este sector de la sociedad ha padecido durante siglos.

Reclamo histórico visibilizado no sólo por la realidad vivida por los pueblos indígenas en el año de 1994, sino que sigue vigente hasta hoy en día:

Llevamos cientos de años pidiendo y creyendo en promesas que nunca se cumplieron, siempre nos dijeron que fuéramos pacientes y que supiéramos esperar tiempos mejores. Nos recomendaron prudencia, nos prometieron que el futuro sería distinto. Y ya vimos que no, todo sigue igual o peor como lo vivieron nuestros abuelos y nuestros padres. Nuestro pueblo sigue muriendo de enfermedades curables, sumido en la ignorancia, en el analfabetismo, en la incultura. Y hemos comprendido que, si nosotros no peleamos, nuestros hijos volverán a pasar por lo mismo. Y no es justo. (Muñoz, 2003: 87).

Y para cerrar este apartado, resta apuntar que tanto el levantamiento armado del EZLN así como el asesinato de importantes políticos del Partido Revolucionario Institucional (PRI)³³, lograron quitar (ante la mirada del pueblo mexicano) el velo que pretendía ocultar la situación real en la cual estaba el país como consecuencia de la implantación de una

³³ Tal como ocurrió con Luis Donald Colosio, candidato a la presidencia de México, asesinado en pleno acto de campaña electoral durante el 23 de marzo del año de 1994 y José Francisco Ruiz Massieu, miembro del PRI, matado seis meses después de Colosio. Carlos Salinas de Gortari nuevamente fue cuestionado por ambos casos.

economía neoliberal. Realidad que, desafortunadamente, se mantiene vigente con sus propias particularidades y matices, hasta nuestros días.

3. El problema de acceso al tercer nivel de atención en las regiones indígenas mexicanas: historias de desigualdad social

En el punto anterior se intentó dibujar el escenario histórico bajo el cual nació el proyecto *Atención de Tercer Nivel*, situándolo dentro de un contexto social marcado por la implementación de un modelo económico neoliberal en México y, por consiguiente, por la redefinición de los vínculos Estado-sociedad. Mirada histórica que, sin duda, da cuenta de la intervención del Estado y sus instituciones frente a los problemas sociales que aquejan a los distintos grupos o conjuntos sociales que habitan en nuestro país.

En este tercer y último apartado, me interesa apuntar que el caso aquí abordado, visibiliza las históricas condiciones de pobreza y marginación en que ha vivido este sector de la sociedad; así como los efectos que dichas condiciones tienen sobre la vida cotidiana de los sujetos que las padecen.

En el primer apartado ya se dijo que para el INI el problema de salud enfrentado por sujetos como los habitantes de *Mil Colores* tiene como causales las distancias geográficas, la escasa infraestructura médica-hospitalaria y la pobreza latente en las regiones indígenas. En contraparte, aquí se parte de la siguiente premisa: dicha problemática de salud se explica por el racismo manifestado en la historia de desigualdad social en salud, padecido por este sector de la sociedad durante siglos. Siendo así, antes de brindar algunos datos que permitan dimensionar las condiciones de pobreza y marginación vivida por la población indígena de nuestro país, será necesario definir, brevemente, qué se está entendiendo por desigualdad social en salud.

Pues bien, para la Medicina Social latinoamericana, el concepto de *desigualdad social en salud* se presenta como medular. Desde dicho campo de conocimiento, la *desigualdad social en salud* puede abordarse desde dos perspectivas (Cabrera, et. al., 2011: 33):

- Una perspectiva conceptual, en tanto que representa una forma de abordar la realidad sanitaria.

- Una perspectiva ética, cuando la discusión se centra en la valoración de la diferencia en condiciones de vida y de salud que existen entre los diferentes grupos sociales que viven en una determinada sociedad.

Siendo así, hablar de *desigualdad social en salud*, en tanto que pone de manifiesto la imposibilidad de un determinado grupo social para satisfacer sus necesidades y hacer uso de sus derechos, visibiliza aquella discusión sobre la definición de lo que para un grupo o colectivo social se presenta como importante para tener una vida digna³⁴. Por el momento, basta señalar que la Medicina Social insta al estudio y denuncia de las desigualdades sociales en salud, derivadas de las formas de organización social e injusticia imperantes en un momento histórico particular; colocando especial atención en la distinción entre desigualdad social e inequidad.

Distinción que contribuye a la comprensión y definición del concepto de desigualdad social en salud:

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso sino al proceso intrínseco que la genera. Alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social), que son su consecuencia [...] La inequidad da cuenta de la esencia del problema, es lo que está en el fondo, o en la raíz, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos (Cabrera, et. al., 2011: 36).

En síntesis, la *desigualdad social en salud* sería entonces una injusticia en el acceso, una exclusión, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la *inequidad* es la falta de equidad, del bien común, en pocas palabras es *la injusticia produciendo desigualdades*.

Ahora, veamos de qué manera el problema de acceso a atención médica de tercer nivel, vivido y padecido por la población indígena se vincula estrechamente al contexto de marginación, pobreza y desigualdad social en salud de la cual han sido sujetos históricamente.

De acuerdo a datos proporcionados por el *Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012*, México es un país habitado por cerca de 62 pueblos

³⁴ Para ahondar en dicha discusión, la cual está atravesada por conceptos como el de *pobreza, condiciones de vida, estilos de vida, desigualdad de las capacidades, desarrollo humano*, etc., recomiendo al lector consultar la obra de Margaret Whitehead (1992) y Amartya Sen (1993).

indígenas, los cuales representan cerca del 9.8% de la población total del país. Hablamos de un sector de la sociedad que alcanza poco más de los 10 millones de habitantes, denominado desde el ámbito institucional como “grupos minoritarios”, concentrados mayoritariamente en cinco entidades federativas del sur y sureste mexicano, estas son: Oaxaca (con 1.5 millones de habitantes indígenas), Chiapas con (1.2 millones), Veracruz, Yucatán y Puebla (con más de 900 mil habitantes cada estado respectivamente).

Lo preocupante es que más del 50% de esta población vive en municipios denominados como de *alta y muy alta marginación*:

Prácticamente toda la población indígena vive por debajo de la línea de pobreza. Una de cada tres viviendas en las zonas indígenas no cuenta con agua potable; la mitad no tiene drenaje; 10% no dispone de energía eléctrica; alrededor del 40% tiene piso de tierra, y en un alto porcentaje de ellas se cocina con combustibles sólidos. Uno de cada cuatro adultos indígenas es analfabeta. El acceso de los niños indígenas a educación primaria está por debajo de la media nacional y su índice de deserción es altísimo. Solo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades (Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México 2007 - 2012).

Por su parte, el *Plan de Desarrollo Nacional 2007-2012*, en el apartado 3.4 Pueblos y comunidades indígenas admite que:

Los pueblos y comunidades indígenas aun no disfrutan de una situación social y económica propicia para el mejor desarrollo humano [...] en muchas de las regiones indígenas prevalece la escasez de empleos, los bajos salarios y las relaciones asimétricas entre población indígena y no indígena que afectan tanto a los procesos productivos como a los de comercialización y, sobre todo, al desarrollo. Junto con ello, la población indígena todavía enfrenta graves rezagos, entre los cuales destacan, desnutrición y deficiencias nutricionales; mortalidad y morbilidad materna e infantil; rezago educativo; inequidad de género y migración (PDN, 2012).

Con base en el Índice de Desarrollo Humano para los Pueblos Indígenas (IDEHAPI), instrumento que contribuye a identificar el grado de desigualdad existente entre la población indígena y la no indígena; el IDH de los pueblos indígenas de México se ubica en 0.7057, a diferencia de la población no indígena, que es de 0.8304, lo que representa una brecha de casi 15%.

Pero más allá de mediciones y números que, sin duda, contribuyen a dimensionar las condiciones de vida de la población indígena mexicana, lo cierto es que, a diferencia de la población nacional, la población indígena registra los peores indicadores de salud (PNS 2007 - 2012), por ejemplo:

- Si en la Ciudad de México existen tres médicos y 5 enfermeras por cada mil habitantes, en las regiones indígenas cuentan con menos de un médico y una enfermera por cada mil habitantes.
- La esperanza de vida al nacer en las zonas que cuentan con menos del 5% de población indígena, el promedio es de 78 años de edad. Por su parte, en las zonas en donde más del 75% es indígena, el promedio se reduce a 66 años.
- Mientras en ciudades de más de 15 mil habitantes no indígenas, la mortalidad infantil es cercana a 30 por cada 1000 nacidos vivos; en los municipios denominados como indígenas, la proporción se manifiesta en 55 por cada 1000 nacidos vivos.

Por otra parte, si consideramos que México cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 son públicos y 3,082, privados, el acceso a servicios de salud no alcanza a toda la población y pagar por servicios privados resulta del todo difícil, sobre todo si se habla de población indígena mexicana (CIESAS, 2002).

Ante tal escenario, que insisto, dibuja las condiciones históricas en las cuales vive la población indígena mexicana, la capital del país se presenta como uno de los principales puntos de llegada para dicha población, quienes se dirigen en búsqueda de mejores condiciones de vida:

La región en la que está ubicada la ciudad de México se ha caracterizado por ser, desde épocas remotas, una zona de arribo y encuentro entre poblaciones con orígenes, culturas, lenguas e identidades diversas y, entre ellas, se han desarrollado relaciones complejas, no siempre simétricas ni igualitarias [...] (Pérez, 2005: 228).

Un estudio realizado en el año de 2000 señala los siguientes aspectos, como principales causas del desplazamiento de la población indígena mexicana hacia la capital del país:

**CUADRO 6. CAUSAS DE LA MIGRACIÓN EN POBLACIÓN INDÍGENA MEXICANA
CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000.**

Causa de la migración	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total
Búsqueda de trabajo	45.67	44.31	44.93
Cambio de lugar de trabajo	7.49	5.01	15.31
Reunirse con la familia	13.76	16.54	6.10
Estudio	7.49	3.3	3.55
Matrimonio	3.86	9.09	6.14
Motivos de salud	2.42	2.03	2.12
Violencia o inseguridad	1.00	0.86	0.92
Otra causa	23.56	18.86	20.93
Total	100	100	100

Fuente: NEIRA, Fernando, *Migración, cultura y memoria en América Latina*, UNAM, México, 2011.

De acuerdo a dichos datos, la causa más importante de la migración indígena, tanto masculina como femenina, atañe a la búsqueda de trabajo; hecho que pone de manifiesto la precariedad con la cual se vive en las regiones indígenas, así como la prevalencia del imaginario social que apunta a la capital del país como un escenario en donde encontrarán mejores condiciones laborales y, por consiguiente, de vida³⁵.

Le siguen en orden de importancia reunirse con la familia, por razones de estudio, matrimonio, salud y violencia (Neira, 2011: 54 - 56).

Con respecto a cifras que den cuenta del número de indígenas que radican en la Ciudad de México, el *Programa de equidad para los pueblos indígenas, originarios y comunidades de distinto origen nacional de la ciudad de México* (2012) apunta hacia lo siguiente:

³⁵ Es importante señalar que otro de los puntos de llegada para la población indígena lo constituyen los Estados Unidos. Con respecto a ello, es oportuno decir que algunos de los habitantes de “La Casa de los Mil Colores” han migrado hacia ese país, con la esperanza de encontrar una fuente de trabajo. Al respecto, existe una frase entre ellos que refleja tal situación, esta es: “Levantaré mis ojos al norte, de donde vendrá mi socorro”, esto en alusión a la cita bíblica que a la letra dice: “Levantaré mis ojos a los montes; ¿de dónde vendrá mi socorro?” (Salmo, 121: 1).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del año 2000(INEGI), existía en el Distrito Federal una población indígena de 141,710 habitantes; sin embargo, el II Censo de Población y Vivienda de 2005 registró una población de 118,424 hablantes de lengua indígena, de los cuales 55,487 son hombres y 62,937 mujeres. [...] Si a lo anterior le agregamos que el estudio realizado en 2002 por Conapo-INI incluye indicadores socioeconómicos, (sobre la pertenencia a un grupo indígena, lengua, adscripción y hogares) al estimar una población total de 333,428 indígenas, de los que 157,714 son hombres y 175,714 mujeres, y más aun cuando las cifras de las propias organizaciones indígenas hablan casi de 500 mil habitantes resulta necesario realizar un conteo local para identificar la cifra más real (SEDEREC, 2012).

Pese a tal danza de cifras con respecto al número de habitantes indígenas en la Cd. de México, sí podemos señalar que, en cuanto a su distribución esta se concentra mayoritariamente en las delegaciones de Iztapalapa, Tlalpan y Xochimilco, seguidas por Iztacalco, Coyoacán, Cuauhtémoc, Álvaro Obregón, Benito Juárez y Miguel Hidalgo. Por otra parte, en términos lingüísticos:

La ciudad de México tiene una gran diversidad, pues habitan en ella hablantes de casi todas las lenguas indígenas captadas por el censo del año 2000. Las lenguas predominantes son el náhuatl (37 450 hablantes), el otomí (17 083), el mixteco (16 336), el zapoteco (14 150), el mazahua (9 631), el mazateco (8 591), el totonaco (4 782), el mixe (3 463), el chinanteco (2 461), el maya (1 767), el purépecha (1 724) y el tlapaneco (1 623). Dos lenguas más tienen menos de 1 000 hablantes y más de 500, que son el huasteco (914) y el triqui (671). Las otras lenguas tienen menos de 500 hablantes (Ibídem, 243).

También es importante señalar que la Ciudad de México cuenta con población indígena originaria de esta entidad federativa, la cual reside principalmente en las delegaciones de Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco.

Así, el corazón del país se presenta como un espacio social en el que se relacionan poblaciones de diversas procedencias, lenguas, identidades y culturas. Sin embargo, pese a dicha heterogeneidad multicultural, se ha convertido en un escenario hostil para todo aquel que se reconoce perteneciente a una comunidad indígena. Particularmente, muchos de los habitantes del albergue coinciden en describir su llegada a la capital del país, del siguiente modo:

Dice el doctor, ese tipo de enfermedad aquí no tenemos medicamento, yo no puedo tratarte [...] Vete para México, allá te van a atender, hay

todo, laboratorios, especialistas; pero ¿cómo?, le digo, si yo no tengo dinero. No sé cómo hice. Una enfermera me vio y me dice ¿conoces la CDI? Busca el apoyo ahí. Pero yo no conocía ni qué cosa era. Me dio los datos en un papelito y así di con la licenciada que me dio el pase para acá. Al tercer día, ahí vengo con una prima. Nada más me apuntaron la dirección, en un papelito, me dijo vete ahí te van a atender.

Llegamos un domingo, no conocíamos nada. Tomamos un taxi, pero nada más nos anduvo dando vueltas. La ciudad es grande, había que pagar para moverse. No todos te tratan bien, te miran como si fueras menos. Yo digo, traigo guaraches, soy humilde, pero trátame bien [...] Mi prima se regresó porque tenía que trabajar y ahí sólo anduve, sin conocer, con miedo, sin dinero, yo lloraba señorita. Los doctores te tratan como si fueras tonto. La gente te mira con lástima o de plano te ignoran.

No señorita, para los indios es un lujo enfermarse. En veces te preguntas ¿por qué yo? Enfermarte, así siendo humilde, india, está cabron.

Entrevista, mujer náhuatl, 8 años acudiendo a *Mil Colores*.

En términos generales, el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” y el proyecto de salud del cual forma parte, representan una intervención institucional asistencialista con múltiples fallas y de alcance limitado.

Las causales señaladas por la CDI ante la problemática padecida por los habitantes del albergue son superficiales pues omiten el componente histórico y racista que lo determinan. Lo idóneo sería que la intervención institucional partiera de indagar y analizar por qué la población indígena siempre encabeza la lista de los grupos sociales que registran los peores indicadores de salud a nivel nacional.

Por otra parte, las fallas de la intervención de la CDI (expresada en cuestiones tan básicas como capacitar a sus trabajadores de la salud para brindar atención en contextos de interculturalidad) se explican si buscamos en la historia mexicana: siendo una institución heredera del pensamiento indigenista, la subjetividad que organiza y dirige sus prácticas y/o narrativas, se fundamentan en un conjunto de significaciones e imaginarios sociales enraizados en un pensamiento racista que nulifica cualquier noción de derecho a la salud.

Igualmente, las inconsistencias en el modo de operar del proyecto se explican si consideramos el contexto histórico-social: nacido durante la emergencia de las políticas neoliberales, se propuso como un programa social exclusivamente asistencialista dirigido

a atender a la población más pobre de entre todos los pobres. Es decir, jamás se propuso atacar la problemática de raíz. Por tanto, operando con el mínimo de recursos tanto económicos como humanos, la atención brindada por *Mil Colores* carece de cualquier enfoque intercultural.

En consonancia con todo lo hasta aquí apuntado, la labor que queda por delante corresponde a recuperar aquellos elementos analítico-descriptivos con respecto al problema de acceso al tercer nivel de atención presente en las regiones indígenas mexicanas, omitidos en la mirada institucional. Concretamente, me refiero a responder a la intervención institucional construida de manera unilateral por sujetos no indígenas, con la recuperación de la experiencia del indígena que vive cotidianamente esta problemática de salud y del trabajador de salud que a diario brinda atención a este sector de la sociedad.

Asimismo, otro de los propósitos es conducir el análisis hacia los marcados contrastes existentes con respecto al acceso al tercer nivel de atención entre población indígena y población mestiza; es decir, a la comprensión de la problemática aquí descrita, como parte de un histórico racismo ejercido durante siglos en contra de la población indígena mexicana. Esto pues considero que es ahí en donde se encuentra tanto su origen como el motor de las diversas fallas y limitaciones de la intervención institucional de la CDI.

Yóllotzin



"Noches de paz"

Habitantes del albergue indígena "La Casa de los Mil Colores" (2013)

-Obra colectiva-

CAPÍTULO III

La construcción de un dispositivo de intervención psicosocial como método para abordar la experiencia de la enfermedad

El presente capítulo versa sobre la metodología utilizada para responder las preguntas que guiaron esta investigación, a saber: ¿cómo vive, significa y describe el habitante de *Mil Colores* su tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel? ¿cuáles son las significaciones sociales y prácticas en salud reproducidas por el trabajador que labora en el albergue con respecto a la atención del paciente indígena de *Mil Colores*?

Siendo así, el texto ha sido dividido en dos partes. Primeramente, se expone que esta investigación fue realizada teniendo como sustento los métodos cualitativos y, particularmente, la elaboración de un dispositivo de investigación-intervención que permitiera crear las condiciones necesarias para generar el intercambio de experiencias concretas —entre quien esto escribe y los sujetos que participaron en este estudio— con respecto al problema de acceso al tercer nivel de atención, presente en las regiones indígenas mexicanas.

Por tanto, iniciaré definiendo qué son los dispositivos de intervención, qué elementos hay que considerar para su construcción, qué dilemas éticos que lo atraviesan, cuáles son sus alcances y limitaciones.

En segunda instancia, se detalla en qué consistió el dispositivo aquí construido; especificando que se recurrió a herramientas metodológicas como las entrevistas individuales, la observación participante y la puesta en marcha de un grupo de reflexión que tomó la forma del taller *Y aman tlenquitua moyolotzin*. Ocupándome, fundamentalmente de detallar el desarrollo del trabajo de campo: desde los objetivos perseguidos, las características del grupo con el cual se trabajó, las dificultades libradas hasta los temas reflexionados durante las entrevistas y sesiones del taller. Mencionando en última instancia y a manera de conclusión, los dilemas éticos enfrentados a lo largo de este proceso.

1. Definición del concepto de dispositivo de investigación-intervención: “máquinas para hacer ver”

Es imposible no sentirme inquieta ante la idea de explicar qué es un *dispositivo de investigación-intervención*. Miro por la ventana de mi habitación y pienso en cómo decir que la intervención psicosocial es una práctica cuyo propósito no estriba en la develación de verdades absolutas y universales; sino por el contrario, su fin último es la construcción de miradas sobre la realidad inconclusas, fragmentarias, cambiantes... Miradas que lejos de ofrecer respuestas, colocan sobre la mesa un sinfín de interrogantes en torno al campo social al cual nos aproximamos.

También me preocupa cómo señalar la no existencia de pasos, guías o recetas que indiquen cómo construir un dispositivo de intervención, pues estos se crean, inventan e imaginan *ex profeso*, de acuerdo al caso específico que se pretenda abordar. Pero estar inquieta o preocupada no es motivo para dejar de escribir. Así que entremos en materia y definamos qué son los dispositivos de intervención.

Echando mano de una metáfora que leí en una tesis titulada “Otra mirada en la diferencia” (Hernández, 2006), diré que construir un dispositivo de investigación-intervención se asemeja mucho a la confección de lentes específicos para mirar un campo social determinado. Por lo tanto, su función es disminuir los rasgos miopes que impidan ver con claridad colores, formas, contornos, el rostro del sujeto a nuestro lado, sus expresiones, gestos y miradas. Es decir, los dispositivos de investigación-intervención, al igual que los *lentes*, son verdades “máquinas de visibilidad”.

Cabe señalar, que resulta casi imposible no pensar en la obra de Michel Foucault cuando se menciona la categoría *dispositivo*. Pues, como es bien sabido, este psicólogo francés, dedicó gran parte de su tiempo al estudio e indagación de diferentes dispositivos socio-históricos de dominación en el plano hospitalario, del poder, la sexualidad, la cárcel, del saber, etc.

Pero, ¿qué significaba para Foucault hablar de *dispositivo*? La respuesta nos la brinda Gilles Deleuze en su texto “¿Qué es un dispositivo?”, en donde señala de manera clara y concisa que, desde el análisis emitido por el autor de *Las palabras y las cosas*, los

dispositivos son “máquinas para hacer ver y para hacer hablar. Y añade, a modo de aclaración:

La visibilidad no se refiere a una luz general que iluminará objetos preexistentes; está hecha de líneas de luz que forman figuras variables e inseparables de este o aquel dispositivo. Cada dispositivo tiene su régimen de luz, la manera en que ésta cae, se esfuma, se difunde, al distribuir lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella [...] Si hay una historicidad de los dispositivos, ella es la historicidad de los regímenes de luz, pero es también la de los regímenes de enunciación” (Deleuze, 1985: 155).

Nótese entonces, que tanto desde la visión foucaultiana como dentro del terreno de la investigación-intervención, el término *dispositivo* alude a una *máquina para hacer ver*. No obstante, existen diferencias de fondo entre ambos planteamientos. La más importante es señalada por Claudia Salazar quien explica:

Esta idea particular de dispositivo —de intervención, de investigación— ha venido elaborándose sin ser necesariamente fiel a la reflexión foucaultiana, pero sin eludir la marca de Foucault en su significado. Es un desplazamiento de sentido: del dispositivo como maquinaria social de control, como articulación de estrategias de poder y forma específica de funcionamiento de lo social, productora de subjetividades y discursos, hacia la idea de construcción intencional de una singular máquina para hacer ver, en el marco de un proceso de reflexión sobre lo social, lo cual implica una estrategia para la acción (Salazar, 2004: 292).

De lo expuesto por Salazar se infiere que el significado de la noción de *dispositivo* aquí utilizado, difiere de lo pensado por Foucault. Más que aludir a un dispositivo de control social, debemos pensar en la construcción de una singular máquina que debe dar respuesta a las preguntas y objetivos de la investigación y, por otra parte, ser construido acorde a las particularidades del campo social en donde se busca intervenir; dejando lugar para lo inesperado. Dicho de otro modo, cuando se habla de dispositivos de investigación-intervención se habla de la producción de una singular máquina capaz de producir visibilidad en determinados campos de la experiencia social.

En síntesis, la invención de un dispositivo de investigación-intervención es la articulación y diseño singular de un conjunto de estrategias metodológicas, encaminadas a la apertura de espacios de diálogo, diseñados de manera singular, con el propósito de producir reflexiones colectivas.

1.1 Sobre la apertura de espacios de diálogo y reflexión

En el punto anterior se explicó que el dispositivo de investigación– intervención puede ser pensado como una singular *máquina de visibilidad* que permite la construcción de *miradas múltiples, diversas, fragmentarias, cambiantes, perecederas* sobre el campo social al cual nos acercamos.

Sin embargo, en el tintero aún quedan cosas por apuntar. Por ejemplo, lo concerniente a entender que *hacer ver* también representa, además de todo lo dicho, la posibilidad de abrir espacios de diálogo, reflexión y encuentro en donde:

- Se da lugar a las palabras, saberes, experiencias, memoria e historia singular del sujeto de investigación.
- Se construyen vínculos y afectos mediante una relación horizontal entre quien interviene y el sujeto de investigación.
- Se promueven procesos de reflexión, de resignificación, de creación de nuevos sentidos que sean sostenidos por los grupos o colectividades sociales.

Tomando en consideración lo anterior, la puesta en marcha de un dispositivo de investigación-intervención supone el establecimiento de una relación entre dos sujetos (uno que investiga y otro investigador-investigado), quienes a pesar de encontrarse en posiciones diferentes con respecto al fragmento de la realidad social sobre la cual reflexionan, construyen de manera conjunta un conocimiento sobre la misma.

Con ello quiero señalar que en toda investigación-intervención, no es el investigador quien “produce” un conocimiento sobre el sujeto de investigación y su realidad social. Por el contrario, se trata de un conocimiento construido en condiciones de intercambio, reciprocidad y afectación mutua entre el investigador y el sujeto de la investigación.

Esta forma de entender la investigación-intervención, implica mirar al *otro*, no como mera “materia de trabajo”, inerte y dócil a las indicaciones (o caprichos) del investigador; sino como un sujeto con una historia singular, capacidades, identidad(es), un cúmulo de saberes, potencialidades, memoria y experiencias desde donde construye su propia mirada del mundo que le rodea.

Se habla entonces, de un conocimiento construido a partir del reconocimiento del *otro* como sujeto y no como simple "informante". No obstante, pese a dicho llamado, es imposible negar que toda investigación-intervención también conlleva una dosis de violencia; sobre todo, en aquellas investigaciones que parten de una demanda no explícita.

1.2 De la violencia en investigación-intervención

Una de las principales cuestiones a considerar cuando se trata de dispositivos de investigación-intervención atañe al acto violento que éstos evocan:

[La investigación-intervención] tiene un rostro ambiguo: es creación de territorios yermos, clausurados, formas de la servidumbre, o bien, el quebrantamiento de identidades que hace posible la génesis de lo incalculable, la creación de historia. Pero no hay paliativo alguno para tolerar la violencia: una vez que irrumpe, devasta, punza, es imposible prever su resultado final (Mier, 2002: 14).

Y si la intervención es irrupción que devasta y punza en la cotidianidad del otro, ¿cómo salvar lo violento que esto puede resultar? Para dar una posible respuesta a tan difícil pregunta, apuntaré a reflexionar acerca de una cuestión crucial en toda investigación-intervención, es decir, me refiero al tema de la *demanda*:

La demanda da nombre a una condición fantasmal, al mismo tiempo artificial y mítica de la intervención, al momento aparente de su origen. Así, la violencia de la intervención admite un amparo ético emanado de este inicio mítico: acude al llamado expresado desde la aprehensión de sí como una anomalía. La demanda funda ese resguardo ético, da lugar a una singular interpretación de la intervención que hace de la demanda un punto crucial, absoluto, una causa, el movimiento suscitado por un "deseo" o un malestar que hace visible un conjunto de imperativos analizables en sí mismos (*Ibidem*: 17-18).

Inevitablemente al redactar este texto pienso en mi intervención en el albergue. Para ser sincera, no dejo de sentirme inquieta, pues mi intervención en dicho espacio social no partió de ningún *llamado*; es decir, pareciera que mi intervención careció precisamente de ese *resguardo ético*.

Es entonces cuando recuerdo que fui presentada como prestadora de servicio social en este espacio durante el mes de noviembre del año de 2009. Para junio del año de 2010 ellos ya sabían mi nombre, mi gusto por la lectura y por el café. Y yo, no sólo sabía sus nombres, sino también algunas frases en maya, otomí y contar del uno al diez en náhuatl. En pocas palabras, ya conocía parte de sus historias.

Para cuando me propuse abordar su caso (como parte de mis estudios de maestría), ya había una relación construida previamente entre quien esto redacta y los habitantes de *Mil Colores*. Una relación construida con base en afectos y afectación mutua. No obstante, y lo admito con cierto susto, fui yo (y no ellos) quien les preguntó si querían emprender conmigo este proyecto de investigación. Como dije líneas atrás, aquí no hubo una demanda explícita, ni una voz que me llamara.

En este sentido, me pregunto: ¿qué sucede cuando no existe demanda ni cuando no hay ninguna voz llamándonos? y, en este sentido, ¿cómo justificar nuestra irrupción en la vida cotidiana del otro? Para hablar de esta cuestión, una vez más recurramos al Dr. Mier, quien apunta:

En la intervención “no demandada”, la presencia del otro hace evidente, como su rasgo más patente, visible, el carácter violento de su presencia y de sus actos, lo arbitrario de su mirada y sus preguntas, lo asimétrico de las identidades y la violencia amenazante de esa asimetría, pero también se hace inocultable el carácter contingente de esa presencia ajena a los reclamos y las necesidades de la comunidad en la que se irrumpe (*Ibidem*: 19).

Después de leer y releer esta cita, pienso: quizá, en mi intervención hubo una demanda “no enunciada” por parte de los habitantes de *Mil Colores* para contar con un espacio en donde sus palabras tuvieran eco. Ahora mismo recuerdo que una sensación compartida entre quienes prestábamos el servicio social en ese entonces, correspondía a la necesidad expresada por los habitantes del albergue acerca de *platicar*, de hablarnos de sus familias, lugares de origen, inquietudes y vivencias.

Si bien esto es algo que no puedo afirmar, sí resaltaré la enorme disposición y aceptación mostrada por ellos ante mi invitación a participar en un espacio de reflexión. Un espacio en donde pudieran hablar libremente sobre sus experiencias, a fin de dar cuenta sobre lo que significa para cientos de indígenas el problema de acceso a la atención médica de tercer nivel, esto presente en las regiones indígenas de México.

Regresando a las preguntas planteadas líneas atrás, las cuales tienen como telón de fondo la necesidad de encontrar una forma de salvar la violencia que conlleva la investigación-intervención; debo decir que después de leer a teóricos como Raymundo Mier y Claudia Salazar, es posible considerar que la única posibilidad de hacerle frente a tal aspecto de la intervención, es justamente partir del reconocimiento del otro y de la instauración de un espacio de diálogo.

Finalmente, es importante señalar que la apertura de espacios de diálogo desde donde se intenta promover procesos de reflexión; supone un verdadero proyecto político, pues ello exige reconocer las capacidades y potencias del sujeto de investigación para reflexionar y construir conocimiento acerca de su realidad.

Vista así, la investigación-intervención se enfrenta ante el reto de repensar los contextos sociales, políticos y culturales locales en los cuales se produce, a fin de propiciar procesos de resignificaciones sociales que puedan ser sostenidos por las colectividades. Hecho que implica para quien interviene, no sólo la construcción de un marco teórico-metodológico claramente definido, sino también la toma de una postura ética y política ante el sujeto de investigación y su realidad.

2. La construcción de una singular maquinaria metodológica: del trabajo de campo y sus peripecias

Para exponer de mejor manera qué herramientas metodológicas fueron utilizadas durante el proceso de investigación-intervención en *Mil Colores*, se dividió el presente apartado en tres secciones, acordes a los momentos en que se dividió el trabajo de campo. Estos son:

- ❖ **Primer momento:** Donde se habla del reencuentro con los habitantes de *Mil Colores* y de la invitación extendida para participar en un proyecto de investigación-intervención.
- ❖ **Segundo momento:** Del inicio del trabajo de campo (entrevistas individuales y pláticas informales).
- ❖ **Tercer momento:** El taller *Y aman tlenquitua molozyint* (invitación, sesiones, dudas y dificultades).

Vale aclarar que en la exposición de dichos momentos se pondrá especial atención en los siguientes puntos:

- ❖ Objetivo general y particular del dispositivo de investigación-intervención.
- ❖ Grupo indígena con el cual se trabajó: conformación, respuestas, dificultades y dudas.
- ❖ Taller: temáticas abordadas, dinámicas, dudas, dificultades, descripción detallada del grupo con el cual se trabajó, número de sesiones, material utilizado, etc.
- ❖ Herramientas metodológicas: entrevistas y taller presentado a manera de propuesta de intervención psicosocial (encuadre, número y tipo de entrevistas realizadas, sujetos entrevistados, características del taller, etc.).

2.1 Primer momento: Donde se habla del reencuentro con los habitantes de *Mil Colores* y de la invitación extendida para participar en un proyecto de investigación intervención

Como ya se explicó, mi regreso a *Mil Colores* implicó el reencuentro con aquellos sujetos que conocí entre el año de 2009 y 2010. Sujetos que aún en un contexto de desigualdad social, marginación y pobreza, encontraron la fortaleza para luchar por mejorar sus condiciones de salud.

En mi primer día en este albergue, después de casi un año de haberme alejado, la Psic. Nora Sevilla, me recibió con dos noticias: la primera, Bella había muerto después de una larga lucha contra el cáncer (sí, la misma joven originaria de Papantla, quien me regaló un libro). Siendo sincera, fue complicado escuchar tan triste noticia y, aún ahora, me resulta complicado escribir acerca de ello. No obstante, concuerdo con el filósofo Michel De Certeau (2010), con respecto a la importancia de *nombrar a los ausentes* y hacer eco de sus palabras.

La segunda noticia con la que me encontré, fue que el albergue transitaba por un cambio en la administración, para ser específicos en la coordinación, por lo cual mi llegada coincidió con un momento particular: no había coordinadora. Hecho que me otorgaba cierta libertad para trabajar en el interior de este espacio. Aunque claro, evidentemente se presentó una propuesta de trabajo a quien en ese entonces estaba a cargo de su dirección.

Por su parte, la Psic. Nora Sevilla estuvo de acuerdo en facilitarme el acceso al albergue, a fin de realizar mi proyecto de investigación-intervención (y concretamente, las entrevistas a los habitantes de “La Casa de los Mil Colores”), no sin antes sugerirme, no sólo la entrega de un ejemplar de la tesis al término del proyecto; sino también proponer y llevar al terreno de la práctica un taller dirigido a sus habitantes, a la par de las entrevistas.

De igual manera, después de tres meses de acudir al albergue, la nueva coordinadora llegó y me reuní con ella para informarle de mi proyecto de investigación. Su respuesta fue que podía continuar con éste bajo la siguiente condición: al término de la investigación, entregaría un informe cuyo objetivo principal sería el desarrollo de una propuesta para mejorar la atención brindada por los trabajadores de salud que laboran en el albergue.

Bajo dichas condiciones dio inicio formalmente el trabajo de campo en el interior del albergue. Mi primera acción fue reunirme con los habitantes de este albergue, a fin de invitarlos a participar en este proyecto de investigación-intervención. Invitación que se extendió considerando los siguientes aspectos:

❖ **Objetivo general del dispositivo de investigación-intervención:** *Construir una mirada sobre el problema de acceso a atención médica de tercer nivel, presente en las regiones indígenas; desde y con el indígena que lo padece en su cotidianidad. Es decir, a partir del abordaje del caso específico de los habitantes de “La Casa de los Mil Colores”.*

Se explicó que mi proyecto de investigación tenía como propósito principal, construir una mirada sobre dicha problemática de salud, apelando siempre a sus experiencias, memoria, saberes e historia. Así mismo, se aclaró que de ningún modo este sería un trabajo desde el cual, yo como investigadora, construiría un conocimiento de manera unilateral, por el contrario, se trataría de una mirada y saber construido de manera conjunta.

❖ **Objetivos específicos:**

a) *Dar cuenta de la manera en la cual el indígena mexicano, habitante de “La Casa de los Mil Colores” vive y significa su tránsito por un proceso de atención médica*

de tercer nivel, en una situación de continuo desplazamiento (de sus lugares de origen a la Ciudad de México y viceversa).

- b) *Analizar y describir lo que para el trabajador de la salud del albergue representa trabajar en contextos de interculturalidad.*

Con respecto al primer inciso, se señaló que mi intención era escuchar y aprender de sus palabras. Ello, pues reconocía el enorme valor que éstas poseen, en tanto que al igual que trazos y colores, logran dibujar al menos un fragmento de la realidad vivida por cientos y cientos de indígenas mexicanos, quienes en su cotidianidad viven el problema de tener acceso al tercer nivel de atención.

Por tanto, aclaré que en el caso de las entrevistas individuales, mis preguntas irían encaminadas a conocer e intercambiar experiencias, memoria e historia, con respecto al tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel alejados de sus lugares de origen.

También hice hincapié en la postura de respeto y reconocimiento por sus palabras, desde la cual yo partía, apuntando que sin ellas mi trabajo carecería de sentido e importancia.

En resumen, se dejó en claro que el abordaje de este problema de salud sería siempre abriendo preguntas y reflexiones sobre sus implicaciones en el ámbito de la vida cotidiana.

Ante mi invitación, la gran mayoría mostró entusiasmo y disposición por participar en el proyecto e incluso hubo quienes se disculparon por no participar, puesto que estaban por regresar a sus comunidades.

Fue así como dio inicio el trabajo de campo.

2.2 Segundo momento: Del inicio formal del trabajo de campo (primeras entrevistas y pláticas informales)

Quien se propone realizar una investigación acompañada de un dispositivo de intervención, agradecerá que el sujeto con el que ha de trabajar (investigador-investigado, al decir de Maritza Montero) se muestre tan dispuesto a participar en su proyecto.

En este sentido, se agradece la apertura mostrada por quienes habitan de *Mil Colores*, esto ante mi inquietud por conocer su historia. Apertura y confianza desde donde me hablaron sobre lo que para ellos significa padecer, vivir y transitar por un proceso de atención médica de tercer nivel, esto dentro de un contexto del todo desalentador y en una situación de continuo desplazamiento.

En un inicio pensé en realizar 10 entrevistas individuales, semi-estructuradas a habitantes de “La Casa de los Mil Colores” (número de entrevistas que incluiría tanto a pacientes como acompañantes); aunque dicho número se extendió a 20, puesto que hubo personas que se acercaban a mí para preguntarme si no las quería entrevistar.

Como se mencionó en el capítulo anterior, dada la composición de los habitantes del albergue, la única distinción que debía poseer el sujeto entrevistado era ser habitante de “La Casa de los Mil Colores”. Recordemos, hablamos de una población indígena, habitante de este albergue, en constante desplazamiento desde sus comunidades hacia la Ciudad de México y viceversa; conformada siempre por diferentes personas, provenientes de distintos estados de la República mexicana, pertenecientes a diferentes comunidades indígenas y con diagnósticos médicos desiguales.

Al respecto, debo decir (a manera de confesión) que la composición de los habitantes *Mil Colores* representó todo un reto metodológico difícil de sortear. Es decir, no había la posibilidad de trabajar con población proveniente de un sólo estado de la República Mexicana, con único diagnóstico médico y mucho menos, pertenecientes a una sola comunidad indígena.

Sin embargo, me digo y le señalo al lector, como quien se quiere justificar (si es que eso es posible), ésta es la realidad vivida en el interior de este albergue. Una realidad en la cual viven, se relacionan, padecen, lloran, construyen sus historias, danzan sus palabras y habitan no sólo la población indígena que arriba mes con mes al albergue, sino también los propios trabajadores de salud que aquí laboran.

En este sentido, al calor de esta investigación, adquirí más conciencia sobre lo que representa intervenir en un campo social como *Mil Colores*. Campo social en donde se vuelve imposible formar “grupos muestra”, tal y como lo haría aquel investigador ceñido al método científico positivista. A diferencia del científico de bata blanca, quien trabaja en el interior de un laboratorio, entre ensayos y probetas, con un “objeto de investigación”

manejable; en la investigación-intervención (como ya se ha repetido), se trabaja con sujetos poseedores de una historia singular, memoria, experiencia y saberes.

Sujetos a quienes resulta poco ético mirar como mera “materia de trabajo”, inerte y dócil a las indicaciones (o caprichos) del investigador. Sujetos que nacen, crecen, construyen su propia historia, experiencias, memoria, enferman y mueren.

Bajo dicha postura inicié las entrevistas. Las temáticas abordadas en éstas giraron en torno a tres grandes ejes analíticos. Estos fueron:

- a) **De mi comunidad a La Casa de los Mil Colores:** lugar de origen, comunidad indígena de procedencia, primeras formas de atención médica, diagnóstico médico y la forma en que se enteraron del proyecto Atención de Tercer nivel.
- b) **La vida en La Casa de los Mil Colores:** Tiempo que llevan acudiendo a este albergue, preguntas concernientes a cómo solventa los gastos de pasaje, medicamentos y cómo fueron sus primeros meses en el interior de este albergue. Así mismo, sobre la convivencia en el interior del albergue, tanto entre los propios habitantes como con los trabajadores de salud que aquí laboran.
- c) **Entre mi comunidad y la Ciudad de México:** preguntas encaminadas principalmente a cómo ha sido su estancia en la Ciudad de México, a qué dificultades se han enfrentado y sobre todo, en torno a las implicaciones de este continuo desplazamiento en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

El encuadre seguido en dichas entrevistas fue el siguiente: individuales, semi-estructuradas, con una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos; y grabadas solamente bajo el permiso del sujeto entrevistado. Siendo así, pese a que no se exigía que los sujetos de investigación presentaran ciertas características, salvo ser habitante de “La Casa de los Mil Colores”, por las razones antes expuestas; al concluir las entrevistas, puedo decir que éstos se distinguieron por lo siguiente:

CUADRO 7. DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS ENTREVISTADOS	
	Descripción
Estado de la República mexicana de procedencia	Principalmente Veracruz, seguido por Chiapas y Oaxaca

Pueblo o comunidad indígena a la cual pertenecen	Principalmente, Náhuatl, seguido por Totonaca y Maya
Hablante de una lengua indígena	En su mayoría bilingües. Con excepción de tres casos en donde sólo hablan el español.
Edades	Entre los 14 y 50 años. Salvo una pequeña de 7 años.
Tiempo que lleva acudiendo a “La Casa de los Mil Colores”	El tiempo osciló entre los 7 y 15 años. A excepción de dos casos en donde sólo llevan acudiendo al albergue cerca de 1 año.
Periodos aproximados de su estancia en el albergue	Este fue muy variado. Hubo casos en donde los sujetos permanecen durante meses en el albergue, a causa de su tratamiento médico (tal es el caso de aquellos que requieren de hemodiálisis) y acuden a su casa, tan sólo por una semana. O, por ejemplo, aquellos que permanecen en el albergue por un mes y regresan a su casa para estar tres meses y de nueva cuenta regresar.

Elaboración propia. Fuente: Información recabada durante el trabajo de campo (agosto de 2013 – abril de 2014).

Finalmente, resta decir que los días en que acudía a “La Casa de los Mil Colores” para realizar alguna entrevista, generalmente, después de registrar mi entrada ante el personal de vigilancia, me dirigía directo al cubículo de la psicóloga Nora Sevilla. Una habitación pequeña, pintada de amarillo, la cual al centro tiene una mesa cuadrada de madera; en una esquina, un archivero de metal sobre el cual hay una grabadora pequeña y, en la otra esquina, un escritorio chiquito con una computadora para uso exclusivo de la psicóloga Nora. Sin olvidarme de aquel gran espejo colgado en una de las paredes.

Espejo que siempre me devolvió mi propia imagen, cada vez que yo entraba a aquel cubículo y me sentaba en aquella mesa de centro, con mi grabadora de audio, una guía de entrevistas, mi diario de campo y mis miedos como investigadora; a la espera de ustedes señora Mary (sí señora Mary, no piense que ya me olvidé de usted; puedo asegurarle que, entre palabra y palabra, entre página y página, yo sigo pensando en usted). Y no sólo eso, sino también, nuestro encuentro, sus rostros, gestos y miradas.

Por otra parte, debo admitir que no siempre ocurrió de este modo. Algunas veces, la persona con la cual me encontraría para realizar la entrevista, me interceptaba en el camino y me invitaba a participar en alguna actividad. La verdad, nunca pude decir que no; pues alcanzaba a entender que aquellas actividades formaban parte de la cotidianidad

de los habitantes de aquel albergue y por tanto, sus invitaciones bien podían ser interpretadas como una invitación a su cotidianidad.

Por lo cual, en numerosas ocasiones, antes de realizar las entrevistas, me encontraba tomando clases de bordado (impartidas tanto por señoras y algunos jóvenes que aprendieron a bordar, esto como una forma de distraerse mientras están en el hospital, ya sea a la espera de la consulta o internados), de náhuatl o aprendiendo a hacer pulseras y figuras elaboradas de chaquira.

Aquí cabe decir que si bien, también se buscó realizar entrevistas al trabajador de salud que labora en este albergue, éstas fueron difíciles de concretar, pues siempre argumentaban la falta de tiempo. Salvo el caso de la Psic. Nora Sevilla, la encargada del área de enfermería y dos prestadores de servicio social.

2.3 Tercer momento: de la intervención dentro del campo grupal al taller “Y aman tlenquitua molozyint” (invitación, sesiones, dudas y dificultades)

Concluidas las entrevistas, dejé de asistir al albergue por alrededor de un mes. A decir verdad, necesitaba tiempo para pensar y reflexionar sobre todo lo escuchado durante las mismas. A lo largo de ese mes, recuerdo, solía llevar la grabadora de audio y mi diario de campo en todo momento, a fin de anotar cada pensamiento, idea o cita bibliográfica que me sirviera para organizar y dar sentido a las palabras de los habitantes de “La Casa de los Mil Colores”.

Es decir, palabras escuchadas no sólo durante las entrevistas, entre el resguardo de un encuadre y una guía de preguntas; sino también en aquellas pláticas informales mantenidas durante las actividades a donde fui invitada.

Siendo así, pasadas cuatro semanas de no ir al albergue, regresé de nueva cuenta a este espacio. Pero esta vez lo hacía no sólo con una grabadora de audio y mi diario de campo; sino principalmente, volvía con una propuesta de trabajo grupal que se tradujo en la puesta en marcha de un taller de cinco sesiones, llamado “Y aman tlenquitua molozyint”. Taller, que no está de más apuntar, tuvo un papel central dentro de este proceso de investigación-intervención.

Pero antes de explicar cuál fue el objetivo general del taller, cuál fue la respuesta del grupo indígena con el que se trabajó, qué dificultades y dudas fueron surgiendo durante cada una de las sesiones, será necesario explicar bajo qué concepción de *trabajo grupal* se fundamentó la construcción y puesta en marcha de este taller llamado “Y aman tlenquitua moloyozint.”

Teniendo como marco referencial el planteamiento de teóricos como Enrique Pichón-Rivière (2003), Armando Bauleo (1977 y 1982) y por supuesto, la definición de *dispositivos de investigación-intervención* antes expuesta; diré que la intervención dentro del campo grupal, aquí se define como el diseño de espacios constituidos por un *número numerable de personas* y cuya potencialidad estriba en:

- ❖ La posibilidad de indagar sobre los sentidos y significaciones sociales construidos y reconstruidos por un determinado grupo, colectividad o comunidad. Considerando que dicha producción de subjetividad (vista como un verdadero anudamiento de líneas de significaciones propias y específicas de ese grupo), estará por siempre atravesada por las historias singulares de los sujetos que conforman el grupo, una dimensión institucional y un contexto histórico-social concreto.
- ❖ La apertura de espacios en donde, mediante el diálogo y la reflexión, se promuevan procesos de creación de nuevos sentidos y resignificación; y, en este sentido:
- ❖ Espacios que busquen recuperar las experiencias (singulares o colectivas), las palabras, vínculos, historias, formas de pensar, relaciones construidas en el interior del grupo, saberes y emociones, etc.; a fin de construir un *aprendizaje grupal*.

Siendo así, desde esta perspectiva, el propósito principal de toda intervención dentro del campo grupal es producir un *aprendizaje grupal*.

Con respecto a dicha noción diré que puede ser pensada desde el aporte de E. Pichón-Rivière, con respecto a lo que él denominó como aprendizaje en Grupos Operativos (2003). Dentro de dicho marco, se afirma que la intervención grupal tiene por método “aprender a pensar”:

Es decir, que a través de la experiencia grupal, centrada alrededor de un tema, se trata de elaborar, viviéndola, una experiencia de corte con los

modelos instituidos, en los cuales la afectividad y el pensamiento aparecen como opuestos y sin ninguna conexión [...] Con la posibilidad de dar racionalidad a la experiencia y pasión al pensamiento, apuntado a una tarea determinada, se logra con el Grupo Operativo un modelo situacional distinto a lo que comúnmente se da con el aprendizaje en esta sociedad, el cual es parcializado y trata de desconectar lo vivido de lo pensado (Bauleo, 1977: 14).

Desde esta perspectiva a continuación se señalan tres elementos centrales en el momento de pensar el trabajo grupal. Tales son:

- ❖ **El método:** Este se basa en crear las condiciones necesarias para visibilizar las concepciones, prejuicios, emociones y demás elementos que contribuyan a la elaboración de un aprendizaje grupal.
- ❖ **Instalación del dispositivo:** coordinación e integrantes, encuadre, reglas básicas, estrategias y técnicas, demanda, tarea grupal.
- ❖ **Nivel de análisis:** participación grupal.

Finalmente, quien hace uso del trabajo grupal debe cuidar de que su práctica no parta de un mero voluntarismo. Su desarrollo tendrá que ir de la mano de los objetivos y pregunta de investigación. Así, obedeciendo a dicho señalamiento, en el siguiente apartado me ocuparé por explicar en qué consistió el trabajo grupal en la presente investigación.

3. El taller “Y aman tlenquitua moloyozint”

El taller *Y aman tlenquitua moloyozint*, nació como una propuesta de trabajo grupal, esto dentro de un particular proceso de investigación-intervención. Dirigido a los habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” y en concordancia con los ejes temáticos abordados durante las entrevistas individuales (y por supuesto, con el propósito principal de esta investigación), este taller se propuso como objetivo, ser un espacio para el dialogo y la reflexión.

Concretamente, se buscó que fuera un espacio en donde de manera grupal (es decir, apelando a las palabras y experiencias singulares y/o colectivas del grupo, sus historias, memoria, etc.) se construyera un aprendizaje grupal con respecto al problema de acceso a la atención médica de tercer nivel, esto presente en las regiones indígenas

mexicanas; colocando especial atención en las implicaciones que tiene este problema de salud sobre los diferentes ámbitos de la vida cotidiana de los habitantes de este albergue.

Aprendizaje grupal que, sin duda, desembocaría en la construcción colectiva de una mirada *caleidoscópica, fragmentaria, perecedera, cambiante*, pero también reflexiva; sobre la necesidad y dificultades vividas por aquella población indígena mexicana que requiere del tercer nivel de atención.

Siendo así, las temáticas abordadas en cada una de las sesiones tuvieron como hilo conductor las siguientes interrogantes: ¿cómo me afecta que en mi comunidad no exista la infraestructura médica-hospitalaria necesaria para acceder al tercer nivel de atención? ¿Cuáles dificultades he enfrentado para acceder a dicho nivel de atención? ¿qué significa para mí, vivir en un constante desplazamiento (de mí a la Ciudad de México y viceversa)? y ¿cómo hablaría de mi encuentro con los trabajadores de la salud, si se considera que este pone de manifiesto la relación entre dos sujetos que poseen construcciones culturales desde donde atienden y entienden la salud y la enfermedad?

Es importante señalar que desde un principio, este taller se planteó como un espacio en donde predominara la libertad para compartir experiencias, opiniones, formas de ver la vida, creencias, historias, saberes, sentimientos, etc. También se señaló en repetidas ocasiones que la asistencia al taller no era un “requisito obligatorio” para acceder a los servicios que brinda “La Casa de los Mil Colores”; tal y como ocurría en otras actividades. Por el contrario, se dijo que la entrada al taller era totalmente libre e incluso se invitó a los asistentes a sentir como propio dicho espacio.

Asimismo, la invitación al taller se extendió a los trabajadores de salud del albergue, teniendo una reducida pero significativa asistencia por parte de ellos.

En la primera sesión se intentó que quedara claro el objetivo general del taller y se hizo hincapié en la importancia y valor de sus palabras, historias y experiencias en el abordaje del problema de acceso a la atención médica de tercer nivel, tan padecido por la población indígena mexicana, desde el terreno de lo local y cotidiano. Asimismo, se expusieron los siguientes puntos:

- 1. Encuadre:** 6 sesiones, una vez por semana (martes), de 11:00 am. a 13:00 pm.

- 2. Roles:** Principalmente, aquí me presenté como quien coordinaría las intervenciones y participaciones del grupo, recuperando aquellas ideas principales expuestas durante las sesiones (dichas ideas serían escritas en un rotafolio, el cual, con el tiempo se convirtió en una especie de cuaderno de trabajo grupal).
- 3. Reglas básicas:** Se invitó al grupo a formular, de manera conjunta, por lo menos tres reglas básicas que guiarían el trabajo grupal. Estas fueron:
- Escuchar las palabras del *otro*, del sujeto que decide compartir alguna experiencia, palabras, saber, etc.; desde una postura de respeto y reconocimiento.
 - No interrumpir abruptamente al *otro*, mientras éste se encuentre exponiendo alguna idea, experiencia, saber, etc.
 - Ordenar el espacio de trabajo al concluir las sesiones (recoger la basura y ordenar las bancas).
- 4. Temáticas:** Si bien, se dijo que las temáticas a abordar durante el taller estarían vinculadas a tres grandes ejes: (a) De mi comunidad a “La Casa de los Mil Colores”; b) La vida en “La Casa de los Mil Colores” y c) Entre mi comunidad y la Ciudad de México). Se preguntó al grupo si quería abordar alguna temática en particular. De dicha invitación, surgió la siguiente lista:
- Los valores y la convivencia.
 - La educación en la comunidad indígena.
 - Discriminación en la Ciudad de México.
 - El trabajo en el campo.
 - Tradiciones
- 5. Nombre del taller:** Se invitó al grupo a pensar en un nombre para el taller. Así que después de una larga discusión sobre si llamarlo “Mariposas de mil Colores”. Un hombre de entre 70 y 75 años, alzó la mano para decir “si de lo que se trata este taller... es de que nosotros hablemos... de nuestras palabras... hay un dicho... dice *Y aman tlenquitua molozyint*, que dice: ‘¿y ahora qué dice tu corazoncito?’... es como preguntar al otro que diga lo que él quiera decir, pero que sus palabras vengan del corazón... es náhuatl, pero no sé bien cómo se escribe”. Ante lo dicho por aquel hombre, el grupo no tuvo más que discutir. El taller se llamaría *Y aman tlenquitua molozyint*. De manera que la primera nota en el

rotafolio fue la escritura de dicha frase. Aclarando que la primera nota no fue escrita por mí, sino por una joven proveniente de Veracruz, quien advirtiéndonos que no sabía escribir “muy bien” en náhuatl, escribió esta frase en la primera hoja de lo que en adelante sería el cuaderno del grupo.

Por otra parte, al igual que en las entrevistas, el grupo con el cual se trabajó se caracterizó por estar conformado siempre por diferentes personas, provenientes de distintos estados de la república, pertenecientes a diferentes grupos étnicos y presentando distintos diagnósticos médicos. Es decir, nuevamente se presentaba ante mí el reto metodológico antes mencionado. No obstante, más allá de mirar dicha distinción del grupo como una dificultad o reto que sortear, lo vi como una oportunidad de poner de manifiesto los vínculos construidos durante años, tanto entre los propios habitantes del albergue como entre habitantes y trabajadores de salud.

Me explico. Entre las estrategias emprendidas para trabajar con la heterogeneidad del grupo, están las siguientes:

1. En un papel lo suficientemente grande, se escribió tanto el nombre del taller como su objetivo y las reglas básicas. De manera que, al inicio de cada sesión, se explicaba rápidamente el objetivo general del taller y se le pedía a alguna persona que hubiera participado en la sesión anterior (si es que la había) que hablara de las reglas básicas. Cada sesión, era como un nuevo inicio.
2. Cada sesión iniciaba con la presentación de cada uno de los integrantes del grupo. Presentación que permitía saber cuáles personas ya habían estado en sesiones pasadas y quienes asistían por primera vez.

Vale apuntar que, durante las presentaciones grupales, con el apoyo de un gran mapa de la República mexicana titulado *Mil Colores, mil historias*, se pedía a los integrantes que señalaran su estado de procedencia, comunidad, lengua y nombre (la dinámica era esta: en un pequeño papel apuntaban los datos antes mencionados y lo pegaban en el mapa, justo en su estado de procedencia).

De manera que en numerosas ocasiones las personas que asistían por primera vez al taller, al observar el mapa y mirar los nombres de quienes ya habían asistido a las sesiones, mostraban cierta sorpresa al ver precisamente los nombres de aquellos con quienes suelen coincidir en *Mil Colores*.

3. Finalmente, apoyada en las anotaciones del rotafolio (libreta del grupo), antes de abordar la temática preparada para la sesión, se realizaba un breve resumen de la sesión pasada, a fin de crear continuidad entre sesión y sesión. Y fundamentalmente, de hacer eco de las palabras de aquellas personas que por algún motivo (sea por su tratamiento médico o porque regresaban a sus comunidades) ya no asistían al taller.

Siendo así, a continuación, comparto con el lector las fichas de trabajo elaboradas para cada sesión:

a) De mi comunidad a “La Casa de los Mil Colores”

Primera sesión

Momento	Actividad	Descripción
Inicio 10: 00 a 11:00	Presentación del taller	Exposición de objetivos, encuadre, reglas básicas, temática y búsqueda de un nombre
Desarrollo 11:00 a 12:30	Primera temática a abordar <i>¡Salud, salud!</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre el concepto de salud, a partir de la definición elaborada por el SSAZ³⁶. • Se invitó al grupo, a compartir su experiencia sobre cómo habían llegado a “La Casa de los Mil Colores”. • A partir de la pregunta: antes de llegar a “La Casa de los Mil Colores”, ¿qué otras formas de atención médica recibieron? Reflexionar sobre los diferentes modelos de atención, colocando especial atención en lo que atañe a la medicina tradicional.
Cierre 12: 30 a 13: 00	Devolución de las ideas principales expresadas durante la sesión	Escritura de las ideas principales en el rotafolio

³⁶ El Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), nacido en el año de 1996, en el estado de Chiapas, bajo el cobijo del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), define a la salud de la siguiente manera: la salud es “bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad social o política”; “salud es vivir sin humillación, poder 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”; la “salud se caracteriza como un derecho de todos y todas”. En: <http://radiozapatista.org/>, consultada el 11 de abril de 2014.

Segunda sesión

Momento	Actividad	Descripción
Inicio 11: 00 a 11:20	Presentación del taller e integrantes del grupo	<ul style="list-style-type: none"> Breve exposición del objetivo general del taller y de las reglas básicas. Presentación de los integrantes del grupo, con el apoyo del mapa <i>Mil Colores, Mil historias</i>. Resumen de la sesión pasada.
Desarrollo 11:20 a 12:45	Tema: Comunidad y memoria	<ul style="list-style-type: none"> Proyección de un fragmento de la película “Los herederos”, del director Eugenio Polgovsky. Reflexionar sobre la importancia de la memoria. Ecos y retrato oral sobre las comunidades indígenas a las cuales pertenecen los integrantes del grupo. Se incorporó un tema sugerido por los propios habitantes de “La Casa de los Mil Colores”, este fue: La educación en las comunidades indígenas.
Cierre 12: 45 a 13: 00	Devolución de las ideas principales expresadas durante la sesión	Escritura de las ideas principales en el rotafolio

b) La vida en La Casa de los Mil Colores

Tercera sesión

Momento	Actividad	Descripción
Inicio 11: 00 a 11:20	Presentación del taller e integrantes del grupo	<ul style="list-style-type: none"> Breve exposición del objetivo general del taller y de las reglas básicas. Presentación de los integrantes del grupo, con el apoyo del mapa <i>Mil Colores, Mil historias</i>. Resumen de la sesión pasada.

Desarrollo 11:20 a 12:45	Tema: <i>¡Qué lejos estoy del suelo donde he nacido!</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Proyección del cortometraje “El circo de la Mariposa”, del director Joshua Weigel. • Reflexión sobre las dificultades enfrentadas por la población indígena mexicana, para llegar a “La Casa de los Mil Colores”, y en este sentido, para acceder al tercer nivel de atención. • Reflexión sobre cómo fueron sus primeros meses en “La Casa de los Mil Colores” y por consiguiente, en el D.F.
Cierre 12: 45 a 13: 00	Devolución de las ideas principales expresadas durante la sesión	Escritura de las ideas principales en el rotafolio

Cuarta sesión

Momento	Actividad	Descripción
Inicio 11: 00 a 11:20	Presentación del taller e integrantes del grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Breve exposición del objetivo general del taller y de las reglas básicas. • Presentación de los integrantes del grupo, con el apoyo del mapa <i>Mil Colores, Mil historias</i>. • Resumen de la sesión pasada.
Desarrollo 11:20 a 12:45	Tema: La vida en el D.F.: Comunidad y memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Se recuperó uno de los temas propuestos por el grupo: Convivencia al interior de “La Casa de los Mil Colores”. • Se reflexionó acerca de los derechos de los pueblos indígenas • Se habló de la importancia de recuperar y enseñar a los niños las tradiciones y lenguas indígenas.
Cierre 12: 45 a 13: 00	Devolución de las ideas principales expresadas durante la sesión	Escritura de las ideas principales en el rotafolio.

c) Entre mi comunidad y la Ciudad de México

Quinta sesión

Momento	Actividad	Descripción
Inicio 11: 00 a 11:20	Presentación del taller e integrantes del grupo	<ul style="list-style-type: none"> Breve exposición del objetivo general del taller y de las reglas básicas. Presentación de los integrantes del grupo, con el apoyo del mapa <i>Mil Colores, Mil historias</i>. Resumen de la sesión pasada.
Desarrollo 11:20 a 12:45	Salud y pueblos indígenas	Proyección del documental “Autonomía Zapatista”. Documental elaborado por <i>Arte, Música y Video</i> , una productora independiente. Particularmente, se proyectó el fragmento correspondiente al tema de la salud.
Cierre 12: 45 a 13: 00	Devolución de las ideas principales expresadas durante la sesión	Escritura de las ideas principales en el rotafolio

Sexta y última sesión

Momento	Actividad	Descripción
Inicio 11: 00 a 11:20	Presentación del taller e integrantes del grupo	<ul style="list-style-type: none"> Breve exposición del objetivo general del taller y de las reglas básicas. Presentación de los integrantes del grupo, con el apoyo del mapa <i>Mil Colores, Mil historias</i>. Resumen de la sesión pasada.
Desarrollo 11:20 a 12:45	De recuentos y balances	Elaboración de un periódico mural que reflejara lo aprendido durante las sesiones.
Cierre 12: 45 a 13: 00	Despedida: <i>Hasta nuestro próximo encuentro!</i>	Agradecer por todo lo compartido en cada una de las sesiones.

A la distancia, considero que la composición heterogénea del grupo con el cual se trabajó, más allá de presentarse como una “dificultad” o “reto metodológico”, se convirtió en un eje de análisis importante; en tanto que permitió conocer y mirar a “La Casa de los Mil Colores” como un espacio habitado por una gran diversidad cultural, étnica, lingüística y de diagnósticos médicos.

Y, sobre todo, me permitió conocer un poco de las numerosas historias que se escriben, narran, lloran, habitan, cruzan y entrecruzan por sus habitaciones.

Reconozco que el trabajo de campo no fue fácil. En más de una ocasión, mis preguntas ocasionaban cierto nudo en la garganta del sujeto de la investigación. La pregunta por cómo retribuir su confianza se convirtió en un tema central para mí como investigadora.

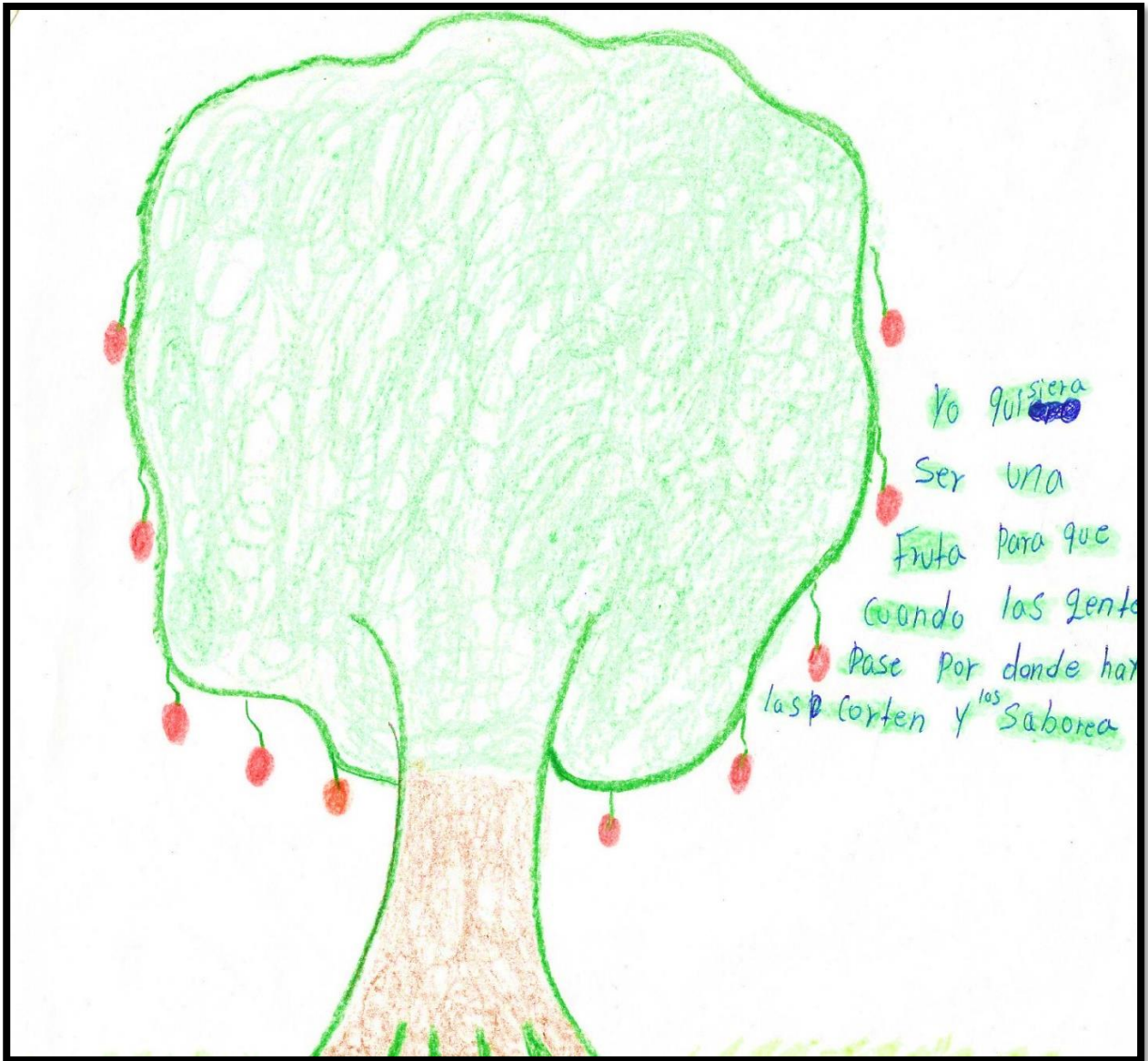
Al finalizar el trabajo de campo, logré afianzar una postura ético-política frente al caso concreto de los habitantes de *Mil Colores* y, en general, ante el tema de la salud de la población indígena mexicana.

Por otro lado, también comprendí que hacer investigación-intervención dentro del campo de la salud, implica romper con la subjetividad producida por el Modelo Médico Hegemónico con respecto al lugar y narrativa del “paciente”: dejando su lugar pasivo frente al saber-poder médico, el sujeto cuyo cuerpo se duele físicamente manifiesta que la enfermedad no sólo es simple biología, sino también historia, relaciones de poder, conflictos sociales, experiencias concretas, desigualdad social, miedos, etc.

Igualmente, el trabajo de campo hizo más que evidente la existencia de una veta de análisis nombrada desde el capítulo uno: la subjetividad hegemónica en torno a la salud, enfermedad y modos de atención en población indígena, se encuentra atravesada y determinada por una cuestión racista.

Bajo estas coordenadas, en los siguientes capítulos (cuatro y cinco), se compartirá el análisis del caso aquí presentado. En principio, realizaré el análisis desde el ámbito institucional, colocando el acento en la herencia indigenista de la CDI y sus diversas implicaciones en el modo de operar del proyecto *Atención de Tercer Nivel* y el albergue. Para, después continuar con la mirada colectiva producida a partir de las experiencias de los habitantes de *Mil Colores*.

Yóllotzin



“FRUTOS I”

Habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” (2013)

-Obra colectiva-

CAPÍTULO IV

¿Existe racismo e indigenismo dentro del Proyecto “Atención del Tercer Nivel”?

Análisis de los discursos y las prácticas en salud en *Mil Colores*

Este capítulo tiene como objetivo presentar el análisis elaborado en torno a la dimensión institucional que atraviesa al caso de los habitantes de *Mil Colores*. Puntualmente, me ocuparé de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las significaciones sociales y prácticas en salud reproducidas por el trabajador que labora en el albergue con respecto a la atención del paciente indígena de *Mil Colores*?

El propósito es rastrear en la subjetividad producida y reproducida en el albergue, posibles ecos del pensamiento indigenista defendido y enarbolado por el otrora Instituto Nacional Indigenista (CNI). La premisa a desarrollar es que muchas de las múltiples fallas en la operatividad del albergue (problemáticas internas concernientes a la falta de un enfoque intercultural en su funcionamiento) pudieran estar vinculadas al antiguo postulado indigenista desde donde se buscaba la homogenización de la población indígena en pos de crear una “unidad nacional”.

En este sentido, una de las principales categorías que guiará nuestras reflexiones será la comprensión del indigenismo como una forma de racismo; por ello, en los testimonios recabados intentaremos encontrar maneras en que dicho pensamiento indigenista-racista se pudiera materializar (prácticas, relaciones sociales, vínculos, manuales operativos, funcionamiento, prestación de servicios, etc.)

Teniendo como punto de partida las entrevistas a los trabajadores de la salud y pacientes del albergue, en un primer momento definiremos qué es el pensamiento indigenista, para después dilucidar su presencia o ausencia en la dinámica cotidiana del albergue (fundamentalmente en lo que concierne en su operatividad). Por otra parte, se establecerá si existe o no, un vínculo entre *indigenismo* y *racismo*. Esto con el objetivo de indagar si en el interior de “La Casa de los Mil Colores” se producen y reproducen significaciones, imaginarios sociales o prácticas racistas. Todo lo anterior, con el sólo propósito de ver si la subjetividad indigenista-racista institucional tiene un impacto en el desarrollo del proceso de atención médica de tercer nivel, del paciente indígena.

En términos generales, los ejes analítico-descriptivos que dan sustento a nuestro trabajo, se especifican a continuación:

**EQUEMA 8. EJES ANÁLITICOS – DESCRIPTIVOS (ANÁLISIS DEL
AMBITO INSTITUCIONAL)**

**INTERVENCIÓN
INSTITUCIONAL
ANTE EL
PROBLEMA DE
ACCESO AL
TERCER NIVEL
EN REGIONES
INDÍGENAS**

1. Tras la (presencia o ausencia) del pensamiento indigenista en el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”

- Describir e identificar la presencia o ausencia del indigenismo en la formulación del proyecto “Atención de Tercer Nivel” (CDI).
- Develar si existe o no un vínculo entre indigenismo y racismo.

2. Prácticas y significaciones sociales racistas con respecto a la atención del paciente indígena en el albergue

- De haberse identificado en el análisis la presencia de un pensamiento indigenista y racista en la planeación de este proyecto de salud; se caracterizarán sus formas de materialización en la operatividad y dinámica cotidiana del albergue.
- Describir las expresiones indigenistas-racistas dentro de las prácticas del trabajador de la salud para con el paciente

Finalmente, resta señalar que el análisis aquí vertido sobre la dinámica cotidiana del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”, ha sido realizado guardando mucho respeto por el desempeño del trabajador de la salud que labora en este espacio. Sabemos que, sin su quehacer diario, la población indígena que hace uso del proyecto *Atención de Tercer Nivel*, estaría totalmente desprotegida en su carrera por atender la enfermedad: sin acompañamiento, orientación y apoyo emocional. En este sentido, el análisis no pretende enjuiciar al trabajador de la salud, más bien, es un intento por

visibilizar los sentidos que guían y organizan la atención al paciente indígena desde una institución como la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

1. Tras la presencia o ausencia del pensamiento indigenista en el interior del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”

El albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” tendría que ser un espacio caracterizado por la valoración de la diversidad cultural y lingüística que lo habita. Lamentablemente, ocurre lo contrario. Sus discursos y prácticas promueven la homogenización de sus habitantes. Hecho que repercute de manera negativa, en el desarrollo del proceso de atención de tercer nivel del paciente indígena que reside en sus habitaciones.

Conforme fue avanzando el trabajo de campo en este espacio, note que se respira cierto aire a indigenismo. Si nos adentramos en la dinámica cotidiana del albergue, nos daremos cuenta que las categorías *mestizo* e *indígena* son determinantes histórico – sociales en su labor cotidiana (en los servicios brindados y en la relación que el trabajador establece con el paciente indígena). Dichas categorías poseen una función de contraste: la identidad mestiza del trabajador de la salud se afirma, negando la identidad indígena del paciente.

Por ejemplo, el trabajador de la salud no considera necesario capacitarse para realizar su labor en contextos de interculturalidad. Es verdad, desde el personal de enfermería hasta la vigilancia, cuentan con los conocimientos necesarios para ejercer su profesión; no obstante, desconocen la singularidad del paciente con el que interactúan cada día: no saben cuáles son sus usos y costumbres, no entienden su lengua y con frecuencia descalifican sus creencias con respecto al cuidado de la salud.

Esta idea se refuerza desde la propia institución puesto que la CDI no brinda ningún tipo de capacitación al trabajador de la salud vinculado al proyecto “Atención de Tercer Nivel”. Asimismo, la propia coordinación del albergue no plantea la necesidad de brindar a sus trabajadores, las herramientas necesarias para incluir en la atención al paciente indígena una perspectiva intercultural. Como si el reconocimiento de la identidad

indígena del paciente fuera algo obvio o que no es determinante en el desarrollo del proceso de atención a la enfermedad. Con respecto a este punto, los trabajadores de la salud entrevistados, manifestaron lo siguiente:

CUADRO 9. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “EL TRABAJADOR DE LA SALUD Y LA IDENTIDAD INDÍGENA DEL PACIENTE”

Coordinadora: *¿Crees que en tu labor diaria en el albergue, la identidad indígena del paciente tenga un papel importante?*

“Nuestro trabajo es asegurarnos de que el usuario reciba la atención que necesita. Que sea canalizado, que reciba sus medicamentos y que de verdad realice su tratamiento. Esa es nuestra única meta. No importa si es indígena, a mí me interesa que sea tratado médicamente”

“Aquí todos los usuarios hablan español, eso ha sido un punto a nuestro favor. Nos entendemos perfectamente, no hay necesidad de tener un traductor de lenguas indígenas”

“Yo creo que eso sí tiene que ver, pero no es determinante. O sea, nuestro trabajo es que el usuario reciba el apoyo; son gente pobre, humilde, que vive en regiones aisladas de todo; dependen de lo que el albergue les da [...] el agradecimiento que ellos muestran es enorme, no sabes, te da la satisfacción de saber que ayudaste a alguien”

“Son pacientes al final de cuentas. Eso de la diversidad cultural, pues en los problemas de salud afecta, pero, después de todo, se trata de enfermos que necesitan atención médica. Tú dime ¿estoy mal?”.

“Mira, mi único inconveniente es que luego combinan tratamientos, van con el yerbero y se andan tomando su té y luego vienen a consulta. Yo siempre les pido, que antes de tomar cualquier cosa, le pidan opinión a su médico”

Entrevistas individuales a trabajadores de la salud

Contradictoriamente, siendo un espacio habitado por una gran diversidad cultural, lingüística y étnica; para el trabajador de la salud esto no es determinante para su práctica. Los testimonios recuperados, afirman que el propósito que orienta su labor estriba únicamente en guiar y acompañar al paciente en su tránsito por un proceso de

atención médica: “nuestro trabajo es que los usuarios sean canalizados y reciban la atención y medicación que necesitan, monitorear sus tomas de medicamento [...]” (Trabajador de la salud, área de enfermería).

Afirmar que el trabajo en el interior del albergue corresponde únicamente a facilitar el acceso a atención médica de tercer nivel al paciente, es una mirada reduccionista sobre el proyecto de salud promovido por la CDI, sustentada en la concepción hegemónica de la enfermedad como un fenómeno meramente biológico.

En contraparte, sabemos que el proceso de atención médica no acontece en un vacío social; más bien, es un proceso en el que intervienen múltiples aspectos tales como: la historia singular / colectiva del paciente, aspectos identitarios, sociales, económicos y culturales; relaciones de poder, imaginarios, etc. Por tanto, es evidente que la pertenencia del paciente a una comunidad indígena, debe ser un elemento a considerarse en la práctica diaria de los profesionales de la salud de *Mil Colores*:

[...] finalmente, todos son seres humanos, o sea, todos somos mexicanos. Muchos estudiantes, como tú, que vienen aquí y nos dicen que la interculturalidad y todo ese rollo... pero al final del día, mi trabajo es asegurarme que el paciente haya sido canalizado y que reciba su medicamento, no ver si es maya o náhuatl; porque eso para mí sería hacer distinciones y decir ‘tú, pobrecito, te ayudo porque eres indígena’, ¿me explico?’

Trabajador de la salud de *Mil Colores*, área de trabajo social.

La tendencia de los trabajadores de la salud a homogenizar culturalmente a los residentes del albergue bajo la consigna “todos somos mexicanos”, desecha toda posibilidad de considerar las particularidades que imprime la identidad indígena durante un proceso de atención médica. Esto sin saber, que parte de la eficacia simbólica de la atención médica se juega justamente en el reconocimiento del otro y su historia: “[...] no es lo mismo cuando te tratan con respeto, conforme a lo que tú eres. Que te respeten tus creencias y no te digan, no tomes esa yerba porque te hace mal. A uno le entra la desconfianza, ya no como quiera, te abres con el médico pues” (Mujer, paciente, hablante del náhuatl, 6 años acudiendo a *Mil Colores*).

Dudo que el trabajador sea consciente de ello, pero en su experiencia hay un eco del pensamiento indigenista. La homogenización y el desdén mostrado por el trabajador de la salud ante las formas de atención alternativas al MMH utilizadas por el paciente

indígena, son muestra de ello. Particularmente, en lo que concierne al uso de plantas medicinales, el profesional de la salud suele expresar su negativa de la siguiente manera:

Son gente muy pobre; antes de ir al centro de salud van con el curandero de la comunidad, con el yerbero.... porque así son sus creencias. Que el mal de ojo, la brujería. Muchos pacientes así te lo dicen, pero bueno, lo único que se les recomienda en el albergue es que tengan cuidado, que comenten al doctor si están tomando algo extra al medicamento, porque no sabemos si eso que se están tomando les hace realmente bien. Para el nivel de atención que ellos requieren, hace falta más que una yerba; a lo mejor sí ayuda, pero ellos necesitan algo más potente, por decirlo de alguna manera.

Trabajador de la salud de *Mil Colores*, área de enfermería.

Lo expresado por el profesional de la salud guarda cierta similitud con la descripción ofrecida por G. Aguirre Beltrán, en su obra *Programas de salud en la situación intercultural* (1955), con respecto a las condiciones en que vive la población indígena: “[...] habita en comunidades dispersas [...] posee una cultura distinta a la nacional [...] sus creencias y prácticas médicas las derivan de conceptos mágico-religiosos y para tratar sus enfermedades acuden a los especialistas nativos, informalmente entrenados” (Beltrán, 1955: 37).

Más de sesenta años después, el profesional de la salud que atiende al paciente indígena residente del albergue expresa la misma idea: “[...] ellos vienen de lejos, como ya viste, viven en un aislamiento, por eso no pueden atender su enfermedad en sus comunidades. Son personas que viven en pobreza extrema y el único apoyo que tienen es lo que les damos aquí. Es una terrible situación” (Trabajador de la salud de *Mil Colores*, área de trabajo social).

Hasta este momento identifiqué que los puntos de coincidencia entre la subjetividad que guía y organiza la práctica del trabajador de la salud de *Mil Colores* con el pensamiento indigenista en salud, estriba en el proceso de homogenización de la población indígena, la desvaloración de sus usos y costumbres, así como el señalamiento de que las problemáticas de salud padecidas por este sector de la sociedad, se deriva del aislamiento geográfico en que vive. Pero veamos si estamos en lo correcto. Así que, sin afirmar o negar todavía la influencia del indigenismo en la cotidianidad y operatividad del albergue, comencemos a rastrear más pistas que den muestra de ello.

Salud e indigenismo: homogenización cultural de la población.

Con el fin de dilucidar la posible injerencia del indigenismo sobre las significaciones sociales y prácticas en salud reproducidas en el interior de *Mil Colores*, contrastemos la experiencia del trabajador que labora en este espacio con lo postulado por las políticas indigenistas. Para tal labor es primordial iniciar por definir qué es el indigenismo.

Para Héctor Díaz-Polanco (2009), el indigenismo —en tanto categoría teórica-política— se define como teoría y práctica de los gobiernos latinoamericanos para dar respuesta al mal llamado “problema indígena”. Así, el pensamiento indigenista adquiere la forma de políticas públicas y programas sociales caracterizadas por promover la homogenización de las poblaciones y omitir la opinión de la población indígena en su planeación.

En el caso mexicano, las políticas indigenistas tuvieron como principal ideólogo al antropólogo Manuel Gamio (1883 – 1960). En su obra *Forjando Patria* (1916), Gamio señala que la presencia de la población indígena en territorio mexicano, representaba un real peligro para la forja de una nación culturalmente unificada y civilizada —acorde a los preceptos del pensamiento occidental—; pues se argumentó que su condición de pobreza y atraso frenaba el desarrollo del país.

La solución dada por Gamio para el “problema indígena”, consistía en iniciar un proceso de homogenización cultural. En otras palabras, había que llevar a cabo una serie de estrategias que facilitaran la asimilación del indígena a la cultura mestiza mexicana. Para lograrlo, entre las acciones emprendidas se ubica la creación del Instituto Nacional Indigenista (INI)³⁷. Fundado a finales de los años 40, como cumplimiento a los acuerdos

³⁷ Guillermo Bonfil Batalla describe este proceso de integración del indígena a la nación mexicana, del siguiente modo: “Si se analiza la labor indigenista desde 1916 hasta fines de los setenta se puede confirmar la constancia del planteamiento gamiano. Se postula una acción integral que ataque simultáneamente todos los aspectos del “problema indígena”: desarrollo económico, educación, salud, organización política [...] En 1922 se crean las escuelas rurales; en 1925 se echan a andar las Misiones Culturales; en 1931 Moisés Sáenz encabeza el equipo que llevará a cabo el plan piloto de educación indígena en Carapan, Michoacán; en 1936 el presidente Cárdenas crea el Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas; en 1940 se celebra el primer Congreso Indigenista Interamericano en Pátzcuaro; en 1948 se crea el Instituto Nacional Indigenista” (Bonfil, 2009: 172).

internacionales de la reunión de Pátzcuaro (1940)³⁸, los esfuerzos del INI se enfocaron a lograr la “mexicanización del indio”. Los fundadores del INI fueron Alfonso Caso Andrade, Julio de la Fuente y Gonzalo Aguirre Beltrán.

En términos generales, de la década de los 40 hasta finales de los setenta, las políticas indigenistas tuvieron como propósito desaparecer las diferencias culturales, étnicas y lingüísticas, esto bajo la suposición de que con ello también se acabaría la pobreza en el país. Siendo así, significados como *aves de mal agüero*, los indígenas debían transformarse en su propia negación en los “no indios”.

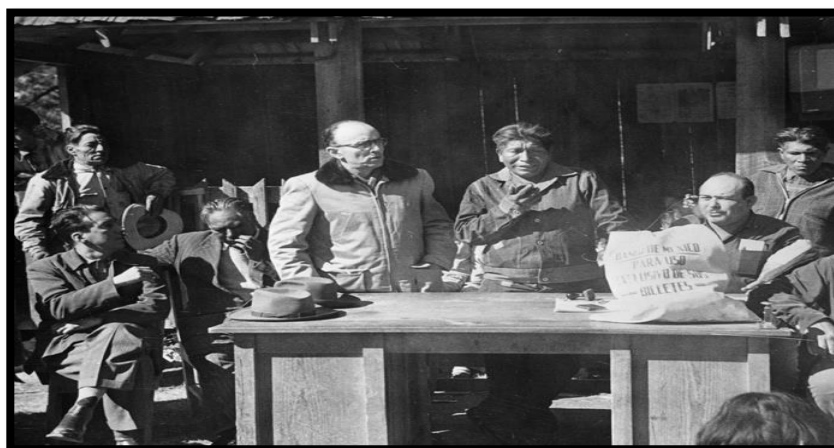


Foto 5. Gonzalo Aguirre Beltrán, Chiapas. Alfonso Fabela, fotógrafo. 1957. Fototeca Nacho López, CDI.

En este sentido, cabe aclarar que no existe un solo indigenismo. Por el contrario, las políticas indigenistas han transitado por distintos enfoques a lo largo de la historia mexicana. A continuación, se comparte un cuadro descriptivo en donde se mencionan las características de las políticas indigenistas implementadas en el país desde el año de 1910 hasta el año 2006.

CUADRO 10. DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS INDIGENISTAS EN MEXICANO (1910 - 2006)

ETAPAS	FECHA	DISCURSO INDIGENISTA (SUBJETIVIDAD)
--------	-------	-------------------------------------

³⁸ En palabras del investigador de la UNAM, Jesús Serna: Es a partir del Congreso Indigenista Interamericano, realizado en Pátzcuaro, Michoacán, en 1940, cuando el indigenismo se constituye como la ideología oficial del Estado Mexicano. Así, se oficializan las prácticas asimilacioncitas del Estado no sólo en México, sino que éstas abarcan a casi toda América Latina (Moreno, 2001: 87).

<u>Exclusión</u>	1810 – 1934	Exclusión y negación de la participación política y social de la población indígena a la vida nacional. El indígena es significado como un “problema a resolver”.
<u>Paternalismo</u>	1934 – 1940	Se le niega a la población indígena el derecho a decidir sobre sus propios asuntos (autodeterminación y autonomía), pues es significado como “menor de edad”.
<u>Asimilación</u>	1940 - 1975	Creación del INI. Se desarrollan diversas estrategias en pos de la desaparición de las diferencias culturales, étnicas y lingüísticas, esto con el fin de forjar una nación culturalmente homogénea. La población indígena es significada como símbolo y causa de pobreza y atraso nacional.
<u>Participación</u>	1976 - 1988	Se estipula que la población indígena debe participar en la construcción de políticas y programas sociales. Asimismo, se defiende que tienen derecho a conservar su identidad. Sin embargo, la población mestiza sigue ocupando el lugar de “especialista” en dichas planeaciones y el indígena como ignorante.
<u>Reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas</u>	1988 - 2006	Continúa la política de participación y paralela a esta se reconoce que México es un país plural en lo étnico-cultural, por tanto, se piensa que debe existir un equilibrio entre el acceso a la modernidad, el desarrollo económico, el fortalecimiento de la unidad nacional, la participación política de la población indígena y el respeto a la diversidad cultural. Desarrollo del movimiento indígena en México.

Elaboración propia a partir de: Valdivia, 2009: 127 - 135; Villoro, 1979; Díaz-Polanco, 2009 y CDI, 2012.

Dentro de la fase de *reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas*, en el año de 2003, el INI desapareció y en su lugar entró en operación la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI); para muchos intelectuales dentro del tema indígena, este hecho significó solo un cambio de nombre más que una real transformación de los discursos y prácticas indigenistas.

La CDI asumió todas las funciones del otrora INI, a saber: orientar y dirigir las políticas públicas y programas sociales encaminados a resolver los problemas sociales padecidos por la población indígena; sustentando su quehacer, en la fase indigenista denominada “Reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas”.

Cabe subrayar que dicho reconocimiento no ha pasado del papel. Por ejemplo, entre los derechos de esta población se encuentra la capacidad de autodeterminación, es decir, el poder decidir libremente con respecto sus propias formas de gobierno y cuestiones relacionadas a su desarrollo social y económico; sin injerencias externas alguna. No obstante, la CDI formula y desarrolla numerosos programas sociales sin considerar la opinión de este sector de la sociedad:

La CDI tiene muchos programas, aparte del proyecto de Tercer Nivel. Uno de ellos es que, para activar la economía en las comunidades indígenas, se crearon proyectos de crianza de animales; de acuerdo a la región que se trate. Entonces, se pide que se unan por familias y se les dan tanto número de animales: vacas, gallinas, borregos, cerditos. La idea es que se conviertan en pequeños núcleos productivos económicamente: que críen al animal y vendan su carne. Pero se comenzó a ver que muchos recibían el apoyo, pero sólo engordaban al animal para las fiestas de la comunidad: que las fiestas patronales, los quince años o la boda. Entonces como que no nos ha resultado mucho ese proyecto. Todavía está en funcionamiento.

Trabajador de *Mil Colores*, área administrativa.

Muchos de los proyectos de la CDI han sido formulados desde el escritorio y por población mestiza. La crítica hacia proyectos sociales como el antes descrito, parten del desconocimiento de los usos y costumbres indígenas. De lo contrario sabrían que, para este sector de la sociedad, la idea de la comunidad es central; y entenderían que celebraciones como las fiestas patronales, son fundamentales en la dinámica cotidiana de estas regiones pues es ahí en donde los vínculos y lazos sociales se estrechan.

En este sentido, pareciera que tras las practicas indigenistas existe una subjetividad racista; esto pues todas ellas tienen como fundamento una tajante distinción entre población mestiza e indígena. Muestra de ello son las significaciones sociales construidas con respecto al sujeto indígena desde este pensamiento, las cuales siempre apuntan hacia un proceso de inferiorización: cuando no es un “problema a resolver”, es mirado y tratado como un “menor de edad” o símbolo de pobreza y atraso nacional, entre otras tantas significaciones.

Podemos plantear como premisa que el pensamiento indigenista es una de las tantas expresiones de racismo en México. Si esto fuera verdad, se entendería por qué pese a las transformaciones de su discurso, los pueblos indígenas continúan viviendo en

contextos de marginación, pobreza extrema y desigualdad social. El racismo sería la explicación al fracaso de la intervención institucional y, en términos concretos, revelaría porque en un país como el nuestro, las condiciones de vida entre población indígena y mestiza son opuestas diametralmente.

Racismo e indigenismo

Nacer, crecer y enfermar dentro de una comunidad indígena mexicana, son presagios de una vida llena de penurias. Por ejemplo, las posibilidades de recibir atención médica de calidad en las regiones indígenas son nulas, en comparación con aquellas habitadas por el grueso de la población nacional. No es lo mismo enfermar siendo indígena que mestizo. Por tanto, cuando la población indígena por su origen e historia está condenada a padecer el problema de acceso a servicios públicos, podemos afirmar que nuestro país es racista.

El racismo es un proceso histórico-social mediante el cual, los seres humanos son clasificados como superiores e inferiores. Transciende a cualquier prejuicio o estereotipo ejercido en contra de algún grupo social. Generalmente, se piensa que el único marcador del racismo es el color de la piel, no obstante, también abarca aspectos étnicos, religiosos, de género, lengua, identitarios, orientación sexual, formas de pensar, entre otros.

Su abordaje ha sido realizado por teóricos como Ramón Grosfoguel, Walter D. Mignolo, Silvia Rivera Cusicanqui, Enrique Dussel, Rita Segato, Michel Wieviorka, entre otros. La mayoría (salvo Cusicanqui y Wieviorka) integrantes de la llamada *Red de estudios Decoloniales*³⁹. A grandes rasgos, los integrantes de esta red postulan que la

³⁹ El proyecto Modernidad / Colonialidad es uno de los colectivos más importantes en cuanto a pensamiento crítico en América Latina se refiere. Puntualmente, se trata de una heterogénea *Red de estudios Decoloniales* integrada por teóricos e investigadores como Aníbal Quijano, Edgardo Lander, Ramón Grosfoguel, Agustín Lao-Montes, Walter Mignolo, Catherine Walsh, Enrique Dussel, Santiago Castro- Gómez, María Lugones y Nelson Maldonado-Torres. Con base en teorías como la *Filosofía de la liberación*, la *Teología de la liberación*, la *Teoría de la dependencia*, la *Filosofía afro-caribeña*, entre otras corrientes de pensamiento crítico; su principal postulado atañe a que la Modernidad y la Colonialidad son dos caras de una misma moneda. Siendo así, explican que en la actualidad existe una herencia colonial que se materializa en prácticas racistas, un *eurocentrismo epistémico* y un proceso de *occidentalización (violenta) de los modos de vida*.

matriz histórica del racismo en el continente americano, se ubica en el mal llamado *descubrimiento de América* (1492) y el subsecuente proceso de conquista y colonización.

Manifiestan que antes de la llegada del navegante genovés Cristóbal Colón, en el mundo prehispánico había una gran diversidad de pensamientos, civilizaciones, sistemas pedagógicos, formas de existencia, relaciones humanas, lenguas, prácticas, conocimientos, modos de organización política (no monárquicos ni feudales como sucedía en Europa). Las categorías de *indio*, *negro* o *blanco* no existían. Tales categorías fueron construidas al calor de la expansión europea comandada durante el siglo XV.

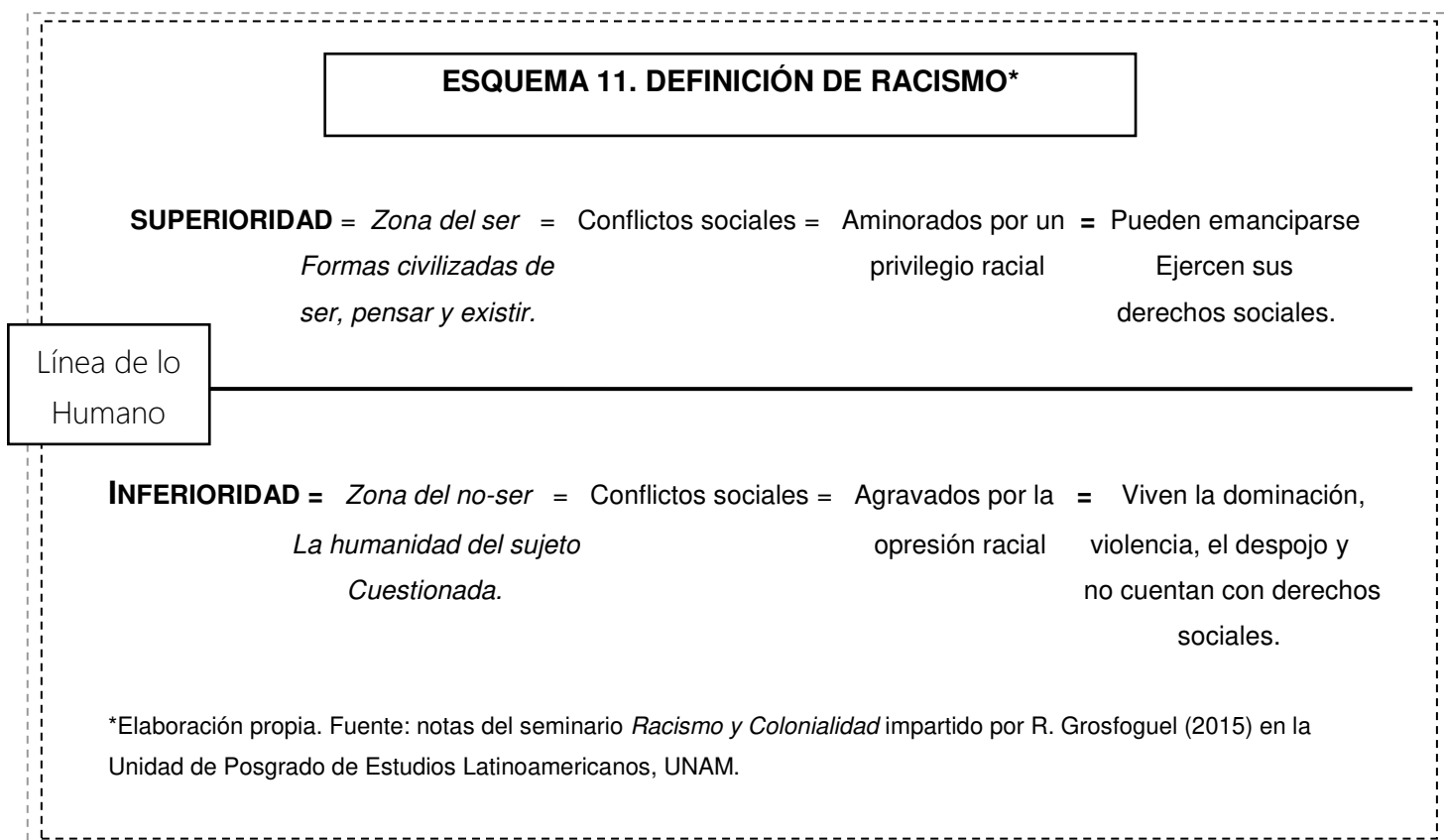
De esta manera, para teóricos como Dussel, el año de 1492 —momento histórico que marca el nacimiento de la Modernidad— fue punta de lanza para la construcción social, cultural, subjetiva y racial de las poblaciones como superiores e inferiores. Conviene subrayar entonces que dicha construcción sobre la alteridad del *otro*, adquirió legitimidad a través de la historia de epistemicidios y genocidios padecida por los habitantes de continentes como América y África, a manos de los conquistadores europeos.

Por otro lado, Silvia Rivera Cusicanqui y Rita Segato afirman que el racismo no se agotó en dichos momentos históricos; por el contrario, explican que en nuestras sociedades continúan elementos y características propias de aquella confrontación cultural y civilizatoria iniciada con el falso descubrimiento de América. Es decir, proponen que existe un *racismo colonial* (*Colonialismo*) que continua vigente, permeando subjetividades, relaciones sociales, conflictos, imaginarios, conocimientos, espacios sociales, problemáticas e instituciones; al que se debe de responder con prácticas *decoloniales* para combatirlo.

En consonancia con lo anterior, Grosfoguel argumenta que el racismo opera mediante prácticas institucionales que legitiman la clasificación social de las poblaciones y la institución de categorías raciales como *mestizo* – *indio* o *blanco* – *negro*. Puntualmente, este teórico lo define como una jerarquía de superioridad e inferioridad sobre la línea de lo humano “[...] que ha sido políticamente producida y reproducida durante siglos por el < sistema imperialista / occidentalocéntrico / capitalista / patriarcal / moderno / colonial >” (Grosfoguel, 2011: 98).

De acuerdo a este teórico, las personas que habitan por encima de la línea de lo humano cuentan con la posibilidad de ejercer sus derechos sociales; mientras que aquellos que se sitúan por debajo de la línea, enfrentan y padecen el cuestionamiento de su humanidad.

A continuación, se presenta un esquema que ilustra esta definición:



Grosfoguel elaboró esta definición con base en la obra del psiquiatra y revolucionario Frantz Fanon.

En su célebre obra *Piel negra, máscaras blancas (1952)*, Fanon desarrolló dos conceptos: la *zona del ser* y la *zona del no-ser*. Ambas zonas, no son lugares geográficos específicos, sino una posicionalidad dentro de las relaciones humanas. Son producciones subjetivas que acontecen a escala global entre centros y periferias, pero también a nivel local y nacional (a esto último, Pablo González Casanova denomina *colonialismo interno*).

En la *zona del ser* las formas de existir, ser y pensar son reconocidas como civilizadas y superiores. En contraposición, los residentes de la *zona del no-ser* transitan por un proceso de inferiorización: sus prácticas, epistemologías, formas de existencia,

lengua y cultura son exterminadas por el orden social dominante. De acuerdo a Grosfoguel, en la actualidad, esta hegemonía se caracteriza por ser capitalista, patriarcal, cristiano, heterosexual y eurocéntrico. En pocas palabras, el mundo actual es el de los hombres blancos occidentales.

Finalmente, el sociólogo Michel Wieviorka ofrece otra mirada a este tema. En principio, especifica que el término “racismo” nació entre la primera y segunda guerra mundial (periodo *entreguerras*) y hace referencia a la incompatibilidad de las particularidades culturales, nacionales, religiosas o étnicas, inherentes de cada grupo social. Al igual que los teóricos antes mencionados, también señala que es un fenómeno histórico-social iniciado en la Europa occidental, a finales de los siglos XV, con la primera expresión de un mundo globalizado, a saber: la búsqueda de nuevas rutas comerciales liderada por España y Portugal.

En términos generales, Wieviorka expone que el racismo es una construcción social y política que no sólo posee rasgos y características del racismo producido durante la época colonial; por el contrario, explica que es un proceso histórico-social el cual tiene distintas vertientes (racismo científico, cultural, institucional, etc.) y se va modificando con el tiempo, desarrollando así nuevas formas de expresarse.

Por ejemplo, en el caso mexicano el racismo se ha materializado de diferentes maneras a lo largo de la historia, tan sólo la formación de los Estados-nacionales estuvo marcado por un afán de *blanquear* a la diversidad étnica, cultural y lingüística habitante en sus territorios. Este proceso estuvo liderado por el general Lázaro Cárdenas (1934 - 1940), presidente de la nación quien defendía la bandera del indigenismo en el naciente Estado posrevolucionario. El objetivo planteado por los intelectuales y políticos mestizos de aquella época era integrar a la población india a la nación mexicana. Dicho de otro modo, “mexicanizar al indio”. Interés que desembocó en la creación de instituciones y políticas públicas para ejecutar dicho plan⁴⁰; es decir:

[...] la política oficial frente al indio ha sido siempre integracionista, y cuando digo siempre quiero decir desde la Conquista [...] Integrar ha significado, sucesivamente o al mismo tiempo, cristianizar, castellanizar, occidentalizar; o bien, dicho en otro lenguaje, extraer al indio de su comunidad y convertirlo en peón de hacienda, en minero, en criado doméstico, en trabajador migratorio, en asalariado urbano, etc. Desde el

⁴⁰ Véase Díaz- Polanco, 2006; Mariátegui, 2007 y Aguirre-Beltrán, 1994.

siglo pasado, en particular, integrar es mexicanizarlo, hacer que pase a formar parte de la sociedad nacional, tanto cultural como social, política y económicamente. (Aguirre, 1992: 12).

Por lo tanto, la subjetividad hegemónica racista producida y reproducida en México con respecto a los pueblos indígenas, corresponde al afán histórico de *mexicanizar al indio*, blanqueándolo (Echeverría, 2010). Subjetividad y aspiración social que defendida por las políticas indigenistas e instituciones como el Instituto Nacional Indigenista (INI), se ha materializado de diferentes maneras a lo largo de la historia mexicana: comenzando con el mal llamado descubrimiento de América (1492), la Conquista de México-Tenochtitlan (1521), la época Colonial y la consecuente instauración de la Nueva España (1521-1810), la Guerra de Independencia (1810), la Revolución mexicana (1910), hasta nuestros días. En todos estos momentos históricos, las subjetividades hegemónicas construidas en torno al sujeto indígena siempre han sido distintas.



Foto 6. Gonzalo Aguirre Beltrán (Subdirector del INI, 1952).
Zinacatán, Chiapas.
Autor desconocido, 1956. Fototeca Nacho López, CDI.

En este sentido, el indigenismo es una de las tantas expresiones del racismo ejercido en contra de la población indígena en territorio mexicano: ambos fenómenos sociales se fundamentan en la distinción de poblaciones significadas como inferiores y superiores. Siendo así, se reconoce que la matriz histórica de este fenómeno social se halla en la conquista y la época colonial; no obstante, la manera de materializarse en la vida diaria de las poblaciones e instituciones se ha ido transformando y reactualizando con el paso del tiempo.

Es por ello que su estudio conlleva a la indagación de los diversos modos en que se materializa en la cotidianidad de las poblaciones e instituciones que conforma a la sociedad. Particularmente, me gustaría destacar los diversos discursos indigenistas (racistas) que ha tomado la CDI desde su fundación hasta el año 2012:

CUADRO 12. DEL INI A LA CDI (1948 - 2012)

Período	Discurso institucional	Objetivo institucional
1948 - 1970	Integrar a los indígenas a la cultura nacional. El camino para lograrlo es su aculturación, a partir de la acción indigenista en las regiones interculturales, también conocidas como regiones de refugio.	Inducir el cambio cultural de las comunidades y promover el desarrollo e integración en las regiones interculturales a la vida económica, social y política de la nación.
1970 - 1976	El desarrollo regional es el camino para “elevantar” la condición de los “indígenas” y lograr que participen en la vida nacional.	Elevar la condición del indígena para hacerlo coparticipe de la vida nacional y para lograr una mayor participación de ellos en la producción y en los beneficios del desarrollo nacional.
1977 - 1982	Los indígenas conforman un sector de la población que vive en zonas deprimidas. Ellos deben participar en la construcción de las propuestas de desarrollo y tienen derecho a preservar su identidad	Lograr el equilibrio entre el acceso a la modernidad económica, el respeto a la diversidad cultural y a la participación y al fortalecimiento de la identidad nacional.
1977 - 1982	Los indígenas conforman un sector de la población que vive en zonas deprimidas. Ellos deben participar en la construcción de las propuestas de desarrollo y tienen derecho a preservar su identidad.	Lograr el equilibrio entre el acceso a la modernidad económica, el respeto a la diversidad cultural y a la participación y al fortalecimiento de la identidad nacional.
1983 - 1988	México es un país plural en lo étnico, en lo cultural y en lo ideológico que debe encontrar el equilibrio integrador entre el acceso a la modernidad económica, el respeto a la diversidad social y el fortalecimiento de la unidad nacional.	Lograr la integración de los indígenas al desarrollo, con respeto a su identidad cultural y con su participación.
1989 - 1994	Los indígenas de México deben reconocerse y ser reconocidos en la Constitución.	La promoción del libre desarrollo de las culturas indígenas y la corrección de la desigualdad que lo frena o inhibe.
	Es necesario construir una nueva relación entre los pueblos indígenas,	Impulsar una nueva relación entre el Estado y los pueblos indígenas y una reforma constitucional, legal y

1995 - 2000	la sociedad y el gobierno.	programática.
2001 - 2003	Los derechos de los pueblos y las comunidades indígenas de México deben ser reconocidos en la Constitución y en las leyes del país.	Impulsar una reforma constitucional en materia indígena y la creación de una institución federal capaz de impulsar la transversalidad de la acción pública y el respeto a los derechos indígenas.
2003 - 2006	El desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas requiere de la acción transversal de todas las instituciones.	Orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas, de conformidad con el Artículo 2° Constitucional.
2007 - 2012	Los indígenas tienen derecho a vivir bien con su propia identidad y con pleno respeto a sus derechos.	Promover el desarrollo con identidad de los pueblos y comunidades indígenas de México a partir del impulso al desarrollo humano sustentable, la consulta y la participación como medios para definir políticas públicas, a la revaloración de las culturas indígenas y el diálogo intercultural y el respeto y ejercicio de los derechos indígenas y la armonización legislativa.

A partir de la década de los 90, el otrora INI comienza a expresar un discurso institucional de participación de la población indígena en la elaboración de soluciones a las problemáticas que los aquejan y de reconocimiento a sus derechos sociales. Pero la realidad vivida en las comunidades indígenas demuestra que este nunca se ha concretado en ninguno de los programas sociales que promueve y desarrolla.

La razón de ello la pudiéramos encontrar si logramos argumentar que, en las prácticas de espacios concretos como el albergue, existe encubierto un discurso racista. Y sobre esto, versan el próximo apartado.

2. Prácticas y significaciones sociales (¿racistas?) con respecto a la atención del paciente indígena en *Mil Colores*

La mañana del 18 de octubre del año de 2012, me reuní con algunos de los habitantes de *Mil Colores*, esto después de no vernos durante poco más de dos años. Aquel día caminé nerviosa sobre la avenida San Antonio Abad hasta llegar al #231. En cada paso que daba, recuerdo haber pensado: ¿quiénes estarán? ¿La señora Mary, Toñita, Mayra...? ¿Me recordarán? ¿Querrán colaborar en esta investigación?

Nora Sevilla, coordinadora del área de Psicología, me esperaba en la sala de televisión⁴¹, en compañía de un grupo de diez personas. Dibujé una sonrisa al mirar caras conocidas, pero también me inquietó notar que había más rostros nuevos que familiares. Parada, frente a aquellas personas, recordé cómo son las labores en el interior del albergue: atravesadas por el vínculo con una población conformada siempre por diferentes personas, hablantes de diferentes lenguas indígenas y con diferentes diagnósticos médicos.

También recordé, más que nunca, aquellas ocasiones cuando presentaba mis avances de tesis al final de trimestre y algunos profesores me cuestionaban: “¿por qué no te acercas a sujetos pertenecientes a un sólo grupo étnico, provenientes de un sólo estado de la República o con un mismo diagnóstico médico?”. Estando ahí, frente al grupo, sabía que eso era simplemente imposible... además ¡qué privilegio el mío, poder entrar a este espacio en donde tanta riqueza y diversidad cultural, étnica y lingüística se hace presente! ¡Qué privilegio!

Particularmente, viví nuestros encuentros como si en cada uno de ellos tuviera la oportunidad de viajar a un lugar diferente. En cada ocasión intercambié palabras con personas distintas, escuché *familia, cariño, corazoncito pronunciados* en totonaca y náhuatl; visité —mediante sus voces— comunidades situadas en Hidalgo, Chiapas e incluso, para mi sorpresa, alguna vez me vi recorriendo las calles de Papantla, lugar donde nació y creció mi abuela materna. Todo ello desde el corazón de la Ciudad de México, en un lugar llamado “La Casa de los Mil Colores”.

⁴¹ Pintada toda de amarillo, bancas de madera a su alrededor, gavetas, poca iluminación, una televisión caprichosa al centro (a veces encendía, otras tantas no); este fue (casi siempre) mi punto de encuentro con los habitantes de *Mil Colores* y el lugar en donde se realizó el taller.

Cuando se pregunta al profesional de la salud que trabaja en *Mil Colores*, si conoce acerca del pensamiento indigenista que guió durante décadas las acciones del otrora Instituto Nacional Indigenista (INI), muchos manifiestan desconocer el tema. En las entrevistas realizadas se escuchan expresiones tales como: “[...] bueno, ya no somos INI, ahora somos la Comisión para el Desarrollo de los pueblos Indígenas. O sea, la visión de lo que era el trabajo con población indígena ya no es la misma que antes”. Sin embargo, ninguno de los entrevistados especificó en qué consiste el cambio entre las prácticas institucionales del INI y la CDI.

De entre los testimonios recabados, sobresale el correspondiente a una persona del área administrativa que participó en la época fundacional de *Mil Colores*. Su experiencia narra de manera singular, cuál era la visión del trabajador del INI involucrado en el desarrollo del *proyecto de Atención de Tercer Nivel*:

En aquellos años, era muy sonada la idea de que había que ayudar a la población indígena porque vivía en pobreza extrema. Por aquel entonces, trabajaba en oficinas centrales como secretaria. Se decía que los indígenas debían educarse [...] O sea, sí la cuestión de las culturas y lenguas, pero ellos tenían que ser mexicanos de a de veras, aprender el español... Me acuerdo bien porque yo comencé a llevar lo de los manuales de operación del proyecto [Atención de tercer nivel].

Trabajador de la salud, área administrativa.

Tanto este proyecto como el albergue, nacieron entre las fases indigenistas de *Participación y Reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas*. No obstante, dichos discursos resultaron engañosos. Por ejemplo, aun cuando desde ambos enfoques se defiende la participación de la población indígena en la construcción de políticas públicas y programas sociales destinados a resolver sus necesidades. En dichos proyectos de salud, esta propuesta jamás se concretó.

[...] sí se llegaron a realizar unas encuestas, como ahora, en donde el paciente calificaba la calidad del servicio. Pero era bastante mocho el asunto. Sólo se aplicaba a los pacientes que venían al D.F. En los centros coordinadores estatales se supone que tenían que hacerlos, pero no lo hacían [...] esas consultas no tuvieron impacto en el proyecto. Yo siempre me las imaginé como las cajas de sugerencia que colocan

en las empresas, como trabajador puedes pedir no sé, una máquina para hacer café, pero de ahí a que te la compren, no sucede.

Trabajador de la salud, área administrativa.

En la actualidad, se siguen aplicando encuestas a los residentes del albergue. En voz de la coordinadora: “[...] el propósito es saber cómo mejorar la calidad de los servicios brindados en el albergue y saber cuáles son las necesidades reales de los usuarios”. Sin embargo, las preguntas de estas consultas suelen responderse únicamente con un “sí” o “no”. Además de no tocar los temas a profundidad. A continuación, comparto un ejemplo de la consulta realizada en el año de 2013.

CUADRO 13. CONSULTA EN MIL COLORES SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Encuesta realizada por el prestador de servicio social de las áreas de trabajo social y psicología durante el año de 2013.

1. *¿Cómo calificarías el servicio prestado en el albergue?*

a) *Bueno* b) *Regular* c) *Malo*

2. *¿Se te han brindado los apoyos económicos en tiempo y forma?*

a) *Sí* b) *No*

3. *¿Qué te parece el plan nutricional?*

a) *Bueno* b) *Regular* c) *Malo*

4. *¿Qué mejoras del área de Trabajo social?*

a) *No mejoraría nada.* b) *Mejoraría* _____

5. *¿Con qué área tienes mayor relación?*

a) *Psicología* b) *Trabajo social* c) *Enfermería*

6. *La infraestructura del albergue presenta alguna falla*

a) *No* b) *Sí* _____ c) *No sé*

Esta consulta fue pensada y formulada por los prestadores de servicio social de las áreas de psicología y trabajo social. Estudiantes con muy poca experiencia en la atención al

paciente indígena que requiere atención médica de tercer nivel; hecho reflejado en la poca profundidad de sus preguntas.

Asimismo, la situación analfabeta de muchos de los residentes del albergue obligó a los prestadores de servicio social a ser ellos quienes realizaran el llenado. Esto generó desconfianza con respecto a la confidencialidad del “usuario”. Por tanto, los resultados de aquella consulta señalaron que el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” prestaba servicios de excelencia. No hubo ninguna crítica.

Por otra parte, es difícil imaginar la postura del albergue para considerar la participación del paciente indígena mediante el simple llenado de una encuesta. Es necesario crear espacios en donde la voz del indígena fuera escuchada sin ningún tipo de intermediario. Mesas de dialogo o talleres grupales, pudieron haber sido las estrategias para recuperar el punto de vista de esta población. Es decir, espacios en donde el encuentro y el intercambio de palabras fueran el punto de partida.

En términos generales, el trabajador de la CDI reproduce un discurso institucional que defiende el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas: “[...] es algo con lo que nos enfrentamos diariamente. Imagínate, aquí atendemos a cerca de 500 pacientes indígenas, con diferentes padecimientos y culturas. Por eso nos llamamos así, *Mil Colores*, cada color representa a una cultura indígena diferente” (Entrevista, Coordinación del albergue). No obstante, de la diferencia cultural reconocida por la coordinación emergen numerosos conflictos sociales puestos en evidencia en las relaciones construidas entre el trabajador de la salud con el paciente indígena.

Por ejemplo, para el trabajador de la salud, el indígena suele ser significado como alguien pobre que necesita *apoyo*: “Son gente muy pobre que necesita nuestra ayuda para poder atender sus enfermedades, muchos de ellos no estarían vivos sin el apoyo que les brindamos en el albergue. Nosotros, bueno el albergue, significa para los pacientes la diferencia de estar vivos o muertos” (Trabajador de la salud, área de trabajo social). De este modo, el trabajador ocupa el lugar de “dador de la vida” dentro de este singular espacio. Cabe decir que el paciente indígena también lo concibe de esta manera: “[...] aquí nos ayudan mucho, nos dan comida, nos dan medicamentos. Nos apoyan en todo. El agradecimiento que sentimos es muy grande porque sin la ayuda de todos los de aquí no estaríamos platicando tú y yo. A lo mejor, ya hasta me habría muerto” (Hombre, náhuatl, paciente, 9 años asistiendo a *Mil Colores*).

Esta idea también es reforzada a través de los manuales operativos. En estos, las figuras de “usuario” y “apoyo” son centrales. Siendo así, en la cotidianidad del albergue, el paciente indígena lejos de ser considerado como un sujeto de derecho, es concebido como el paciente indígena “pobre” que recibe la ayuda de los profesionales que laboran en el albergue. Esto es importante subrayarlo, pues nulifica cualquier enfoque de derecho a la salud en la operatividad de este espacio.

Como botón de muestra basta señalar que cuando un “usuario” acude al profesional de la salud, este último suele tratarlo con condescendencia. El tono de voz de las enfermeras se endulza y pareciera que están hablando con un menor de edad. Por su parte, los talleres llevados a cabo por las áreas de Psicología y Trabajo social rara vez son realizados desde un enfoque intercultural. En pocas palabras: la intervención de *Mil Colores* se agota en asegurarse de que el paciente acuda a consulta y reciba sus medicamentos.

En este sentido, en numerosas ocasiones la eficacia simbólica del tratamiento biomédica ha fallado. La enfermera o el nutriólogo suelen mostrar desconcierto cuando el proceso de atención de un paciente va en retroceso; esto pues ellos son los encargados directos de asegurarse que mientras el paciente indígena habite *Mil Colores*, tome en tiempo y forma sus medicamentos. Sin embargo, parece difícil para ellos entender que no es lo mismo transitar por un proceso de atención médica en casa que alejados de ella.

Aunado a lo anterior, hay pacientes que siempre buscan la opinión del yerbero o chaman. Pero, estando en *Mil Colores* es complicado realizar tal consulta. La coordinación del albergue mantiene horarios muy estrictos de entrada y salida, esto pues en sus palabras “[...] sólo así estamos seguros de que no se pierdan o les pase algo”. Entiendo la preocupación, aunque esas serían las mismas palabras que un padre utiliza para referirse a su hijo.

Finalmente, la cotidianidad del albergue se desarrolla sin mayores pretensiones de impulsar o reconocer la diversidad cultural de sus habitantes. Cada trabajador de la salud, siempre está ocupado: tras el computador, llenando formularios o arreglando algún desperfecto. Los únicos puntos de quiebre durante el día son cuando la coordinadora llama a los habitantes a junta para llamarles la atención o reciben la mala de noticia de que algún usuario se ha puesto grave.

El trabajador de la salud de Mil Colores

Muchos de los trabajadores de la salud, llegan a laborar al albergue a través de diversas maneras. Ya sea porque tienen algún conocido trabajando en este espacio o porque realizaron el servicio social en la CDI. La mayoría cuenta con contrato laboral, prestaciones y seguridad social.

Al preguntarles si durante su formación académica se plantearon, alguna vez, prestar atención a población indígena, la mayoría contestó que no. La incertidumbre laboral es su principal motor para pedir trabajo en *Mil Colores*: “[...] yo llegué como prestadora de servicio social, en ese entonces no encontraba trabajo y me urgía porque en mi casa había mucha necesidad económica. Hice muy buena relación con la coordinadora y ella fue la que me metió a trabajar aquí” (Trabajador de la salud, área administrativa).

La situación de pobreza y desigualdad social vivida por la población indígena, también afecta al trabajador de la salud; aunque, de diferente manera: “[...] como todos, esperas el día de quincena porque tienes un montón de gastos que cubrir. Que pagar la colegiatura de tu hijo, servicios básicos como el agua... la comida... reservar dinero para tus pasajes. Ya ni siquiera considero llevar a mis hijos al cine, porque no me alcanza para tanto (Trabajador de la salud, área de trabajo social).

Entre las propias preocupaciones de la vida personal del trabajador y sus condiciones laborales (contar con un salario mínimo y laborar con el mínimo de recursos necesarios), el trabajador de la salud describe las problemáticas presentadas al realizar su trabajo de la siguiente manera:

CUADRO 14. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS POR EL TRABAJADOR DE LA SALUD AL REALIZAR SU TRABAJO EN MIL COLORES

Coordinadora: ¿Me podrías describir qué problemáticas identificas al momento de realizar tu trabajo?

“Tienes que pensar en que se trabaja con personas que sólo están por temporadas; nuestro principal propósito es facilitar su acceso al tercer nivel y, en el caso de psicología, dar contención, seguimiento hospitalario. No puedes pensar en una terapia como tal, por ejemplo, porque a la

semana o al mes, ellos se van a sus comunidades. La cuestión es cómo se piensan actividades para un grupo que siempre está cambiando, moviéndose”

“Para mí, como prestadora de servicio social, sí ha sido complicado. En mi caso, Nora me pidió que presentara una propuesta de trabajo, la cuestión es que sea taller o la actividad que tú pienses, debe ser considerando que son grupos que están integrados de distintas personas, todos los días; lo cual representa un reto... a la hora de que piensas en tu proyecto; porque debe ser un proyecto pensado en que cada día vas a relacionarte con personas distintas... entonces la cuestión de la continuidad de tu propuesta, del trabajo, pues ¿cómo le haces? Y lo de la lengua, pues creo que no representa ningún problema, porque aquí todos hablan español; entonces, creo, por eso no han visto la urgencia de que haya un traductor en el albergue, porque no lo hay”

“Las intervenciones deben ser breves porque no sabes cuándo los volverás a ver. Hay pacientes que están aquí por meses, pero la constante es que regresen a sus comunidades y los vuelves a ver dentro de tres o cinco meses. Entonces, imagínate lo que es eso. Trabajar en esa circunstancia. Aquí les intentamos dar seguimiento, en la medida de lo posible. Hay casos, por ejemplo, en que ya no regresan. Vienen, es la primera vez, son canalizados, tienen su consulta, regresan a su comunidad... pero ya no regresan.

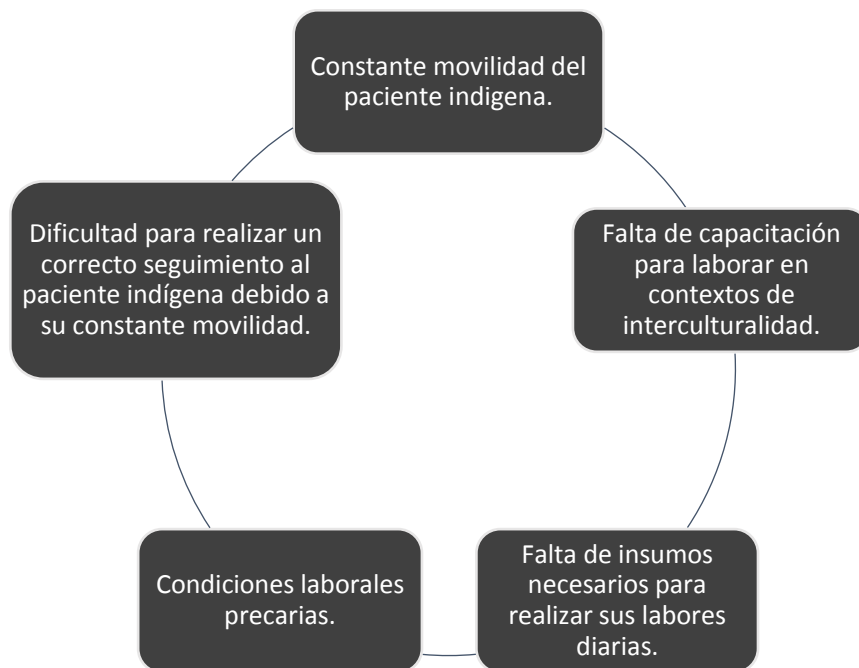
Plática informal con trabajadores de la salud y prestadores de servicio social

La primera problemática señalada por los trabajadores de la salud es la situación de movilidad del paciente indígena. Cuestión a la que yo misma también enfrente durante el trabajo de campo, pues en cada sesión de taller había rostros nuevos, conocidos y otros que ya no volvía a ver jamás.

Otra de las cuestiones señaladas es la falta de insumos para laborar. La falta de recursos económicos para adquirir medicamentos, pagar el transporte local y foráneo, comprar material para realizar actividades culturales dificulta en gran medida el desempeño de su trabajo.

En términos generales, las problemáticas identificadas por el trabajador de la salud para realizar su trabajo en el interior del albergue:

ESQUEMA 15. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS POR EL TRABAJADOR DE LA SALUD DE MIL COLORES PARA REALIZAR SUS LABORES DIARIAS.



Dentro de este contexto, tiene lugar la relación que este establece con el paciente. En el siguiente apartado describamos cómo se desarrolla dicha relación.

Relación trabajadora de la salud – paciente indígena

El desarrollo de la vida diaria en *Mil Colores* acontece en un contexto atravesado de por una serie de conflictos y contradicciones sociales. Las diferencias culturales, lingüísticas y de diagnósticos médicos imprimen un sello particular en la cotidianidad tanto de pacientes como de trabajadores de la salud.

En principio, la llegada del paciente indígena a este espacio se enmarca dentro de la vivencia de emociones como el miedo y la angustia. Aunado a lo anterior, las dolencias físicas y la poca certeza sobre si se alcanzará la cura, afectan negativamente el estado anímico del paciente indígena: “Llegamos con mucha preocupación por la enfermedad, sientes pánico, no conoces a nadie [...] Muchos se encierran en sus cuartos, pues por lo mismo de que no conocen a nadie. Pues yo me imago, eres como un extranjero” (Itzel, hablante del náhuatl).

Por ello, es de vital importancia la construcción de una red de apoyo que aminore dicho estado psicológico; en la cual, adquiere un papel importante el trabajador de la salud.

La relación establecida entre el trabajador de la salud con el paciente indígena posee una doble cualidad. Por un lado, se caracteriza por ser una *relación de poder*, en tanto que una de las partes detenta un conocimiento sobre la enfermedad valorado por el *otro*. Y por el otro lado, es una *relación jerárquica* en tanto que se basa en la distinción del mestizo ante la población indígena.

En este sentido, la identidad indígena del paciente es determinante en dicha relación. Particularmente, el trabajador de la salud suele negar su legado indígena e intenta mantener a toda costa la distancia con el paciente indígena. Esto puede verse de diversas maneras. Por ejemplo, en su modo de vestir (casi nunca llevan puesta ropas con motivos indígenas), hablar (no se ocupa por conocer la lengua indígena de su paciente) y relacionarse con el paciente indígena.

Por el otro lado, la población indígena también intenta reafirmar su identidad. Aunque lo hace de una manera casi silenciosa. A través de su vestimenta, prácticas, creencias, lengua. Por ejemplo, durante el trabajo de campo había una familia maya bilingüe. Así, aunque sabían perfectamente hablar español siempre utilizaban el maya para platicar frente al trabajador de la salud, quien jamás se enteraba de lo que decía aquel grupo. Otra forma era solicitando material para realizar sus tejidos. Así, había una pareja que sabía tejer hamacas e impartía clases en la azotea del albergue a trabajadores y residentes del albergue.



Foto 7. Tejiendo hamacas en *Mil Colores*.

Igualmente, siempre escuché a los habitantes del albergue pedir poder opinar con respecto a la comida que sirven en este espacio. La negativa siempre fue clara “[...] no podemos hacer eso porque, finalmente, para eso está la nutrióloga. Ella sabe qué dieta deben llevar acorde a sus padecimientos. No es tan fácil como ellos piensan”.

En suma, las relaciones entre estos dos sujetos están atravesadas por un racismo encubierto en las prácticas institucionales, el contexto socio-económico y la identidad indígena del paciente. Puntualmente, la capacidad del paciente indígena para decidir sobre sus propios asuntos queda nulificada en el interior de este espacio, en el cual, siempre se le ordena qué hacer.

En este sentido, si realizáramos un comparativo entre el pensamiento indigenista y la relación trabajador de la salud – paciente indígena, notaremos cuánta influencia hay entre ambas. Veamos algunos puntos de encuentro en la tabla que a continuación se muestra.

CUADRO 16. INFLUENCIA DEL INDIGENISMO EN LA RELACIÓN TRABAJADOR DE LA SALUD – PACIENTE INDÍGENA

INDIGENISMO (Postulados generales)	RELACIÓN TRABAJADOR DE LA SALUD – PACIENTE INDÍGENA
Homogenización cultural de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • El trabajador de la salud desconoce la cultura, lengua, usos y costumbres del paciente indígena. • El trabajador de la salud no recibe capacitación para realizar su trabajo en contextos de interculturalidad.
Promueve la elaboración de programas sociales y políticas públicas de manera unilateral.	La coordinación del albergue no consulta la opinión del paciente con respecto al desempeño de su labor.
Inferiorización de la medicina tradicional.	El trabajador de la salud emite recomendaciones con el fin de que el paciente indígena desista del uso de plantas medicinales.
La práctica indigenista se basa en el establecimiento de una relación jerárquica y de poder.	El trabajador de la salud afirma su identidad mestiza frente al paciente indígena a través del conocimiento que posee sobre el cuidado de la salud.

Es evidente que existe influencia por parte del indigenismo en la dinámica cotidiana desarrollada al interior del albergue. Las relaciones sociales y prácticas institucionales desarrolladas en el interior de este espacio lo evidencian. No obstante, pareciera ser algo ya normalizado dentro del albergue. Esto pues cuando se pide opinión al habitante de *Mil Colores* con respecto a la relación que mantiene con el trabajador de la salud, en la mayoría de los casos responde que es “respetuosa” y “llena de cariño”.

Las formas institucionalizadas del racismo han sido introyectadas de manera tal que la ausencia de un traductor que hable su lengua o el reconocimiento de su opinión para el desarrollo operativo del albergue, son cosas que los residentes de este espacio han dejado de pedir en voz alta. Esto, pese a que sí han llegado pacientes que hablan únicamente su idioma indígena: “Mi mamá no habla el español, ella puro totonaca. Me viene a acompañar, entonces yo le hago de traductor... le digo qué es lo que me dice el doctor. Yo soy el paciente. Ella es mi acompañante, aquí sólo te dejan llegar con un familiar. Ella se trae sus cosas para trabajar aquí. Sus cosas para tejer. Para tener un ingreso mientras estamos en D.F.” (Entrevista, hombre hablante del totonaca, paciente, tres años acudiendo a *Mil Colores*).

Por otra parte, la vida afuera del albergue también se desarrolla en este contraste de población indígena y mestiza. En este sentido, la ciudad de México, aun cuando es un espacio culturalmente heterogéneo, sólo ofrece hostilidad a la población indígena. En respuesta a ello, muchos pacientes, prefieren dejar de hablar su idioma debido a la discriminación de la que son sujetos. Esto lo constatan los testimonios recuperados:

CUADRO 17. POBLACIÓN INDÍGENA EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Coordinadora: ¿Cómo es tu vida en la ciudad de México?

“Desde que venimos a México, prefiero que mis hijos no aprendan el otomí. Tienen más oportunidad con el español”

“Te discriminan, por nuestra piel morenita, por cómo hablamos [...] Pienso, el español es lo que más se habla, lo que necesita uno saber”

“Yo si quiero que mi hija hable el náhuatl, que es lo que yo hablo. Pero ella no quiere, como siempre ha estado en D.F.”

“[...] pero es doble, porque acá en D.F. te discriminan por ser “indio”, porque así te llaman... yo digo, ¡qué bueno que soy indio! Cuando regresas a tu comunidad, también te discriminan... porque vienes con otras costumbres. O entre nosotros mismos, que te dicen “oaxaco” o cómo se burlan de los yucatecos”

“Es una ciudad grandota. Lástima que nos discriminen tanto. Si te vistes con tus trajes típicos, te quedan viendo raro, si te vistes con tu ropa normal, te miran como si fueras pobre”.

Finalmente, dentro de este escenario, existen dos figuras más que representan un papel importante en la vida de los habitantes de *Mil Colores*. Estos son: los estudiantes que acuden al albergue a realizar investigaciones y los prestadores de servicio social.

La juventud y corta estancia de ambos sujetos, imprime en el albergue cierto aire de novedad. Generalmente, aportan la idea de que es necesario generar un cambio en la dinámica cotidiana del albergue. Suelen organizar exposiciones con el arte elaborado por el paciente indígena, talleres en torno a temas propuestos por los residentes del albergue como las clases de lengua maya impartidos por los propios pacientes y acompañantes. O, simplemente, se sientan a platicar con ellos.

Al respecto, quien entra a *Mil Colores* se da cuenta de inmediato que sus habitantes disfrutan mucho al compartir con otros sus experiencias. No son sujetos callados o tímidos. Les gusta mucho platicar sobre cómo son sus comunidades, sus familias, sus tradiciones. Quizá, al principio, cuando llegan a la ciudad de México se suelen encerrar en sus habitaciones. Pero es comprensible. Cuando se llega a un lugar extraño, con la incertidumbre de si se alcanzará la cura o no, el miedo habita en la mente.

En este sentido, los espacios de intercambio abiertos por los prestadores de servicio social (bajo la tutoría de la psicóloga del albergue) constituye en un importante apoyo terapéutico para el paciente y acompañante.

Es importante la labor del prestador de servicio social, porque en efecto, muchos vienen aquí y nos dan su punto de vista sobre nuestro trabajo. Nosotros como trabajadores, llevamos tanto tiempo aquí, tan inmersos en nuestras responsabilidades diarias, que a veces dejamos de ver las cosas en que estamos fallando. Los talleres que organizan o tan sólo el hecho de que se sienten a platicar con los pacientes, ayuda mucho; porque sirve de contención. Distrae al paciente y le hace pensar en otra cosa, más allá de la enfermedad que padece.

Entrevista, trabajador de la salud de *Mil Colores*.

En ocasiones, son los estudiantes quienes alcanzan a modificar viejas prácticas que los trabajadores de la salud, por la cantidad de años que llevan laborando ahí, no miraban. Una de esos cambios, corresponde al uso de la computadora. En la coordinación de

psicología existe una vieja máquina que solía estar a disposición de los usuarios. No obstante, por órdenes de la coordinación, se estipuló que esta dejará de estar al alcance de los pacientes. Después de mucho argumentar, los prestadores de servicio social que se encontraban mientras yo realizaba el trabajo de campo, lograron devolver a los residentes del albergue el uso de este aparato. Así, cada vez que querían consultar alguna dirección o realizar algún trabajo escolar, podían hacerlo desde este espacio.

Igualmente, festejos de cumpleaños y muestras gastronómicas son parte de la iniciativa de los prestadores de servicio social.

Por otro lado, también están los estudiantes (generalmente de licenciatura) que acuden al albergue para realizar alguna investigación. Ellos también generan un fuerte vínculo con los pacientes. Al igual que el prestador de servicio social, sirven como puntos de fuga y distracción ante la angustia de la enfermedad. La escucha realizada por el investigador devuelve parte de la dignidad restada al sujeto indígena por las prácticas indigenistas.

Ahora bien, también es importante reconocer que la labor del estudiante tanto en calidad de investigador como de prestador de servicio social, es motivada por un interés particular: cumplir con un requisito académico para poder llevar a cabo su titulación. De esta manera, es muy común que concluida la investigación o el servicio social, los estudiantes no realicen ningún tipo de devolución al grupo de pacientes con quienes trabajaron. En otras palabras, llegan al albergue extraen el conocimiento y la experiencia de los sujetos que ahí habitan y se van con este para presentar en sus universidades tesis concluidas o informes de servicio social.

En muchas ocasiones, los habitantes de *Mil Colores* no conocen los resultados de la labor de estos sujetos. De esta manera, el papel del prestador de servicio social y del investigador es significado de la siguiente manera:

CUADRO 18. EL PAPEL DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL EN *MIL COLORES*

Coordinadora: ¿Cómo ha sido su relación con los prestadores de servicio social?

“Los que hacen el servicio social casi nunca regresan. Vienen, terminan y ya no los volvemos a ver. Por sus actividades, sus trabajos, por lo que sea... como que se olvidan de nosotros”

“Los de servicio social nada más están de paso, por unos meses y ya... También, luego vienen a hacer investigaciones. Llegan, nos entrevistan y se van”

“Una ocasión, un joven vino, que estaba haciendo una investigación, me hizo la entrevista y después, la coordinadora me llamó. El joven le había pasado mi entrevista a la licenciada, ya se imaginarán... Por eso, cuando alguien me dice si le quiero dar una entrevista, siempre pregunto “¿para qué?, ¿por qué?”. Yo creo que eso no se vale. Si te dicen que es confidencial y no lo cumplen, o ni te explican para qué es”

“[...] nosotros compartimos una experiencia de vida, un saber y yo digo que debe ser recíproco”

Taller Y aman tlenquítua moyolotzin 6ª. Sesión

Palabras como esta abundaron a lo largo del trabajo de campo. Escucharlas no fue fácil, pues además de manifestar que mi intervención en *Mil Colores* era una intervención no-demandada; visibilizaba que me aproximaba a un campo social el cual, a su vez, también me miraba a mí. Así los habitantes del albergue me compartieron sus “observaciones” (¿reproches?) en torno a la figura del prestador de servicio social y del investigador. Sujetos quienes (al igual que *aves de paso*) concluido su trabajo no regresan más. Aunque en el caso del investigador, la observación fue mucho más profunda: “[...] no sabemos pues, qué harán con nuestras palabras. Nosotros las compartimos, pero qué hacen, qué resultados obtienen, eso no sabemos. Ya no nos dicen nada, terminan de realizar sus entrevistas y ya no regresan [...]” (Hombre, náhuatl, paciente, 9 años asistiendo a *Mil Colores*).

Al respecto, el sociólogo y activista francés Andrés Aubry (pensando epistémicamente desde el sureste mexicano) lanza la siguiente advertencia en su texto “Otro modo de hacer ciencia. Miseria y rebeldía de las ciencias sociales” (2011):

Al investigador de campo en Chiapas más le vale callar su condición de antropólogo [digamos nosotros: al *psicólogo social*, al *maestro en Medicina social*]: es la peor tarjeta de presentación ante gente indígena. Le definen como alguien que va por los pueblos a ratos y al año se marcha para escribir su libro sin regresar. Tiene un arsenal de “conocimientos” que no sirve a nadie, mientras que él no “sabe” nada de lo que a todos principalmente importa [...] Más allá de su libro o artículo —de poca utilidad para desalfabetizados desde la Conquista—, su

investigación carece de una devolución concreta a la comunidad. Sin regreso ético a quienes la padecieron, se torna indignamente extractiva —sacando información como se extrae materia prima de una mina— sin beneficio para quienes la proporcionaron (Aubry, 2011: 59).

Los habitantes del albergue no han leído a Aubry (no tendrían por qué). No obstante, conocen bien acerca de lo que él advierte. Y me lo hicieron saber (al menos, así lo comprendí): jamás ser como el investigador quien, aprendiendo de las palabras del otro, no devuelve un poco de lo compartido. O, peor aún, falta a su promesa de confidencialidad.

Y con el tema de la devolución cierro este capítulo. Considero que muchas ocasiones, el investigador puede criticar las políticas indigenistas o develar tal o cual práctica racista. No obstante, retirarse de un proceso de investigación sin devolver nada al sujeto de la investigación es una práctica poco ética.

En resumidas cuentas, entre las problemáticas internas del albergue se ubica el poco interés por parte del personal para conocer los usos y costumbres de sus habitantes. Un ejemplo común de esto ocurre en el área de nutrición. Es común escuchar a la población indígena expresar (en voz muy baja) que la dieta elaborada por el nutriólogo les disgusta: “[...] hay semanas en que nos dan bolillo para acompañar la comida, pero no es lo mismo. Nosotros estamos acostumbrados a comer con tortilla. No es necesidad, lo que pasa es que el maíz nunca falta en mi hogar. Mi marido lo cosecha en nuestro terrenito y yo lo utilizo para varias cosas. Preparo mi masa y hago las tortillas, los tamales de frijol, el chileatole” (Entrevista, mujer náhuatl, 5 años asistiendo a *Mil Colores*).

Otro ejemplo es que aun cuando el área de trabajo social y de psicología reconocen la importancia de contar con un traductor de lenguas indígenas, esta figura sigue siendo inexistente: “es necesario, eso no se niega. Pero lo que nos ayuda es que los usuarios que tenemos registrados son bilingües. Hablan su lengua y el español. Por eso no se ha convertido en un obstáculo para realizar nuestro trabajo. Es lamentable, sí; porque quiere decir que las lenguas indígenas van perdiendo importancia” (Entrevista, área de trabajo social).

Junto a esto, existe un problema mayor: la falta de recursos económicos para solventar la manutención del propio albergue y de servicios como la adquisición de medicamentos. Desafortunadamente, esto va empeorando pues se ha ido experimentando una paulatina reducción del presupuesto. Así, los trabajadores de salud

tienen que laborar con el mínimo de recursos disponibles. Hecho que se refleja en de manera negativa en el proceso de atención de la enfermedad vivido por la población indígena, veamos de qué manera en el siguiente capítulo.

Yóllotzin



“FRUTOS II”

Habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” (2013)

-Obra colectiva-

CAPITULO V

Racismo, experiencia y enfermedad.

Tras los caminos andados por el indígena mexicano en su lucha por acceder al tercer nivel de atención

El presente capítulo tiene como objetivo dibujar los pasos andados por el indígena mexicano en su búsqueda por acceder al tercer nivel de atención; esto a través de la experiencia concreta de las personas inscritas en el proyecto *Atención de Tercer Nivel* promovido por la CDI.

La intención es responder a la pregunta guía de investigación: ¿cómo vive, significa y describe el habitante de *Mil Colores* su tránsito por un proceso de atención médica de tercer nivel? Interrogante desde donde intentaré visibilizar el camino andado por el indígena que se desplaza a la ciudad de México con la esperanza de encontrar el alivio para su malestar físico. De este modo, a través de experiencias singulares, contaré las peripecias vividas por este grupo social en su batalla en contra del problema de acceso al tercer nivel de atención, presente en las regiones indígenas mexicanas.

Victorias y derrotas en su lucha cotidiana por la salud, serán las constantes a lo largo de nuestro relato. Muchas de ellas permeadas por la subjetividad racista dominante en el campo de la salud y los modos de atender la enfermedad. En este sentido, intentaré demostrar cómo el racismo, habitante indeseable de las mentes de los mexicanos y de las instituciones que conforman a nuestra sociedad, funge como un aspecto determinante del fracaso de la población indígena en el ejercicio de su legítimo derecho a la salud.

Con base en este propósito, las experiencias recuperadas durante el trabajo de campo, se encuentran articuladas a partir de tres historias específicas: la de Francisco, el señor Erasmo y Verónica⁴². Cada una de ellas da pie para contar un momento particular y central de esta historia: los baches atravesados para poder acceder al proyecto *Atención de Tercer Nivel (CDI)*, la cotidianidad en el interior del albergue y, finalmente, las implicaciones de ser un indígena foráneo que atraviesa por un proceso de atención médica en el corazón de la ciudad de México.

⁴² No está demás, volver a aclarar que los nombres de los sujetos entrevistas han sido modificados con la intención de salvaguardar su privacidad e integridad.

El mapa que nos guiará en esta travesía se encuentra trazado por las coordenadas del racismo, la experiencia del sujeto y los modos de atender a la enfermedad desde el ámbito institucional; todo esto dentro de un contexto de interculturalidad.

Sin más preámbulos, comencemos a recuperar los pasos andados por los habitantes de *Mil Colores*.

Y aman tlenquitua moyolotzin (¿Y ahora qué dice tu corazoncito?)



Foto 8. Habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”.

ITINERARIO

Todos sabíamos que la señora Mary había llegado al albergue cuando, por sus pasillos, escuchábamos *Canción mixteca* como música de fondo:

*Qué lejos estoy del suelo
donde he nacido.
Inmensa nostalgia
invade mi pensamiento.*

*Al verme tan sólo y triste,
cual hoja el viento.
Quisiera llorar.
Quisiera morir
de sentimiento.*

Pequeñas grabadoras en los cuartos son el recurso más usado por estos sujetos, para hacer más llevadera su permanencia en el corazón del país.



casa, es decir: la nostalgia por la familia y el lugar de origen.

Con respecto a la canción, escucharla dentro del albergue siempre me resultó significativa pues refleja el sentimiento experimentado por la mayoría de aquellos que viven cotidianamente la lucha por aminorar sus dolencias físicas a kilómetros de distancia de

Foto 9. Pasillo del área verde de *Mil Colores*.

Alejarse del lugar de origen, no es fácil para nadie. La sensación de ser foráneo —como se autodenominan algunos de los habitantes de *Mil Colores*— en condiciones de pobreza y enfermedad, es algo que te acompaña siempre. Los lugares y rostros conocidos se van desdibujando mientras dura la extranjería: “[...] nunca te acostumbras del todo. Extrañas a tu gente, tu pueblo, tus calles. Pero luego piensas, es por sanarme, por estar mejor. El sacrificio de viajar a un lugar que no conoces da miedo, pero vale la pena” (Rosario, hablante del náhuatl).

El itinerario seguido por muchos de los indígenas que arriban a la ciudad de México con la dirección del albergue en mano, tienen el mismo punto de partida: “En mi comunidad no hay nada pues, ni hospital ni doctor. ¿Quién me iba a curar? Una enfermera del centro de salud, que siempre me veía, me dijo una vez, ‘ya no vengas aquí, vete para el DF’. Fue ahí cuando agarré valor. Dije yo no me voy a morir aquí” (Estela, hablante del náhuatl).

A los pasos seguidos, estrategias y formas de atención utilizados por este sector de la sociedad, con el objetivo de encontrar el alivio y/o cura para el dolor físico; Menéndez nombra como *carrera del enfermo*. Concepto teórico que funge como propuesta metodológica para develar tanto los procesos sociales, económicos, culturales, subjetivos e históricos que intervienen en la experiencia de la enfermedad como para identificar las distintas formas de atención de las que echan mano los conjuntos sociales para atender un determinado problema de salud.

En el caso que aquí nos ocupa, la carrera de la enfermedad vivenciada por la población indígena beneficiara del proyecto de salud desarrollado por la CDI, se compone de las siguientes partes:

ESQUEMA 19. EJES ANÁLITICOS-DESCRIPTIVOS

ITINERARIO

1. De la comunidad al albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”

- Descripción de los servicios de salud en las regiones indígenas.
- Descripción de los diversos modos de atención utilizados por esta población durante su proceso s/e/a (carrera de la enfermedad).

2. Estrategias desarrolladas y redes de apoyo construidas por el habitante de Mil Colores para acceder al tercer nivel de atención.

- Identificación de las estrategias utilizadas por el sujeto indígena para poder acceder al tercer nivel de atención.

3. Entre la comunidad indígena y la ciudad de México.

- Caracterización de las implicaciones que tiene transitar por un proceso de atención médica en una situación de continuo desplazamiento (de la comunidad a la cd. de México y viceversa).

Por último, es necesario apuntar que entre las principales categorías analíticas que sirvieron como punta de lanza para las reflexiones aquí vertidas, se encuentran las siguientes: atención de tercer nivel en regiones las indígenas, racismo, comunidad, la relación paciente – trabajador de la salud, identidad indígena, mestizo y carrera de la enfermedad.

Habiendo especificado los ejes y categorías analíticas –descriptivas guías, pasemos al análisis del caso.

TRES HISTORIAS

1. De la comunidad al albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”

Quienes habitan en la *zona del no-ser*, no pueden confiar en que el Estado, los gobiernos e instituciones, velen por el cumplimiento de sus derechos sociales. Lamentablemente, ellos deben intentar solucionar en soledad, las problemáticas sociales que los aquejan.

Por ejemplo, cuando en las regiones indígenas alguien enferma, se enfrentan ante la certeza de que no tiene a quien recurrir. Sus posibilidades para acceder a un servicio de salud, depende de los “apoyos” provenientes del ámbito institucional, disponibles en su localidad. Mismos que en su mayoría, exigen al sujeto como requisito, demostrar cuán pobre son para poder hacer uso de los programas sociales encargados de atender las demandas de los conjuntos sociales que habitan en las zonas marginadas.

Este hecho visibiliza que en México contamos con un aparato estatal – institucional, productor y reproductor de una subjetividad racista, la cual se cristaliza en políticas públicas y programas sociales focalizadas, basadas en una práctica estatal de no reconocimiento de derechos sociales y de otorgar servicios en calidad de “caridad”; motivo por el cual se tiene que demostrar cuán pobre se es para poder acceder a ellos.

Dentro de este contexto social, la población indígena (*les damnés de la terre*) es obligada a luchar por su legítimo derecho a la salud o a morir. Por tal motivo, en las próximas páginas, intentaré describir y analizar los estragos generados que dicha

subjetividad racista tiene sobre la experiencia concreta de la población indígena que hace uso del proyecto *Atención de Tercer Nivel (CDI)*.

*

Don Erasmo

El señor Erasmo es el padre de una nena llamada Rosita —pequeñita tímida, de voz dulce y mirada traviesa—. Cada cierto tiempo, acorde a las fechas en que estén agendadas las citas médicas de su hija, prepara las maletas, toma la mano de su hija y emprende el viaje a la Ciudad de México. Su punto de llegada: *La Casa de los Mil Colores*.

Originario de Chiapas, es hablante del tzeltal. Uno de sus mayores anhelos (el primero y más importante es la salud de su hija) atañe a que Rosita, de cuatro años de edad, aprenda la lengua indígena de sus padres y abuelos. No obstante, señala con desilusión que ella se muestra un poco “renuente” a hacerlo. Así explica la razón de ello: “[Rosita] viene al D.F. desde que era bebé, entonces, no creció escuchando a su mamá hablando náhuatl, sino acá, entre enfermeras y doctores; gente que habla puro español. Yo creo que por eso ella no quiere aprender su lengua, le enseñé, pero no más no quiere aprender”.

Le pregunto por el diagnóstico médico de Rosita, Don Erasmo responde situando sus palabras dentro del campo de la experiencia; de la vida cotidiana. Más aun, ante mi interrogante, él extrae de su mochila una cámara fotográfica; “— Siempre la llevo conmigo [...]”, me dijo con orgullo. Acto seguido, con entusiasmo me muestra una serie de fotos capturadas por su propia mano. Así, él va retratando-documentando el andar de su pequeñita por un proceso de atención médica de tercer nivel. Sus fotografías muestran diferentes escenarios en donde la protagonista es su hija. Por ejemplo: Rosita en *Mil Colores*; en la sala de espera, en el consultorio “x”, en el zócalo capitalino. Rosita de regreso en su comunidad, con sus hermanos... en casa. Rosita con su padre.

“— ¿Cómo le surgió la idea de comprar una cámara fotográfica?”, le pregunté en alguna ocasión. Su respuesta fue corta y sencilla: “— [...] para compartir con mi familia y con los de *Mil Colores*”. “— ¿Compartir qué, Don Erasmo?”, volví a preguntar. Don Erasmo que siempre mostró gran disposición para compartir conmigo sus experiencias,

me respondió: “Mis hijos nunca han venido al D.F. No conocen el metro ni el centro [de la Ciudad de México]. También tengo fotos de mi casa, mi tierra, la familia [me da la cámara mostrándome una foto de su casa], las fiestas del pueblo... para enseñárselas a Nora y mis amistades de *Mil Colores*”.

El discurso de Don Erasmo y la sonrisa de Rosita, me hicieron sentir calma. Esto, considerando que después de concluidas las entrevistas e iniciado el taller *Y aman tlenquitua moloyotzin*, sentía una gran tristeza ante las historias escuchadas. Dentro de estos contextos, es difícil no cuestionarse ¿qué más hacer?, ¿cómo ayudar? Sin duda, no es lo mismo leer las palabras de estos sujetos (pequeños fragmentos de sus historias que aquí les comparto), que escucharlas de viva de voz. En el interior de uno algo se quiebra, se rompe.

Con lo antes mencionado, usted lector puede imaginarse que para el sujeto indígena la llegada a *Mil Colores* nunca es fácil. O, mejor dicho, la lucha cotidiana por acceder al tercer nivel de atención emprendida por el indígena mexicano nunca es fácil, no obstante, es una experiencia que no se puede evadir.

Servicios de salud en las regiones indígenas

Las experiencias del sujeto indígena que reside en *Mil Colores*, evocan a un histórico racismo del cual el Estado mexicano prefiere no hablar, ni las políticas sociales considerar. Prácticas y significaciones sociales racistas desarrolladas dentro de un contexto de marginación y exclusión social, materializadas en cuestiones vitales como la imposibilidad vivida por ciertos sectores sociales para ejercer plenamente su derecho a la salud.

Si naces en una comunidad indígena y te enfermas, ya te jodiste. Allá no es como aquí que uno tiene cerquita al doctor. Donde yo vivo [Ocosingo, Chiapas], pa' que encuentras un médico bueno en el centro de salud, está en chino. En el centro de salud hay puro estudiante. Platicando con los de aquí, te das cuenta que a veces el gobierno municipal construye centros de salud nada más para alzarse el cuello, de que están haciendo algo, pero no los ponen a funcionar, no meten dinero para que haya doctores buenos y medicamentos.

Carlos, hablante del tzeltal.

Lo anterior se constata en los informes oficiales elaborados por el aparato estatal – institucional. Por ejemplo, documentos escritos por “especialistas” mestizos, en donde se emiten diagnósticos alarmantes con respecto a las condiciones de salud de la población indígena mexicana; esto sin mencionar y reconocer en ninguna parte del informe, la determinación histórico – social de los problemas de salud padecidos por este sector de la sociedad.

Dentro de este desalentador panorama, aquí se postula que los problemas de acceso a atención médica padecida en las regiones indígena son el resultado de una subjetividad racista desde la cual operan las políticas públicas y programas sociales en salud. Prácticas, imaginarios y significaciones sociales cristalizadas en problemas como la dificultad para acceder a atención médica de calidad.

Particularmente, en las regiones de salud, el acceso a atención médica es a través de las unidades de atención primaria (UAP). Cabe mencionar que cuando la población indígena acude a estas instancias es porque de verdad quiere este tipo de atención. De lo contrario, acudiría con el curandero, el huesero o el shaman. Siendo así, los servicios de salud son descritos por los residentes del albergue, de la siguiente manera:

CUADRO 20. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “SERVICIOS DE SALUD EN REGIONES INDÍGENAS”

	Coordinadora: ¿Cómo son los servicios de salud en sus comunidades?
UAP EN REGIONES INDÍGENAS	<p><i>“[...] Aquí hay gente que no pueden ir a un centro de salud porque no lo hay en su localidad. Es feo porque te entra una desesperación cuando te enfermas. ¿A dónde vas? Luego tienes que caminar kilómetros para llegar a la otra comunidad y que te atienda el doctor”.</i></p> <p><i>“Les falta todo: doctores, medicamentos. Es una tristeza porque no todos se atreven a salir de sus comunidades para buscar doctor. Muchos se mueren en sus casas. Sobre todo, los niñitos, cuando se enferman y las familias no consiguen médico”</i></p> <p><i>“Cuando toca la suerte de que sí haya un centro de salud en donde vives, el horario es bien cortito, Abren como a las 7 de la mañana y se van como a la una de la tarde. Después, pues</i></p>

	<p><i>no hay quien atienda en caso de urgencia”.</i></p>
<p>TRABAJADORES DE LA SALUD</p>	<p><i>“[...] son médicos generales, la mayoría. Muchos nada más te quieren curar con puro paracetamol, pero no van más allá. Te dicen ‘es que no come bien, tome vitaminas y repose’ [...] También hay mucho estudiante, parecen niños jugando al doctor. Sin la experiencia pues, no te da confianza.”</i></p> <p><i>“[...] me acuerdo que mi abuelita le dijo a mi papá: vete para México. Lleva allá tu hija. Si te quedas, se va a morir. Allá en México que la revisen. Allá están los doctores buenos, hay medicina, vete”.</i></p> <p><i>“Donde vivo los viejitos hablan puro náhuatl, no hablan el español. Entonces cuando van con el doctor pues no se entienden porque el doctor no habla náhuatl. A pura seña. Entonces yo digo que está mal, si trabajan ahí que aprendan nuestra lengua, nuestras costumbres [...]”</i></p>
<p>ATENCIÓN MÉDICA DEL SECTOR PRIVADO</p>	<p><i>“[...] cuando el médico del centro de salud me dijo yo no te puedo tratar, busca por otro lado. Dije ¿y ahora qué hago? ¿Pa’ dónde jalo? Entonces, mi vecina me dijo que había un doctor privado, que fuera, que según era bueno, pero puras mentiras.</i></p> <p><i>[...] Hay unos que te estafan, no realmente, lo que tú tengas te dicen. Te dicen: ‘ahí tienes un dolor de estómago’. Cuando lo que tienes es algo más grave y pues, yo ya me había puesto mal. Por eso nos venimos para acá [cd. de México], después de que un médico particular que me estaba estafando.</i></p> <p><i>Me trató cinco años allá, en Ixmiquilpan — ¿Médico particular? — Sí, porque en el centro de salud, pues... me dijeron que no me podían atender. Lo peor de las cosas es que para empezar no sabían qué tenía y me daba medicamentos muy fuertes, para adultos y yo era niña. Y pues eso hizo que mis huesitos se pegaran, por ejemplo, ahorita que traigo yeso, es porque no lo puedo estirar, lo tengo así doblado (señala una de sus piernas, la que está enyesada). Yo ya estaba en silla total”</i></p>

Catalogadas de diferentes maneras (centros de salud, clínicas, unidades de medicina familiar), las Unidades de Atención Primaria (UAP) son el primer contacto que la población tiene con el sistema de salud pública, cuando presenta alguna enfermedad. No obstante,

como se constata en los testimonios recabados, este nivel de atención presenta múltiples y alarmantes fallas en su operación.

En términos generales, a diferencia del segundo y tercer nivel de atención, las UAP tienen una mayor presencia a nivel nacional. Como botón de muestra basta mencionar que de las 27, 344 unidades de salud existentes en el país, entre los años 2012 y 2013, 8 de cada 10 (78.3%) correspondían a unidades de atención primaria del sector público. Por otra parte, dado las diversas limitaciones que estas presentan en su funcionamiento, sobresaliendo el caso de las regiones indígenas rurales, las unidades de salud privadas tienen un papel importante en la atención a la salud.

Clasificadas acorde a su ubicación y tipo de servicio brindado —destacando la distinción entre *centros de salud ubicados en zonas rurales-marginales vs urbanas*⁴³—, las UAP no sólo proporcionan atención primaria; también cumplen con una función importante: son el enlace con los demás niveles de atención que integran al sistema nacional de salud. No obstante, la realidad dista en mucho de esto. La inoperancia de las UAP-rurales, referida por los sujetos que participaron en esta investigación, entorpecen dicha labor.

Particularmente, en referencia a la calidad de la atención brindada en una UAP rural esta fue caracterizada por el grupo con el cual se trabajó, del siguiente modo:

CUADRO 21. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA RURALES”

Coordinadora: ¿Cómo describirían la atención médica en los centros de salud de sus comunidades?

“Es mala, no siempre te surten las recetas. Las enfermeras luego no te quieren atender por lo mismo, de que no tienen gasas si quiera.”

⁴³ En el caso de los Servicios Estatales de Salud (SESA), dicha clasificación se traduce en: “De las 14,152 UAP de los SESA, 60% son centros de salud ubicados en zonas rurales y 12.7% centros de salud urbanos. Estos dos tipos de unidades representan en forma conjunta 72.7% de las UAP. Otro porcentaje importante está representado por los servicios “itinerantes”, dentro de las que se encuentran las Caravanas de la Salud y las brigadas móviles. Este tipo de unidades tienen la encomienda de acercar los servicios de salud a personas que habitan en comunidades cuya ubicación geográfica es de difícil acceso [...]” (Secretaría de Salud, Observatorio de los servicios de Atención Primaria, 2012, pág. 7).

“Las enfermeras son medio payasas, en veces no me quieren hacer la curación que disque porque huelo feo. Me dicen ‘báñate y luego vienes”.

“No respetan nuestras costumbres, te dicen si vienes aquí no vayas con tu curandero. Dicen, esas yerbas no sirven, no las tomes”

“Como que no les importas. Antes de que me cortaran mi pie, yo fui con el doctor. No me dijo nada. No me dijo que lo que yo tenía grave”

“Eso es parte de la ética del doctor, que te trate bien y no como si te estuviera haciendo un favor. No, ¿por qué? Si es mi derecho”

“No me gusta que, a veces, sean puros estudiantes los que te revisan [...] no tienen mucha experiencia, son jovencitos”

Taller Y aman tlenquitua moyolotzin, 2ª. Y 3ª. Sesión

De acuerdo al Observatorio de los servicios de Atención Primaria (OSAP, 2013), la disponibilidad de médicos, enfermeras, medicamentos, camillas y equipo muestra grandes diferencias acorde al tipo de UAP. Como botón de muestra, basta mencionar que mientras en los centros de salud rurales sólo hay dos médicos por unidad, esta cifra se duplica en las zonas urbanas.

Aunado a lo anterior, las experiencias concretas de los habitantes de *Mil Colores*, muestran las muchas fallas y carencias de las unidades de atención primarias ubicadas en las regiones indígenas.

En principio, sin obviar que existen regiones indígenas en donde las UAP son inexistentes, en aquellas en dónde sí las hay, estas suelen funcionar con un horario de atención limitado. Cerrando, generalmente, por la tarde y descansando los fines de semana. Hecho que genera un sentimiento de inseguridad entre los habitantes de aquellas regiones, pues ante una emergencia de salud fuera de estas horas, no tienen a dónde acudir.

Por otra parte, el papel de los estudiantes de medicina enviados a realizar el servicio social en las UAP-rurales, generalmente en respuesta a sus bajas calificaciones, también son un determinante crucial para su mala operación. Muchos de los entrevistados

expresaron su desconfianza ante la atención médica brindada por estudiantes; pues su juventud es significada como signo de inexperiencia y falta de capacidad para responder a su demanda de atención médica.

Igualmente, los trabajadores de la salud suelen realizar su labor sin tener la necesaria capacitación para ejercer su profesión en contextos de interculturalidad. Muchos suelen desconocer las costumbres, tradiciones y lengua indígena hablada por la población que a diario atienden. Hecho que imposibilita el establecimiento de una buena comunicación con el paciente. Aunado a ello, la falta de insumos necesarios para su operación (medicamentos, ambulancias, camillas, equipo médico, etc.) y de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) van en detrimento de la salud de estos pobladores. Todas estas problemáticas terminan por traducirse en el registro de los peores indicadores de salud en las regiones indígenas:

[...] las parteras siempre han existido, son mujeres sabías que ayudan a las mujeres a tener a sus niños y no cobran caro, tú les llevas una gallina, un borreguito y listo, te atienden. Ellas saben qué hacer cuando el niño viene atravesado en la panza de la mamá. Te soban y te van acomodando a tu bebé [...] En el centro de salud comenzaron a decirnos que no fuéramos con ellas porque podíamos morirnos. Entonces, muchas mujeres, sobre todo las mamás primerizas, comenzaron a hacerle el feo. Lo malo es que muchas no podían pagar un buen doctor y no iban con la partera por todo lo que habían escuchado en el centro de salud, pues se morían en sus casas intentando aliviarse de su cría.

Doña Rosita, hablante del totonaca.

Pese a la campaña de desprestigio por parte de los profesionales de la salud formados bajo las prácticas y conocimientos del Modelo Médico Hegemónico (MMH), la población indígena hace uso de otras formas de atención alternativas y subordinadas a la hegemonía del campo biomédico.

Modelos y formas de atención alternativos al MMH

Cada sociedad utiliza múltiples maneras de prevenir, controlar, aliviar y/o curar a la enfermedad. En el caso que aquí nos ocupa, aun cuando se sabe que utilizan la medicina tradicional, fue un poco difícil que los sujetos reconocieran abiertamente su uso. La razón de esto lo fui entendiendo durante el trabajo de campo, pues como ya se mencionó, los

profesionales de la salud recomiendan con mucha frecuencia que antes de hacer uso de cualquier “menjurje” avisen al doctor que los atiende. El argumento usado es que este tipo de tratamiento pudiera causar alguna reacción negativa al combinarse con el médicamente recetado.

Si bien es cierto, el argumento utilizado tiene lógica, las maneras en que la coordinación del albergue lo expresaba tenía implícita una connotación de racismo: “nunca he ido con un curandero, no sé si son buenos o no. Pero sí, a los usuarios se les recomienda que pregunten si pueden tomar o no lo que estas personas recetan. No podemos arriesgarnos a que su menjurje perjudique el tratamiento médico y su salud” (Trabajador de la salud de *Mil Colores*).

Entre las formas de atención utilizadas por los habitantes del albergue, se encuentran las siguientes:

CUADRO 22. CATEGORÍA DE ANÁLISIS “MODELOS DE ATENCIÓN ALTERNATIVOS UTILIZADOR POR LOS HABITANTES DE MIL COLORES”	
	Coordinadora: ¿Qué otras formas de atención han utilizado para curar sus malestares físicos? Por ejemplo, ¿han recurrido a algún shaman o yerbero?
AUTOATENCIÓN	<p><i>“Yo empecé con un dolor en la cabeza. Nunca me imaginé que sería un tumor [vos entrecortada]. Por eso, yo comencé a tomarme un paracetamol para el dolor y té de jengibre, muy bueno para la migraña. Cuando vi que no se me quitaban los dolores y eran cada vez más fuertes, dije a canijo, pues qué tengo”</i></p> <p><i>“¿Pues todos no? O sea, yo creo que los que estamos aquí, todos hemos utilizado que el té de la abuelita para curarnos algo. Lo natural. Los tés, los alimentos. Es lo primerito que haces. Por ejemplo, escucho al señor de las migrañas, mi mamá siempre decía que eso era porque el cuerpo te pide agua, entonces yo, cada vez que me duele mi cabeza, me tomo un vasito de agua. Espero, si no se me quita entonces ya me tomo la aspirina”.</i></p>
ATENCIÓN DE TIPO “POPULAR” Y “TRADICIONAL”	<p>Yerbero</p> <p><i>“Me bañaba con hierbas y tomaba mucho té; de Anacahuíta, Árbol de San Pedro o Tronadora, ese es bueno para el dolor general, como cuando tienes cuerpo cortado [...] Las plantas que curan, yo sé de todo eso porque mi abuelita lo practicaba y me dejó esa herencia. Entonces, cuando yo me sentía muy mal, que tenía mucho dolor, me tomaba mi paracetamol y mi té de Tronadora”.</i></p>

	<p>Huesero</p> <p><i>Yo tengo artritis reumatoide, desde muy jovencito. Los dolores no te los imaginas. Es algo que no le deseo ni a mi peor enemigo. No lo soportaba, yo lloraba mucho. En el centro de salud no me daban ningún medicamento. Sólo me decían que no podían atenderme que me viniera para México. Pero no me decidía, pensaba ¿cómo me voy a ir? Allá no conozco a nadie, no tengo dinero. Por eso yo iba con el huesero, para que más o menos me quitara el dolor [...] Todavía sigo yendo”.</i></p> <p>Culebreros</p> <p><i>Llega un punto en que estas muy desesperado, no ves la salida pues. Yo tengo cáncer, entonces un familiar me decía que conocía a un culebrero, que son los que curan con culebras. Entonces, pues ya fui, en mi desesperación pues, y me dio un preparado de víbora de cascabel. Que consiste en dorar la piel de la culebra y así me la comía por las mañanas.</i></p>
<p>FORMAS DE ATENCIÓN ALTERNATIVAS O “NEW AGE”</p>	<p>Sanación con rosas</p> <p><i>Cada jueves vienen a hacernos sanación con rosas. Eso yo no lo conocía hasta que vine aquí. Me decía Nora, baja, vente; porque como que no quería [...] Lo que te haces es que al principio te hacen meditar sobre tu vida, para que tengas paz. Después, te van acostando en colchonetas y te preguntan qué es lo que te duele y sobre las partes del cuerpo, pos ora sí que enfermo, te ponen una rosa y así estás acostado un tiempecito, reflexionando mientras las rosas adsorben todo lo malo.</i></p>



En relación a la sanación con rosas, este tipo de atención terapéutica es realizada por la Asociación Mexicana de Sanación con Rosas (AMSARO), institución que, como parte de su trabajo comunitario, brinda atención gratuita a *Mil Colores* desde el año de 2010.

Dicha terapia ha generado aceptación entre la

población del albergue. Así, cada las 11:00 am., en punto, los habitantes se reúnen en la sala de televisión para recibir la terapia.

Foto 10. Sanación con rosas en *Mil Colores*

jueves a

También, existen otros aspectos que influyen en las diferentes formas de atención utilizadas por este grupo para aliviar sus dolencias, por el ejemplo, las creencias religiosas han sido determinantes para que los pacientes lleven a cabo o no, el tratamiento estipulado por el médico. Uno de los casos más sobresalientes fue el de una joven hablante del náhuatl que padecía leucemia y cuya familia era testigo de Jehová. Recuerdo que una semana antes de que el taller terminara, esta joven se me acercó y me regaló una revista “La Atalaya”. La acepté y le pregunté cómo estaba. Ella comenzó a explicarme que ya no bastaba con la quimioterapia, sino que necesitaba un trasplante de médula ósea. Paradójicamente, me contaba que para ella era más fácil conseguir un donante de médula que el permiso de sus padres para realizar una transfusión sanguínea en caso de ser necesario. Pese a ello, jamás escuché que renegara de sus progenitores. Poco tiempo después, Nora me contaba que no le permitieron la realización de dicho procedimiento, motivo por el cual había muerto.

Las distintas formas de atención utilizadas por el grupo con el cual se trabajó, se desarrollan en un contexto de marginación, desigualdad social y desesperación por encontrar la cura. Las prácticas indígenas en salud, las creencias religiosas y las terapias *new age* son estrategias y aspectos que se articulan en su búsqueda por encontrar el alivio y/o cura de la enfermedad; todo esto dentro de un contexto de pobreza y desigualdad social.

No obstante, en numerosas ocasiones las estrategias y modos de atención no son suficientes para preservar la vida. Es ahí, en donde la batalla en contra de la enfermedad pareciera estar perdida.

2. Estrategias desarrolladas y redes de apoyo construidas por el habitante de *Mil Colores* para acceder al tercer nivel de atención.

La escucha de estas historias me condujo a una reflexión personal con respecto a los servicios de salud pública. Hija de un militar, desde mi nacimiento hasta la mayoría de edad siempre tuve acceso a atención médica a través del ISSFAM. Posteriormente, al cumplir 18 años ingresé al Seguro Popular. Desde entonces, cada vez que me enfermo suelo acudir a un *centro de salud* situado en el pueblo de San Bartolomé Xicomulco, en la delegación Milpa Alta.

En alguna ocasión, luego de acudir a consulta y ser revisada por un médico general, me descubrieron unos pequeños “bultitos” en la rodilla izquierda. A las pocas semanas me canalizaron al “Hospital Dr. Manuel Gea González”, centro hospitalario que brinda atención de segundo nivel, en donde una de mis hermanas labora como enfermera desde hace algunos años; es decir, pasados unos días de aquella consulta en una UAP situada en la ciudad de México, ya me habían realizado estudios y era atendida por un ortopedista; esto, sin haber recorrido largas distancias, sin dejar mi lugar de origen, sin pagar grandes sumas de dinero y sin esperar mucho tiempo para ser atendida.

Por supuesto que me enfrenté a las cuestiones engorrosas que todos conocemos: desde llenar largos formularios, entrevistarse con un trabajador social, hasta levantarse de madrugada para sacar “ficha”; todos estos pasos aminorados un tanto por la compañía de mi hermana, enfermera de aquel centro hospitalario.

No obstante, qué hubiera pasado si en lugar haber nacido en la capital del país, mestiza, hija de un militar y teniendo a un trabajador de la salud como familiar; me hubiera tocado crecer en alguna región indígena mexicana. Sin temor a equivocarme, seguiría con mi dolor de rodilla y sin ninguna certeza sobre mi diagnóstico médico.

Con lo anterior no quiero decir que la población mestiza no sufre los efectos de la deplorable situación en que se encuentra nuestro sistema nacional de salud. No obstante, es claro que no lo padecemos del mismo modo. En otras palabras, no se padece de la misma manera las injusticias sociales, en las regiones urbanas mestizas (*zonas del ser*) que en las zonas rurales indígenas (*zonas del no-ser*). En la primera existe el privilegio racial del *mestizo mexicano* y, en la segunda, el *indígena* vive la opresión racial que lo sitúa en el papel de la subalternidad.

Teniendo esta premisa en mente, es momento de exponer los recursos y estrategias utilizadas por el grupo que participó en esta investigación, esto para lograr acceder al tercer nivel de atención.

*

Francisco

Desde que Francisco era niño, acude periódicamente a *Mil Colores*. Hablante del náhuatl (lo aprendió de su abuelo), estudia para ser maestro a nivel primaria. Los mayores

obstáculos en su formación académica, según cuenta, son: la falta de libros (en su comunidad no cuentan con una “buena biblioteca”) y el problema que presenta en su pierna derecha.

Originario de Veracruz, proviene de una familia de campesinos. Sus padres le inculcaron el amor por la tierra y sus frutos. No obstante, expresa que el trabajo de un campesino: “[...] es muy mal pagado, no alcanza para nada; por eso muchos prefieren irse al D.F. o de *mojados*. Enfermarse es un privilegio, porque aquí no hay doctores, entonces tienes que desplazarte a otros poblados. Y más si necesitas atención especializada, como yo. Allá hay puro centro de salud y pues los doctores son generales”.

Entonces, me atrevo a preguntarle: “— ¿Cómo accediste al tercer nivel?”. Él, con la calma propia de quien sabe que la tormenta ya pasó, me responde:

Nos enteramos de Mil Colores por su patrón. Un día, mi papá le comentó nuestra situación [una familia con un hijo enfermo y sin recursos para cubrir los gastos médicos]. De pura casualidad este señor conocía a la CDI de la región, su amiga era la licenciada... no me acuerdo bien su nombre [...] pero todo fue por casualidad, nosotros preguntábamos a las enfermeras del centro de salud que qué podíamos hacer, a dónde podíamos pedir ayuda porque nosotros éramos pobres y no podíamos pagar un médico privado. Es que el doctor ya nos había dicho que necesita atención más especializada, que él no me la podía dar porque no tenía el equipo para hacerme estudios. Que yo necesitaba un ortopedista. Pero no nos daban solución. Nada más decían que buscáramos por otro lado.

También intenté indagar su diagnóstico médico⁴⁴. Pero a Francisco no le interesa *etiquetar* sus dolencias nombrando a una enfermedad en particular, tal como exige el campo biomédico. Prefiere expresarse desde otro lugar: desde el lugar de la experiencia otorgada por los años vividos.

Y de aquellas experiencias, él rescató numerosos pasajes: su travesía por los consultorios médicos; el día que llegó al albergue; la preocupación de sus padres cada vez que se sometía a una intervención quirúrgica; la falta de dinero para medicinas y

nombrar un mero diagnóstico médico. Muy al contrario, comprendía que ésta se presentaría a manera de una narrativa de la enfermedad, atravesada por angustias, dolores, miedos, añoranzas... en fin, de múltiples maneras de significar y vivir cotidianamente lo que es enfermarse siendo indígena y necesitar atención de tercer nivel. Experiencias no siempre fáciles de compartir ni escuchar.

pasajes, el trato de las enfermeras que trabajan en el *Centro de salud* de la comunidad: “[...] Cuando vengo a mis citas [a la Cd. de México], pido permiso en la escuela. Sólo que cuando regreso, me cuesta mucho agarrar el ritmo otra vez. La verdad que mis compañeros me hacen el paro”.

Pero, sobre todo, en su relato abunda el orgullo que siente al ser hablante del náhuatl. Orgullo inculcado por su abuelo “[...] yo veo que muchos aquí se avergüenzan porque hablan una lengua. Sienten pena. Cuando yo era chico, mi abuelo me hablaba en náhuatl, yo lo escuchaba tan bonito. Me decía: *piltsintli*, que es como decirle a un niño que lo quieren mucho, mucho. Mi abuelo ya falleció, ya se fue. Por eso, yo sigo hablando su lengua, para recordarlo pues. El día que yo sienta pena, ese día de verdad lo mato [se refiere a *matar* o *borrar* la memoria de su abuelo]”.

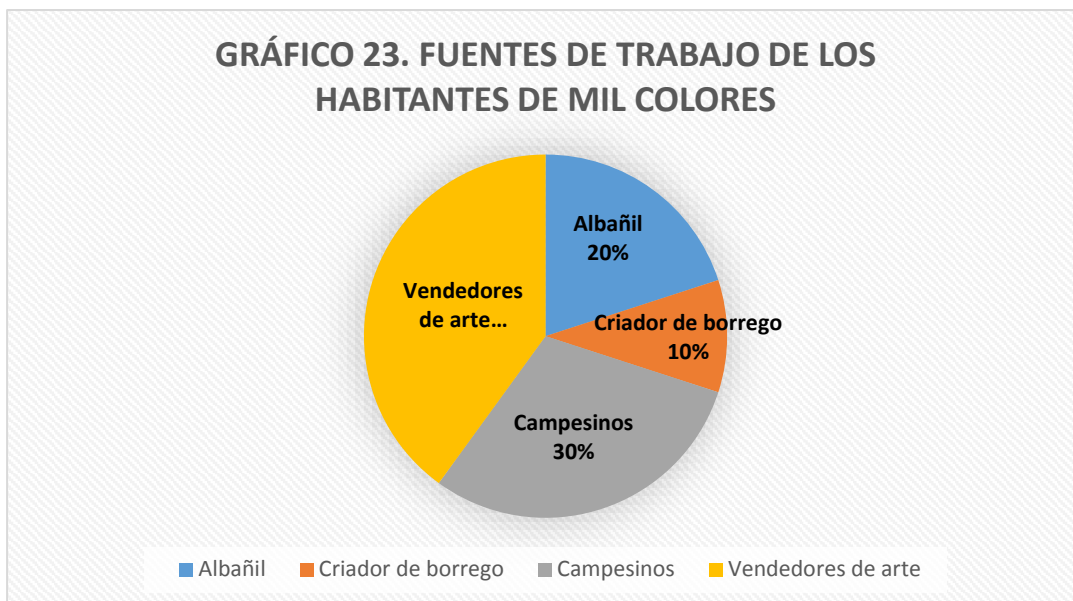
No son aisladas las historias como las del indígena náhuatl Francisco. Se repiten a lo largo y ancho de México: un país latinoamericano con una historia local colonial que ha sido punta de lanza para que el Estado, instituciones y sociedad signifiquen a la población indígena como un “problema a resolver” (Gamio, 1956). Un mal llamado “problema” afrontado históricamente -y de manera errónea- como *cultural* pero nunca como una cuestión de racismo⁴⁵. Dicho de otro modo: un “problema” ideado e imaginado únicamente en la mente de la población no-indígena occidentalizada (¡los blancos mexicanos!).

Estrategias utilizadas por el indígena mexicano para acceder al proyecto “Atención de Tercer Nivel” (CDI)

Campeños, recolectores, albañiles, vendedores de arte elaborado por sus propias manos (tejidos, hamacas, canastas de mimbre, bisutería hecha a base chaquiras) y criadores de borregos. Éstas son las principales fuentes de trabajo de la población indígena de *Mil Colores*. Tal como se muestra en el siguiente gráfico:

⁴⁵ Al respecto, González Casanova escribe: “El problema indígena de México se contempla —en los círculos gubernamentales e intelectuales— como problema cultural y no racial, y ligado a la ideología de la revolución se atribuyen al indígena innumerables valores positivos, orgullo de una política “indigenista” y “nacionalista” [...] El “problema indígena” sin embargo subsiste [...]” (González, 2015: 149 y 152).

GRÁFICO 23. FUENTES DE TRABAJO DE LOS HABITANTES DE MIL COLORES



En muchos casos, los ingresos económicos de los residentes del albergue no sobrepasan el salario mínimo. Por ello, es muy común observar que todos los miembros de la familia, reúnan sus esfuerzos para juntar los recursos económicos necesarios para que el enfermo pueda recibir atención médica de tercer nivel:

Cuando mi marido se enfermó, empezó con un dolor de cabeza, que le dolía y le dolía. Fuimos al centro de salud, pero no le encontraban nada. No más le mandaban paracetamol. Pero eso no le calmaba el dolor. Mi comadre fue la que me dijo “vete pal’ DF, allá hay buenos doctores”. Y pues hay venimos, buscando.

Sí la pensamos mucho porque el dinero que teníamos ahorrado era para comprarnos un terrenito. Yo conocí a mi esposo en el campo, los dos somos recolectores y pues ahí nos vimos y nos gustamos.

[...] Ya se nos acabó el dinero, porque primero fuimos directo al doctor privado. Ese fue quien nos dijo que tenía un tumor en la cabeza y nos mandó para cancerología. Fue muy bueno el doctor porque nos dijo cómo hacerle y las últimas consultas no nos las cobró.

Ahora me dedico a tejer servilletas para las tortillas, las vendo en la calle. La familia pues también nos está apoyando con el dinero que pueden, pero no es mucho.

Mujer, hablante del náhuatl, paciente, 4 años acudiendo a *Mil Colores*.

La carrera del enfermo para el habitante de *Mil Colores*, se complica cuando se percatan de que en sus comunidades no obtendrán la atención médica que necesitan. Hecho que genera un sentimiento de miedo y desesperanza. La falta de información sobre a qué instancias acudir, la falta de solvencia económica y la propia preocupación por la enfermedad son detonadores que pueden tener como reacción dos cosas: paralizarse por el miedo o luchar por tu derecho a la salud.

Los diagnósticos médicos presentados por el grupo que participó en la investigación se muestran a continuación:

- Artritis Reumatoide
- Malformaciones congénitas
- Cáncer
- Leucemia
- Insuficiencia Renal
- Amputación de alguna extremidad

Tener comprometida la salud (debatirse entre la vida y muerte) es una experiencia traumática; situación que se agrava en las regiones indígenas del país en donde la labor de las unidades de atención primaria en su labor de conectar al paciente con los demás niveles de atención es ineficaz.

Puntualmente el tercer nivel de atención, adquiere las siguientes significaciones sociales para la población indígena:

CUADRO 24. SIGNIFICACIONES SOCIALES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TERCER NIVEL CONSTRUIDAS POR LA POBLACIÓN INDÍGENA DE MIL COLORES

*“Es algo **inalcanzable** para muchos. Yo he visto que muchos de los que vienen por primera vez [al albergue], ya no regresan por la falta de dinero. Mejor se van a morir en sus comunidades”.*

*“Pues es un **privilegio** poder recibirla. Nosotros los que estamos aquí somos privilegiados y hay que darle gracias a Dios. Pero también es una injusticia que no todos puedan tener acceso a los especialistas, ahí se ve lo podrida que está nuestra sociedad”.*

*“Es un **derecho** o ¿no? Está bien que sea ignorante, que no sepa leer, pero poder atenderse, tener tus medicinas es un derecho. Lo que pasa es que los gobiernos son unos corruptos — perdón señorita por las palabras, pero es que a uno le agarra el coraje”.*

“Representa una **injusticia** para nosotros. Yo estoy muy agradecida con la licenciada Genoveva [coordinadora del albergue] por todo lo que me ha ayudado. De veras, mi hija ya estaría muerta sino fuera por los apoyos que me dan; pero todo fuera más fácil si hubiera un hospitalito cerca de la casa. O ya de perdida en un estado más cerquita”.

Taller Y aman tlenquitua moyolotzin, 4ª y 5ª. sesión

La atención de tercer nivel en las regiones indígenas se caracteriza por ser inexistente. Siendo zonas habitadas por una pobreza extrema; las políticas públicas y programas sociales como el proyecto *Atención de Tercer Nivel* sólo se ocupan de dar soluciones superficiales.

La inoperancia de las UAP para la canalización del paciente, la falta de infraestructura médica hospitalaria, de personal capacitado para atender a población indígena y la marginación prevaleciente en estas regiones son determinantes histórico-sociales para el fracaso de muchos pobladores de estas zonas, en su lucha por combatir a la enfermedad.

No sorprende entonces, que en el imaginario compartido por el grupo que participó en el taller, la atención de tercer nivel sea significada como algo *inalcanzable* y un *privilegio*. Aquí se podría complementar: un privilegio racial. Asimismo, el reconocimiento por parte de estos sujetos, de la noción del acceso a atención médica como un *derecho social* manifiesta el histórico reclamo con respecto a la *injusticia social* padecida por el indígena dentro de esta sociedad dividida entre clases sociales dominantes (superiores) y subalternas (inferiores).

En este punto, teniendo en mente el texto “¿Puede hablar el subalterno?”, escrito por la pensadora india Gayatri Chakravorty Spivak, solía preguntarme durante el trabajo de campo, si el *usuario* del albergue se había planteado en alguna ocasión, la necesidad de resignificar la noción de “apoyo” o “ayuda” desarrollada por la CDI para describir la atención que brinda a la población indígena; por el concepto de derecho social. En este sentido, los testimonios resaltados en la tabla 16, expresan que sí.

Siendo así, ante este desalentador panorama, el indígena de *Mil Colores* ha desarrollado una estrategia colectiva para lograr acceder a este nivel de atención. Es decir, su acceso al proyecto *Atención de tercer nivel* y permanencia en dicho programa

social, es el resultado de una búsqueda individual por acceder a este nivel de atención que deviene en la construcción de una red de apoyo tejida entre familia, compañeros de habitación y trabajadores de la salud del albergue. Veamos la siguiente experiencia:

Cuando llegué por primera vez aquí, todavía no estaba el albergue. Yo era jovencito, por ahí del año de 1992. Antes nos mandaban a un hotel que está aquí enfrente sobre la avenida [San Antonio Abad]. Pues, así como ahora es un hotel “de paso”, pues antes era igual. Imagínate las cosas que veías [risas]. Pero pues lo importante era que teníamos un lugar para quedarnos.

Yo me entero del apoyo que daban aquí por casualidad. Mira, yo comencé desde muy joven, a tener fuertes dolores en mis manos, se me engarrotaban, no sabía por qué. Ya después de mucho, que me voy a un particular y en la consulta, me dice el doctor “para ese tipo de enfermedad que tú tienes, aquí no tenemos medicamentos. Yo estoy en un hospital de México, se llama “Hospital General de México”. Le digo, pero yo no tengo recursos, cómo me voy a ir, sino tengo a dónde llegar [...] ese doctor fue bueno conmigo, me dijo “te voy a dar medicamento para quince días, después te voy a hacer pase para México. No me pagues la consulta porque ese dinero te va hacer falta. En México es lo máximo, hay mejores laboratorios, mejores tratamientos, mejores terapias; aquí está vacío, no tengo nada”.

Me canalizó y me vine a probar suerte. Se lo juro señorita, ni siquiera sabía a dónde me iba a quedar. Entonces, la primera noche me quedé a fuera del hospital, pa’ más seguro. El vigilante me vio, yo creo que presintió ¿no?, que me dice “amigo, no tienes dónde quedarte, ve a este lugar, ahí dan apoyos para personas como tú”.

Ya después, el apoyo siempre lo he tenido de mis amigos del albergue, ellos son mi familia.

Mateo, hablante del náhuatl.

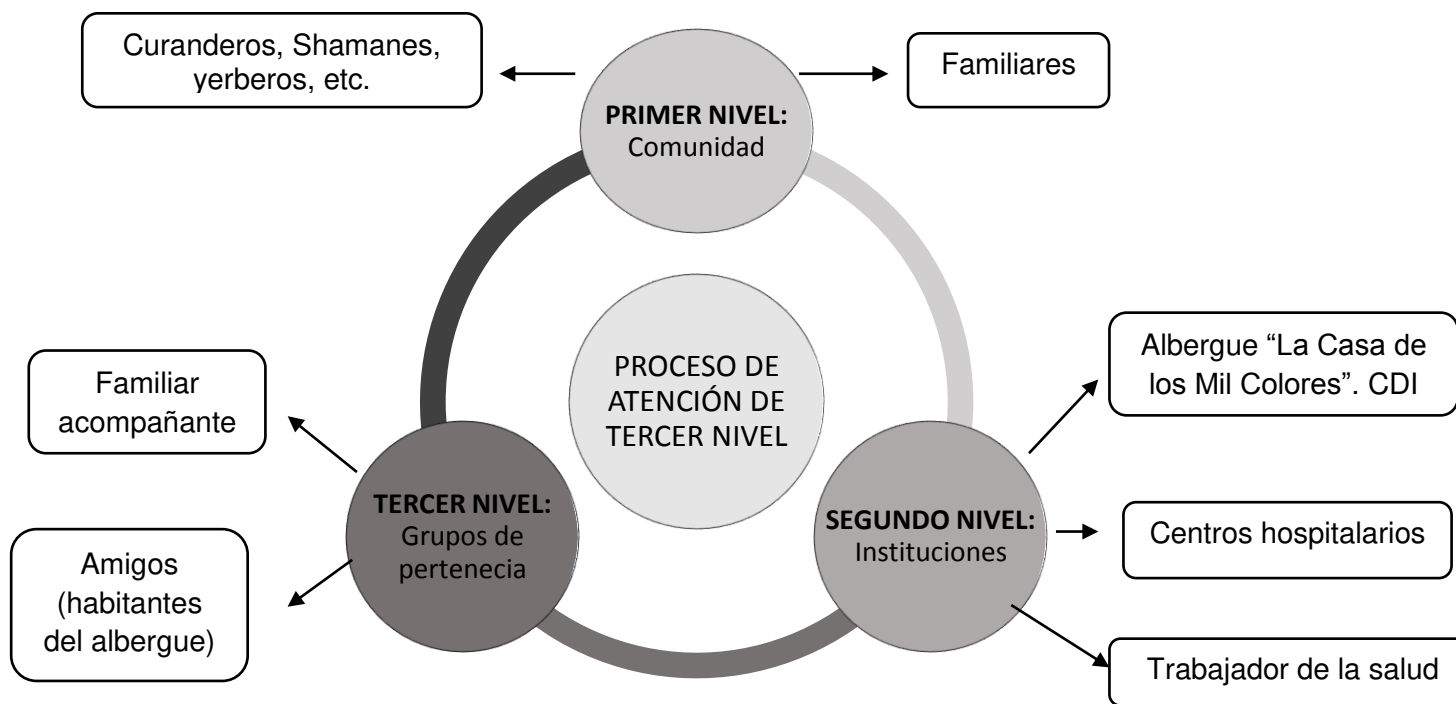
Dichas redes de apoyo son fundamentales para el proceso de atención transitado por los habitantes de *Mil Colores*. Sin ésta, los sentimientos de extranjería, la añoranza por el hogar y la precariedad económica sumirían a estos sujetos en una suerte de desesperanza. Por ello, en el imaginario grupal de los habitantes se piensan como una gran familia. Como veremos más adelante, el cariño y el apoyo expresado entre ellos es notorio. Asimismo, el papel de los trabajadores de la salud (sobre todo de la psicóloga del albergue) también es fundamental pues ellos ayudan a orientar al indígena recién llegado a la capital del país.

Siguiendo esta idea, recuerdo una ocasión en que estábamos esperando a que el grupo se reuniera en la sala de televisión, cuando Nora llegó acompañada de la madre de un joven paciente que recién acababa de fallecer. Cuando vimos que ambas estaban vestidas de negro, nuestros corazones se dolieron. Se trataba del fallecimiento de un muchacho de aproximadamente veinte años de edad, enfermo de cáncer en fase terminal. La señora se acercó al grupo y dio las gracias. Recordó un momento en que ya no tenía más dinero y los trabajadores del albergue juntaron dinero de sus propios bolsillos para dárselo.

Todos lloraron la partida del joven. Entre sus rostros había tristeza, pero también, cierto aire de triunfo porque había muerto un joven en pie de lucha por su salud.

Las redes de apoyo social construidas por los habitantes de *Mil Colores*, representan el establecimiento de múltiples ámbitos sociales que, interconectados entre sí, trabajan en pos de preservar y lograr el bienestar común. Entre las significaciones sociales que les otorgan soporte se encuentra la reciprocidad, los sentidos compartidos y el parentesco. Puntualmente, estas redes de apoyo siguen la siguiente estructura:

ESQUEMA 25. RED DE APOYO EN SALUD DE LOS HABITANTES DE MIL COLORES



Determinada por aspectos sociales, económicos, históricos y subjetivos; la relación de los tres niveles que conforman esta red de apoyo, cumplen con los siguientes propósitos. En principio, brindan apoyo emocional para reducir la ansiedad experimentada por el paciente y el familiar acompañante. En este sentido, las relaciones cotidianas dentro del albergue van aminorando con el tiempo, el sentimiento de extranjería y facilitan la adaptación a un entorno social diferente al lugar de origen.

Igualmente, en el caso de los vínculos establecidos entre los moradores de este espacio, estos cumplen con una doble función: llevar a cabo con un acompañamiento recíproco durante su tránsito por un proceso de atención de tercer nivel, así como compartir un sentimiento de pertenencia a una comunidad indígena.

Por último, esta red de apoyo también procura la obtención de los recursos necesarios para hacer frente a la enfermedad: dinero, medicamentos, curaciones, atención médica, etc.

Es importante reconocer, que la puesta en marcha de esta red de apoyo hace más llevadero para la población indígena, el tránsito por un proceso de atención de tercer nivel. Sin embargo, paralelo a esto, aún persiste la falta de información de este proyecto en las regiones indígenas. Sobre todo, en las unidades de atención primaria rurales y los centros hospitalarios de alta especialidad; espacios que en conjunto tendría que favorecer el vínculo entre paciente indígena y proyecto *Atención de Tercer Nivel* (CDI).

3. Entre la comunidad indígena y la ciudad de México.

¿Qué será lo más difícil de vivir en la extranjería? La operatividad del albergue sitúa al paciente indígena en una complicada situación. Al permitirles quedarse sólo el tiempo en que estén marcadas sus citas médicas, tienen que vivir en un continuo desplazamiento. De sus comunidades indígenas a la ciudad de México y viceversa.

En alguna ocasión, hablando con doña Mary, ella me mencionaba que lo más terrible de transitar por un proceso de atención médica, alejada de su comunidad, ha sido la preocupación y nostalgia sentida por aquellos que se quedaron en casa aguardando noticias sobre sus familiares: “[...] yo, como madre de familia, tengo que hacer de tripas

corazón. Dejo a mi hijo sólo. No sé si come o no. No sé nada. A veces, ya ni siquiera quiero regresar. Pero no puedo hacer eso. Yo necesito dializarme. Vivir para mi familia. Esa es mi esperanza. Nada más por eso regreso [...]” (Doña Mary, hablante del náhuatl).

Dentro de este panorama, el albergue no cuenta con las estrategias suficientes que mitiguen lo violento que resulta para sus habitantes, vivir en una continua movilidad. Quizá, la única persona que brinda contención a la población de *Mil Colores* es la coordinadora del área de psicología, Nora Sevilla, quien les imparte terapia psicológica breve y acompañamiento. Aparte de la psicóloga, el resto del personal que ahí labora se encuentra tan inmerso en su carga cotidiana de trabajo que no es consciente de las dificultades enfrentadas por las personas a las que brindan servicios.

Por otro lado, las características de la ciudad de México no facilitan al paciente indígena el proceso de adaptarse a un lugar desconocido: la inseguridad y discriminación se convierten en problemas cotidianos enfrentados por la población indígena. Siendo así, en las siguientes páginas me ocuparé de describir algunas de las consecuencias de transitar por un proceso de atención de tercer nivel en una situación de continua movilidad geográfica.

*

Verónica

Verónica muy pronto cumplirá veinte años de edad. Tras su mirada de niña risueña, se encuentra la experiencia de una joven que se ha ido de “mojada”, en busca del dinero faltante para solventar los gastos médicos generados por la enfermedad de su madre.

El diagnóstico de la madre de Verónica es insuficiencia renal.

Oriunda del estado de Veracruz (de Papantla, para ser más exacta), no habla el náhuatl, pese a que su madre y abuela sí lo hacen. Hace tiempo regresó de Estados Unidos (en donde trabajó cuidando a los hijos de una familia “gringa”) a fin de acompañar a su madre a *La Casa de los Mil Colores*. Ella misma lo explica:

“[...] venimos [al D.F.] porque mi mamá necesita diálisis. En los centros de salud de donde vivimos, no hay pues lo suficiente para dializar a mi mamá. A veces, ni siquiera hay gasas, paracetamol... Mi mamá no puede estar sin diálisis, por eso, cuando vamos a la casa, solo es por tres días, máximo. *Mil Colores* es ya como la *casa*, prácticamente

vivimos aquí [...] No siempre vengo yo, a veces viene mi papá. Mi hermano es el que siempre se queda en la casa; él está allá sólo [...]"

Verónica también me cuenta que es muy probable que a su mamá le hagan un trasplante de riñón (esto, después de haber estado en una larga lista de espera): "[...] aunque son muchos los exámenes que le deben de hacer. Son exámenes para ver que mi mamá esté en condiciones para el trasplante."

Durante cada una de las entrevistas que Verónica me concedió, yo escuché atentamente sus palabras. Me recuerdo mirando sus ojos grandes, como queriendo y no, *ponerme en sus zapatos*. Zapatos que por supuesto me resultan tan difíciles de llenar.

Y aquí, querida Verónica, expreso todo mi respeto y reconocimiento tanto hacia ti como hacia tu mamá y todos los habitantes de *La Casa de los Mil Colores*: héroes de la vida cotidiana que no se rinden y luchan con gran valentía y esperanza; no sólo por acceder a un servicio de salud específico sino por la vida misma. En este sentido, hablo de una lucha por la vida dentro de un contexto histórico-social del todo adverso: padeciendo dolores y malestares físicos, enfrentándose ante la necesidad de un servicio de salud inexistente en sus localidades, padeciendo la preocupación por aquellos que se quedaron en casa y la marginación que históricamente ha azotado a las regiones indígenas del país.

Verónica próximamente presentará el examen para ingresar a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): desea estudiar Psicología.

Ella tiene sueños.

Implicaciones de transitar por un proceso de atención en condiciones de continuo desplazamiento

Los pueblos indígenas se distinguen por fundamentar su identidad en la familia y comunidad; en el lugar geográfico en que crecieron y en las personas con quienes intercambian palabras en su lengua. Cuando esto no puede realizarse: "[...] tu corazón no está paz. Estas triste todo el día. Quisieras regresar a la casa, con tu familia, acostarte en

tu cama. Pero no puedes porque necesitas curarte. Te tienes que hacer la fuerte y pensar que es para mejorar” (Eulalia, hablante del náhuatl).

Para la mayoría del grupo de pacientes indígenas con el cual se trabajó, la vida cotidiana en *Mil Colores* adquiere un doble significado: “[...] pues en parte, vives en un encierro. No te dejan salir a ninguna parte. Sólo puedes ir a tus citas con el doctor y regresar luego. Si necesitas ir a la tienda afuera hay que pedir permiso. No andas libre pues. Pero también, es una esperanza de vida. Sin los apoyos que te dan aquí, te mueres” (Doña Rosita, hablante del náhuatl).

La vida cotidiana de *Mil Colores*, transcurre entre horarios bien delimitados (desde el momento de la limpieza del albergue hasta la hora de dormir). Las salidas del albergue también están controladas, sólo se permite salir al paciente que tiene marcada una cita médica. De lo contrario, la salida está sujeto al permiso de la coordinación: “Aunque haya cosas bonitas, no puedes salir. Sí se me hace difícil porque en mi casa voy de arriba pa’ bajo y ya como que te acostumbras. Conoces a la gente y todo. Y pues si tú vas allá donde vivo, a lo mejor no te acostumbras porque ya es cada quien su modo de vivir” (Itzel, hablante del totonaca).

Hasta hace algunos años, las únicas salidas permitidas eran los sábados, cuando fumigaban el albergue. Ese día, la coordinación de psicología organizaba visitas a museos, parques y centros recreativos, estas incluían tanto el costo del transporte como la comida: “Antes nos llevaban a pasear, en camión. ¿Te acuerdas cuando fuimos a La Marquesa? Estaba agradable, pero ya no. Ahora tenemos que salir cada quien, por su rumbo, es más complicado. Que te digan como antes “te van a dar una torta”. Ya no. Ahora no te dan nada” (Eulalia, hablante del náhuatl).



Foto 11. Visita a La Marquesa (2013).

Actualmente, dichas salidas han sido suspendidas por la falta de recursos económicos. De tal manera que cada sábado (día de fumigación), los usuarios salen en grupos a visitar, generalmente, el centro de la ciudad.

Aunado a lo anterior, otro aspecto que refuerza la idea de encierro en el albergue, es el nulo permiso para colocar en las paredes de las habitaciones fotografías de familiares, posters o alguna otra imagen. Estas deben permanecer limpias y listas para ser utilizadas por cualquier usuario. Cabe mencionar que esto no ha representado ninguna



imposibilidad para que el paciente haya desarrollado un sentido de pertenencia a *Mil Colores*.

Los vínculos construidos entre los propios habitantes han sido determinantes en dicha cuestión pues es en esta relación en donde se

comparte no sólo la experiencia de la enfermedad, sino la lengua indígena, tradiciones, creencias, etc.

Foto 12. Habitación de *Mil Colores*.

En este tenor, el grupo expresó en numerosas ocasiones los inconvenientes que ellos ubican al transitar por un proceso de atención médica de tercer nivel en condiciones de continuo desplazamiento. Veamos algunos de los testimonios recabados.

CUADRO 26. CATEGORÍA DE ANÁLISIS: “ENTRE LA COMUNIDAD INDÍGENA Y LA CIUDAD DE MÉXICO”

Coordinadora: ¿Qué ha representado para ustedes, estar yendo y viniendo, de sus comunidades al D.F.?

“Hay muchos que vienen desde chiquitos y ya no se quieren regresar a sus casas. Pero a mí casi no me gusta estar en México porque es muy peligroso. Una vez me robaron y nos quitaron el dinero que traíamos, para las medicinas”

“Extrañas todo, la familia. Las fiestas del pueblo, los carnavales. El día de muertos, muchos se disfrazan y van con sus calabazas [...] Los domingos en la plaza, se pone bien bonito. Los chavos se van a comer helado, a echar novio pues (risas). No como acá que te tienes que andar cuidando [...] como que todo es gris, los edificios grandotes”

“Allá es diferente. Es verde, todo verde. Los campos, la gente en la siembra. Atrás de mi casa hay harto maguey y ahí ves a los viejitos yendo por pulque [...] platicas, saludas que “buenos

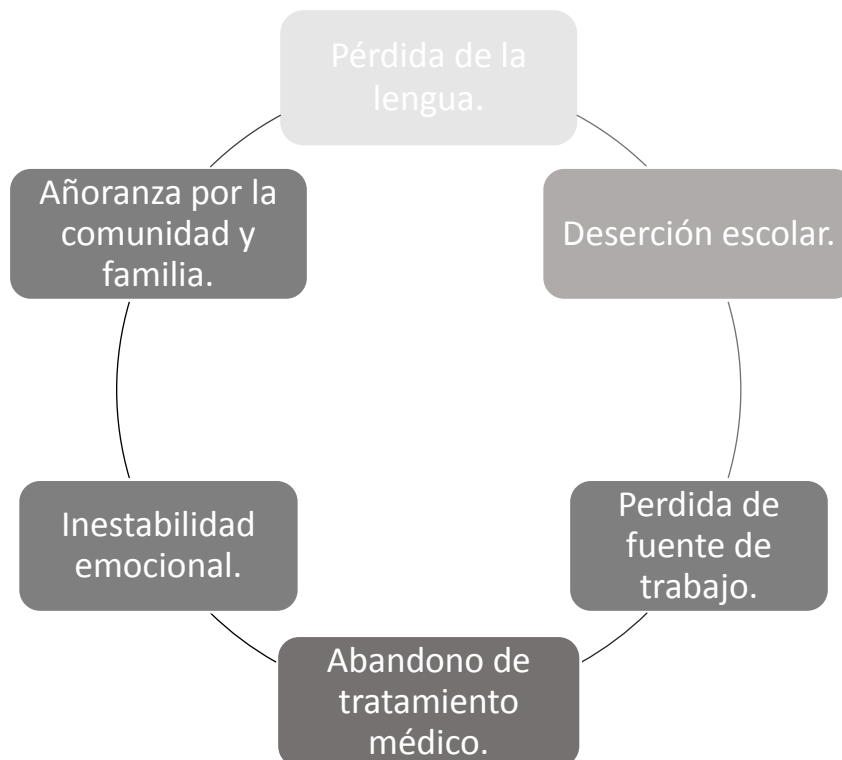
días” / “buenas tardes”. Muchos se sientan afuera de sus casas con las puertas abiertas. No te da miedo que se metan a robar porque todos se conocen. Platicas en tu propia lengua. Los viejitos los escuchas hablando. Los viejitos casi no saben español, puro otomí”

“Hay muchos jóvenes y niños que de pronto vienen y pierden el semestre o el año escolar. Es complicado. Aquí hay un libro club, pero no es lo mismo. Es más, como que la administración ya quiere sacar todos esos libros que tenemos aquí, porque dicen que ocupan mucho espacio. Como que no tienen conciencia. Bueno hay unos que dicen sí, esos pues no. Así como de filosofía. Pero hay otros que sí les podrían ayudar a la población joven, porque hay mucha población mayor analfabeta aquí”

Taller Y aman tlenquitua moyolotzin, 5ª. y 6ª. Sesión

Con base en el cuadro anterior, entre las principales implicaciones que tiene para el paciente indígena que colaboró en esta investigación, con respecto a transitar por un proceso de atención médica de tercer nivel alejado de sus comunidades se encuentran señas en el siguiente esquema:

ESQUEMA 27. IMPLICACIONES QUE TIENE PARA EL PACIENTE INDÍGENA TRANSITAR POR UN PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA EN UNA SITUACIÓN DE CONTINUO DESPLAZAMIENTO.



Finalmente, resta señalar que en la actualidad la estancia del paciente indígena también se encuentra determinada por un factor más: la disponibilidad de apoyos económicos tanto para adquirir medicamentos como para pagar el pasaje de regreso a las comunidades. Este hecho ha generado que, en muchas ocasiones, aun cuando el residente del albergue ya no tiene motivos para continuar más en este espacio, tenga que prolongar su estancia.

Así, se han registrado casos en donde si el paciente tenía planeado quedarse sólo una semana en la ciudad de México, tiene que alargar su estancia hasta un mes. Hecho que ha generado descontento entre los usuarios del albergue sin que los trabajadores de la salud puedan hacer algo al respecto, puesto que (como ya se dijo antes) cada año ven cómo el presupuesto destinado a la operación de *Mil Colores*, va disminuyendo alarmantemente.

Futuro

Pasado mañana se celebra el día de muertos. Estamos reunidos en la sala de televisión, hay muchos jóvenes, a la espera de que den las 11:00 am para comenzar con la última sesión del taller. Mientras tanto, muchos de ellos cuentan relatos de terror, muy al estilo “gringo”: fantasmas, casas embrujadas, muertos vivientes, etc. Entre la plática, muchos de los participantes admitieron desconocer leyendas indígenas. Señalan como única referencia la leyenda de “la Llorona”. Comentan que han pasado mucho tiempo fuera de su lugar de origen, de su comunidad. Que por ello desconocen de mitos y leyendas indígenas. “Acá en D.F., puro Halloween, sí ponen ofrendas, pero muchos no conocen el significado de lo que se pone” (Plática informal).

Las once en punto. Es hora de comenzar con la última sesión del taller.

Por mi mente pasó la idea de dedicar aquella sesión a hablar sobre leyendas indígenas. Pedir más tiempo a la coordinadora del albergue. Regresar nuevamente. Sin embargo, preferí continuar con lo planificado desde mi mesa de trabajo. Y así, dio inicio la última sesión del taller. Preguntando Doña Mary, Toñita, Eufronia, Erasmo, Verónica... ¿cómo se miran en el futuro?

CUADRO 28. LA NOCIÓN DE FUTURO EN LA POBLACIÓN INDÍGENA DEL ALBERGUE

Coordinadora: **¿Cómo se miran en el futuro?**

“Yo, sano. Con salud. Le estamos echando muchas ganas para salir bien. Le estamos echando todas las ganas, al 100 %.”

“Con el trasplante [de riñón]. Estamos en lista de espera, me cuido mucho. Bueno, ya me están haciendo los estudios, para ver si soy compatible [...] con todas las ganas”

“Pues ojalá que el tratamiento ya resulte para poder continuar con la escuela. Sí he perdido muchas clases”

“Bien, sano, con menos dolor”

“En mi casa, con mi familia. Cocinando la comida que a mí me gusta”

“Con mi Rosita sana y, aunque no quiera, hablando la lengua de su abuelo”

“En la escuela, por ejemplo, ya no dependería tanto de mis compañeros, ya dependería de mí misma, haría mis cosas yo sola sin que le diga a alguien “¿me acompañas?”, “¿me ayudas?”. Sí es difícil, porque necesitas de la ayuda de otras personas. Si se te hace un poco pesado. Entonces si quedarme aquí significa volver a caminar, pues me la aviento. Si el dolor me dura unos meses, pero caminar para toda la vida. No, no me arrepiento, porque me va a hacer bien”

“Yo soy de las personas que digo, a pesar de todo lo malo que parezca, que diga, chin ya me voy a quedar a vivir aquí. Es que uno tiene que hacer todo para mejorar, para un mejor futuro”.

Taller Y aman tlenquitua moyolotzin, sesión 6.

El futuro de los habitantes de *Mil Colores* parece un poco turbio, no tan claro. Por ejemplo, algunas personas afirman que “lo mejor es vivir el presente”. Otros imaginan cómo sería la vida estando en casa y con una mejor salud:

Cuando escribía este último capítulo llegué a considerar, erróneamente, que para los habitantes de *Mil Colores* la posibilidad de alzar la voz para denunciar la desigualdad social en salud por ellos padecida, era nula. Peor aún, creía que el dolor físico y el camino sinuoso por ellos transitado para poder lograr acceder al tercer nivel de atención, era una imposibilidad para la lucha social. ¡Qué tontería pensar así!

Los habitantes de Mil Colores me enseñaron que la enfermedad no es una traba para alzar la voz bien fuerte y gritar que ya basta de tantas injusticias. Es verdad, no existe una organización de lucha social como tal. Sin embargo, la denuncia está puesta en sus palabras y con esta la defensa del derecho a vivir dignamente.

CONCLUSIONES

Las siguientes páginas tienen el propósito de presentar las conclusiones a las que se llegaron durante el proceso de investigación – intervención llevado a cabo en el albergue indígena “La Casa de los Mil Colores”; esto como parte de mi formación académica en la maestría en Medicina Social (UAM-Xochimilco).

De entrada, es importante mencionar que la presente investigación obedeció a la necesidad de visibilizar el problema de acceso al tercer nivel de atención en las comunidades indígenas; pues es un caso muy poco abordada. Salvo reportes elaborados por los prestadores de servicio social o algunas tesis de licenciatura; no existen publicaciones académicas que realicen un análisis minucioso al respecto. En este sentido, este trabajo pretendió presentar una mirada reflexiva que haga contrapeso a los informes institucionales elaborados por la CDI (antes INI). Todos ellos, con notables vacíos en la información que presentan.

Particularmente, este texto se encuentra articulado con base en los siguientes puntos:

- a) La influencia del pensamiento indigenista en los discursos y prácticas en salud reproducidos en el interior de *Mil Colores* y, por tanto, en la manera en que vive el paciente indígena que hace uso del proyecto *Atención de Tercer Nivel*, su tránsito por un proceso de atención médica.
- b) La relevancia de producir una propuesta alternativa que apunte a la transformación (resignificación) de la subjetividad racista que ordena, guía y orienta la dinámica cotidiana del albergue. diana del albergue.

La intención última de este trabajo fue compartir con el lector las experiencias concretas de quienes residen en el albergue. Experiencias de hombres y mujeres que se han convertido en verdaderas historias de lucha por el derecho a la salud. Comencemos entonces.

a) De la influencia del indigenismo en la dinámica cotidiana de *Mil Colores*.

Muy al contrario de lo que argumenta la CDI, las distancias geográficas no han sido impedimento alguno para que los habitantes del albergue indígena “La Casa de los Mil Colores” accedan al tercer nivel de atención. Sus pasos han andado por muchos caminos, sorteando la dificultad de atender sus dolencias físicas en sus comunidades, rodeados de familiares y amigos.

Pero son pocos los que, entre el miedo y la esperanza por alcanzar la cura, empaacan la maleta y emprenden el camino hacia la ciudad de México para iniciar un proceso de atención médica de tercer nivel. La falta de difusión del proyecto de salud desarrollado por la CDI para atender esta problemática y la indiferencia del estado mexicano ante la terrible realidad vivida en las regiones indígenas mexicanas, son factores que desmotivan y frustran a la población indígena en su lucha por ejercer su legítimo derecho a la salud.

Igualmente, la pobreza extrema y marginación en que vive este sector de la sociedad, se suman a la lista de obstáculos atravesados por los residentes del albergue. Es decir, no son las distancias geográficas en que vive la población indígena, ni siquiera la pobreza —materializada en problemas como la falta de educación, desnutrición o falta de atención médica— lo que origina que en las regiones indígenas se registren los peores indicadores de salud en comparación con el resto de la población nacional (la no indígena).

No, no es únicamente el contexto social, político y económico coyuntural; la razón de que este sector de la sociedad tenga que ver morir a sus familiares por no ser atendidos por un especialista.

Es verdad, se apostó por la articulación entre subjetividad, salud y racismo. No obstante, aunque se logró distinguir la relación entre dichos procesos histórico-sociales. Hizo falta una mayor profundidad con respecto a los artilugios utilizados por los grupos dominantes para asegurar la supervivencia de la subjetividad racista mexicana y su influencia en problemáticas concretas como el caso de los habitantes de Mil Colores.

Por otra parte, entre los aciertos de esta investigación ubico la necesaria apertura de interrogantes con respecto a las significaciones sociales e imaginarios con respecto a la salud - enfermedad que hoy en día, orientan y dirigen la vida cotidiana de los conjuntos sociales. En este sentido, la importancia de criticar el actual modelo médico hegemónico es trabajo obligado para quien desee realizar investigación dentro del campo de la salud.

Siendo así, el concepto de MMH entendido como una institución productora y reproductora de una subjetividad dominante, desde la cual los conjuntos sociales entienden que los modos de atender a la enfermedad. Contribuyo a comprender que la problemática de salud padecida por los habitantes de *Mil Colores* no obedecía simplemente a un contexto coyuntural, por el contrario, ayudo a develar que tiene su origen en prácticas e imaginarios racistas que datan de hace mucho tiempo atrás.

En este sentido, otro de los aportes de este trabajo, radica en abonar a visibilizar que las viejas prácticas indigenistas, no son más que expresiones de una subjetividad racista producida desde aquel fatídico momento en que un español se autoproclamó descubridor de América. Destruyendo con ello, todo rastro de la diversidad cultural, lingüística y étnica que existía en el mundo precolombino.

Viene a cuento aclarar que si en un principio, quien esto escribe, pensaba que el problema de salud vivido por los habitantes del albergue era una expresión de un racismo instaurado posterior a la época de la conquista y colonia española únicamente; con la posterior revisión de esta afirmación, me doy cuenta que no todo el racismo es de índole colonial. Tal como lo afirmarían algunos teóricos de los llamados Estudios Decoloniales.

Comprendo que la intervención institucional desarrollada desde el INI, tiene una matriz histórica colonial; sin embargo, el discurso racista ha cambiado a lo largo de los años, en cada momento clave de nuestra historia (desde la época colonial hasta la actualidad). En este sentido, las significaciones sociales con respecto al sujeto indígena también han cambiado. Sólo basta revisar los postulados desde cada una de las fases de las políticas indigenistas.

Puntualmente, en la actualidad priva un discurso indigenista con respecto al reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Más sabemos que esto no es así. Hay una constante a lo largo de todo el pensamiento indigenista (que bien podría ser nombrado pensamiento indigenista racista), a saber: la homogenización cultural de las poblaciones.

Esto lo confirmamos en la dinámica cotidiana del albergue y funcionamiento. La falta de capacitación de los trabajadores de la salud para ejercer su profesión en contextos de interculturalidad, el limitado alcance del proyecto *Atención de Tercer Nivel*, las terribles consecuencias que tiene para la vida cotidiana del paciente indígena que hace uso de este proyecto, son algunas muestras de que lejos de valorar e incluir la

opinión de la población indígena en la formulación de las políticas públicas y programas sociales; sucede todo lo contrario, la negación de su capacidad de autodeterminación.

Entre las consecuencias no abordadas, que tiene para el indígena mexicano transitar por un proceso de atención de tercer nivel (esto sin contar con el real apoyo del estado mexicano y bajo una intervención institucional racista) se encuentra el tema de la lengua. No se desarrolló pues resultó ser un tema evitado por los habitantes de *Mil Colores*.

En otro orden de ideas, a lo largo de esta investigación también comprendí que no hay necesidad de elaborar una teoría de la victimización del sujeto indígena. Implicarse ética y políticamente no requiere una apología a ultranza o una producción teórica que revictimice a quienes han padecido el proceso denominado *racismo colonial en América Latina*. Como pareciera haber hecho en ciertos momentos de la escritura de esta tesis.

Visibilizar los efectos materiales y simbólicos del racismo en nuestro subcontinente, no debiera implicar producir una inferiorización teórica-política de los sujetos subalternos. Para producir claves analíticas-interpretativas y transformar al mundo, entiendo que será necesario poseer un rigor teórico mayúsculo que no implica no *tomar partido* —como Gramsci nos invitaría—, sino saber de qué lado de la trinchera peleamos epistemológicamente, esto con la cautela de no reproducir un proceso de revictimización académica hacia estos sujetos, por más noble y loable que sea su interés o propósito.

Por otra parte, también debo apuntar que mis aspiraciones estuvieron puestas en la trascendencia de este trabajo. Siempre pensé que lo reflexionado en conjunto con los habitantes de *Mil Colores*, más allá de ser plasmado en una hoja en blanco, pudiera ser compartido con otros.

Con dicha idea en la mente, me permití —aun cuando no había terminado por completo la redacción de la tesis— compartir con estudiantes de licenciatura (sociología y psicología) de universidades como la UAM-Xochimilco y la UNAM, parte de lo aquí expuesto. La reflexión generada a partir del caso de los *Mil Colores*, estuvo puesta en las implicaciones que posee la producción y reproducción de una subjetividad racista-colonial, en cada uno de los ámbitos de la vida de los mexicanos, por ejemplo: en nuestra Historia, memoria, cultura, identidad, lengua, relaciones sociales; en la posibilidad de ejercer derechos sociales como la salud, en la cotidianidad; en la intervención del Estado y gobiernos ante los problemas sociales que nos aquejan cotidianamente, etc.

Así, durante aquellos encuentros las insistencias por parte de estudiantes y de las personas con quienes compartí mi trabajo, apuntaron siempre a una misma dirección: reconocer y denunciar que el contexto de pobreza y desigualdad social padecido por la población indígena mexicana, no es una cuestión simplemente coyuntural —tal como se establece en informes oficiales—. Por el contrario, se llegó a la conclusión de que era necesario leerlo como el resultado de nuestra historia de conquista y colonización y, por ende, de la instauración de una subjetividad racista en mentes, cuerpos, relaciones e instituciones sociales.

Otro espacio en donde se compartió este trabajo, fue el *Seminario Recuperando la Psicología Social desde la UAM-Xochimilco. Decolonialidad, Psicología de la Liberación y Posicionamientos ante la actual crisis civilizatoria en México*, organizado por el Mtro. Mario Bravo, la Mtra. Mariana Robles y quien esto escribe, en septiembre del año 2015, en la UAM-Xochimilco. Desde mi propia trinchera con respecto al tema de *Salud y pueblos indígenas en México* y lo que la *Medicina Social Latinoamericana* aporta para su reflexión, se argumentó que la subjetividad racista no sólo afecta y atraviesa la vida de sujetos como los habitantes de *Mil Colores*, quienes enfrentan sus peores efectos dentro del campo de la salud. Al contrario, se comprendió que no importa si eres indígena o mestizo, todos formamos parte de una misma comunidad y vivimos a diarios las implicaciones de vivir dentro de una sociedad atravesada por un pensamiento racista.

Así, las palabras de usted doña Mary y de los habitantes de *Mil Colores*, fueron punta de lanza para que otros se plantearan preguntas como: ¿qué se puede hacer para que la sociedad mexicana tome consciencia en torno a su historia de conquista y colonización? ¿Cómo agrietar la subjetividad racista en nuestro país? ¿Cómo frenar la terrible maldición dictada por la boca conquistadora española en contra de los pueblos prehispánicos? Maldición heredada de generación en generación, de nuestros abuelos a nuestros padres, y de nuestros padres a nosotros.

Y, finalmente, ¿de qué artilugios podemos valernos para que “*les damnés de la terre*”, reescribamos nuestra historia? Una ya no contada por la boca del conquistador, más bien, una historia mucho más digna sobre nuestro pasado histórico, narrada por nuestros padres y abuelos.

b) Yóllotzin: hacia la construcción de prácticas en salud desde el corazón.

Durante la primavera del año de 1845, Karl Marx escribió la onceava *Tesis sobre Feuerbach*, la cual a la letra dice: “[XI] Los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo”.

Ahora bien, ¿qué pasaría si invertimos tal fórmula teórica? ¿Qué pasaría si afirmamos que, para cambiar al mundo, antes hay que interpretarlo?

En términos generales, este trabajo tuvo como motor la posibilidad de brindar algunas claves teóricas-analíticas que contribuyeran a la comprensión del problema de acceso al tercer nivel de atención presente en las regiones indígenas mexicanas. Como ya se dijo, recurriendo a un andamiaje teórico conceptual proveniente de la *Medicina social latinoamericana*, la *Psicología Social de Intervención* y los *Estudios Decoloniales*, se concluyó que, en problemáticas vinculadas al tema de *Salud y Pueblos indígenas*, es importante reconocer tanto la determinación histórico-social de la salud y enfermedad, así como indagar el componente subjetivo y los procesos de racismo-colonial que atraviesan casos como el de los habitantes de *Mil Colores*.

Así, esta fue una tesis que situada dentro del campo de la salud y abrazada a una corriente crítica de la Medicina social, buscó hacer (*reescribir*) Historia.

No sobra decir entonces, que la Historia de nuestro país fue un pilar importante para la reflexión del problema de acceso a atención médica padecido por los habitantes de *Mil Colores*. Un problema atravesado por cuestiones como el *derecho a la salud*, la *determinación social de la enfermedad*, la *carrera del enfermo*, *los modelos y formas de atención*, *desigualdad social en salud*, etc. Corrijo: la Historia singular y colectiva de todos los que estuvimos vinculados a este proceso de investigación-intervención.

En esta dirección, los *Estudios Decoloniales* —desarrollados por pensadores como F. Fanon, R. Grosfoguel, E. Dussel, etc.— tienen mucho que aportar en el trabajo de aquellos investigadores quienes, aproximándose a la *Medicina Social*, deciden estudiar problemáticas de salud desarrolladas en contextos sociales habitados por una gran diversidad cultural, étnica y lingüística. Siendo su mayor contribución el llamado a pensar nuestras realidades, posicionados epistémicamente en la *zona del no-ser*, en el lugar del *otro oprimido*.

Es verdad que esta tesis de maestría no va a transformar las terribles condiciones de salud en que viven los pueblos indígenas mexicanos. Sin embargo, sí puede leerse como un llamado urgente para que en colectivo se generen procesos en pos de reescribir y resignificar la Historia dictada por la mano del colonizador y conquistador europeo. En pocas palabras: léase este trabajo como una convocatoria para recuperar la historia de nuestros padres y abuelos; la historia de nuestros orígenes y raíces.

Asimismo, este trabajo también fue un intento por visibilizar que en países latinoamericanos como el nuestro, la salud y enfermedad en tanto procesos histórico-sociales, pueden ser analizados y descritos desde nociones como la *subjetividad* y el *racismo-colonial* instaurado en mentes, cuerpos e instituciones sociales desde tiempos antiquísimos.

Por otra parte, es importante admitir que dicha labor de denuncia y reflexión teórica pudo haberse realizado de mejor manera —quizá, un mejor hilado entre capítulo y capítulo; entre experiencia y experiencia aquí recuperada—.

En principio, la forma de contar lo pensado en conjunto con los habitantes de *Mil Colores*, tuvo como eje central una narración en la cual la voz del investigador no desapareciera de escena. Así, el propósito era pensar, describir y denunciar la desigualdad social en salud padecida por la población indígena a tres voces: las voces de quienes la padecen, las voces de los teóricos y la de quien esto escribe. Esto, bajo el riesgo de que estas páginas pudieran parecer un conglomerado de anécdotas centradas en la historia personal del investigador.

En segunda instancia, casi al finalizar la escritura tuve la fortuna (¿o desfortuna?) de encontrarme con el trabajo de pensadores como Catherine Walsh, Jorge Viaña y Luis Tapia. Teóricos que realizan una importante crítica al respecto del tema de la *interculturalidad*. Por ejemplo, en el libro *Construyendo Interculturalidad Crítica (2010)*, una obra que recopila el trabajo de estos tres teóricos, se postula la doble lectura que se le puede dar a dicho concepto: una proveniente de los llamados *Estados Nacionales* y otra, construida al interior del *Movimiento indígena contemporáneo*.

Siendo así, cuando la palabra interculturalidad “[...] la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a “multiculturalidad”. En el Estado quiere decir *inclusivo*, reformador [...]” (Walsh, 2009: 3). En contraparte, dentro del seno de

movimientos indígenas desarrollados en países latinoamericanos como Bolivia, Ecuador o México, hablar de *interculturalidad* es hablar de *transformación*. De una histórica necesidad para que el Estado reconozca la participación de la población indígena.

Reformador versus transformación, dos vertientes para entender lo intercultural.

Los aportes de dichos pensadores de la *intercultural* no fueron incluidos como tal en este trabajo, debido al momento en que sus obras llegaron a mis manos. No obstante, se reconoce que los aportes de estos teóricos, activistas y defensores de los derechos pueblos indígenas latinoamericanos, tienen mucho que abonar al análisis del tema de *Salud y Pueblos indígenas*. Sobre todo, en el análisis del papel que ha jugado el Estado y sus instituciones en la atención de los problemas de salud en regiones indígenas.

Pero, más allá de lamentarme por su llegada tardía, encuentro una posible veta de trabajos futuros.

Y con este punto quiero cerrar este trabajo.

En muchos sentidos, estas páginas son un primer acercamiento tanto a la responsabilidad social que entraña el trabajo del *investigador* (es decir, a la práctica misma de investigar un tema dado); como a la cuestión de la salud de los pueblos indígenas en México.

Siendo así, esta tesis puede leerse como una primera lectura sobre la dimensión institucional —la cual abarca desde la respuesta del Estado, los gobiernos, las políticas públicas y programas sociales— que atraviesa problemáticas de salud como la aquí descrita. Pero hace falta dar continuidad con el análisis reflexivo en torno a la propia manera en que para los pueblos indígena mexicanos —y de toda Latinoamérica—, han politizado el tema de la salud-enfermedad-atención.

En esta dirección, identifico entre los testimonios recabados de los pacientes indígenas, algunos elementos a considerar esto en la búsqueda de transformar las prácticas y discursos institucionales en el interior del albergue. Entre los principales puntos, se hallan:

- La necesidad de contar con un traductor en lengua indígena.
- La importancia de que el trabajador de la salud sea capacitado para desempeñar su profesión en contextos de interculturalidad.

- La creación de espacios en *Mil Colores*, en donde el paciente indígena realmente aborde los temas que son importantes para esta población.
- La producción de una estrategia institucional mediante el cual el paciente indígena pueda opinar sobre el funcionamiento y operación del proyecto de Atención de Tercer Nivel. Es decir, devolver al habitante de *Mil Colores* su capacidad de autodeterminación.
- La inclusión de un enfoque intercultural en el proyecto *Atención de Tercer Nivel*.
- Invitar al trabajador de la salud a reflexionar sobre el carácter racista del proceso de homogenización cultural promovido desde sus prácticas cotidianas.
- Reflexionar (pacientes y trabajadores de la salud) sobre el impacto que ha tenido el racismo en el proceso de atención a la salud del paciente indígena.

Así, este trabajo más que tener un final, plantea muchas más interrogantes que al principio, siendo las principales: ¿cómo sistematizar las experiencias del sujeto indígena que luchan por una mejor salud? ¿Qué elementos de análisis teórico-reflexivos podemos encontrar en el campo de los Movimientos Sociales Latinoamericanos para que, en conjunto con la Medicina Social Latinoamericana, se analice la respuesta social organizada por parte de los pueblos indígenas ante los problemas de salud por ellos padecidos? ¿Qué repertorios de acción colectiva en salud figuran entre los movimientos indígenas en países como México, Bolivia o Ecuador?

Finalmente, el propósito es seguir encontrando espacios en donde replicar las palabras de *Mil Colores*. Espacios de diálogo y reflexión, esto para denunciar la ineficacia por parte del Estado mexicano para dar respuesta al problema de salud de atención médica de tercer nivel.

Y, sobre todo, para que sus palabras no sean olvidadas y logren trascender la página en que se encuentran plasmadas.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- ANDERSON, Benedict, *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*, FCE, México, 1993.
- AUBRY, Andrés, "Otro modo de hacer ciencia. Miseria y rebeldía de las ciencias sociales", en: *Luchas "muy otras". Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*, Baronnet, Bruno, Mora Mariana, et. al. (coordinadores), UAM-Xochimilco, México, 2011.
- AGUIRRE, Beltrán Gonzalo, *Programas de salud en situación intercultural*, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
- -----, *Obra Antropológica XI. Obra Polémica*. FCE-INI, México, 2005.
- BONFIL, Batalla, *México profundo*, Fondo de Cultura Económica, México, 2009.
- BRITÁN, Yael, (coordinadora), *México: Historia y alteridad. Perspectivas multidisciplinares sobre la cuestión indígena*, Universidad Iberoamericana, México, 2001.
- BREILH, Jaime, "Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud", en: EIBENSCHUTZ, Catalina, TAMES, Silvia y GONZALÉZ, Rafael (compiladores), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, UAM-Xochimilco, México, 2011.
- BOLIVAR ECHEVERRÍA, *Modernidad y blanquitud*, Editorial Era, México, 2010.
- CORNELIUS, Castoriadis, *La institución imaginaria de la sociedad*, Tusquets, Buenos Aires, 2010.
- -----, *Figuras de los pensable (Las encrucijadas del laberinto VI)*, FCE, México, 2002.
- -----, *Ciudadanos sin brújula*, Ediciones Coyoacán, México, 2005.
- DÍAZ- POLANCO, Héctor, *México Diverso. El Debate por la Autonomía*, Editorial siglo veintiuno, México, 2009.
- DE CERTEAU, Michel, *La fábula mística: siglos XVI y XVII*, Universidad Iberoamericana, México, 1993.
- DUSSEL, Enrique, *Filosofía de la liberación*, Fondo de Cultura Económica, México, 2011.

- EIBENSCHUTZ, Catalina, TAMEZ, Silvia y GONZALEZ Guzmán (Compiladores), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, UAM, México, 2011.
- FANON, Frantz, *Piel negra, máscaras blancas*, Ediciones Akal, Madrid – España, 2009.
- -----, *Los Condenados de la Tierra*, Fondo de Cultura, México, 2012.
- FERNÁNDEZ, Ana María, *Política y Subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2011.
- -----, *Las Lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*, Biblos, Buenos Aires, Argentina, 2008.
- FERNÁNDEZ, Ana María y De Brasi, Juan Carlos (comp.), *Tiempo histórico y Campo grupal. Masas, grupos e instituciones*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.
- GALENDE, Emiliano, *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997.
- -----, “Debate cultural y Subjetividad en Salud”, en: SPINELLI, Hugo, (compilador), *Salud Colectiva*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2004.
- GALEANO, Eduardo, *Los hijos de los días*, Siglo XXI, México, 2011.
- GUINSBERG, *Control de los medios, control del hombre. Medios masivos y formación psicosocial*, Plaza y Valdés editores, México, 2005.
- -----, *Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental*, Plaza y Valdés editores, México, 1996.
- -----, *La salud mental en el neoliberalismo*, Plaza y Valdés editores, México, 2004.
- GUISSBERG, Enrique y JARILLO, Soto Edgar, *Temas y desafíos en salud colectiva*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2007.
- GRAMSCI, Antonio, *Cuadernos de la Cárcel*, ERA, México, 2000, Tomo 2.
- HOLLOWAY, John, *Agrietar el capitalismo. El hacer contra el trabajo*, Sísifo, México, 2010.
- MARIATEGUI, José Carlos, *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*, Editorial Era, México, 2002.
- MARTÍNEZ, Ángel, *Antropología médica*, Editorial Antropos, Barcelona, 2011.
- MENÉNDEZ, Eduardo, “Etnicidad, racismo y género. Algunos problemas ético / metodológicos”, en: EIBENSCHUTZ, Catalina, TAMES, Silvia y GONZALÉZ,

- Rafael (compiladores), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, UAM-Xochimilco, México, 2011.
- -----, *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2009.
 - MIER, Raymundo, *Bitácora de seducciones: contribuciones de los conceptos de sujeto y subjetividad en la UAM-Xochimilco*, disponible en la siguiente dirección electrónica: http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_libro.php?id_libro=45.
 - MODONESI, Massimo, *Subalternidad, antagonismo, autonomía. Marxismo y subjetivación política*, Buenos Aires – CLAPSO, 2010.
 - MORÍN, Edgar, *El método 1. La naturaleza de la naturaleza*, Cátedra, Madrid, 1993, págs. 37-39
 - NEIRA, Fernando, *Migración, cultura y memoria en América Latina*, UNAM, México, 2011.
 - LÓPEZ, Bárcenas Francisco, *Autonomías Indígenas en América Latina*, MC Ediciones, México, 2008.
 - LÓPEZ, Oliva y BLANCO, José, *La Modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, UAM-Xochimilco, México, 1993.
 - RIVERA, Cusicanqui, Silvia, *Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*, Editorial Tinta Limón, Buenos Aires, 2010.
 - SERNA, Moreno, Jesús, *México, un pueblo testimonio. Los indios y la nación en nuestra América*, Editorial Plaza y Valdés – UNAM, México, 2001.
 - SCOTT, James, *Los dominados y el arte de la resistencia*, Era, México, 2007.
 - VILLORO, Luis, *Los grandes momentos del indigenismo en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
 - WALTER, D. Mignolo, *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción Decolonial*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2007.
 - WIEVIORKA, MICHEL, *El espacio del racismo*, Ediciones Paidós, Barcelona, 1992.
 - -----, *El racismo: una introducción*, Editorial Gedisa, España, 2009.
 - ZIBECHI, Raúl, *Descolonizar el pensamiento crítico y las rebeldías. Autonomías y emancipaciones en la era del progresismo*, Bajo Tierra Ediciones, México, 2015.

ARTÍCULOS

- FERNÁNDEZ, Roser, “Redes sociales, apoyo social y salud”, en *Antropología Social y Cultural*, n. 3, UAB, diciembre, 2005.
- GUERRERO, Alfredo, “Representaciones sociales y movimientos sociales: ruptura y constitución de sujetos”, en *Revista Cultura y representaciones sociales*, Vol. 1, No 1, 1 de septiembre de 2006, pág. 10
- GUINSBERG, “Subjetividad y política en América Latina”, *Revista Política y Cultura*, No. 8, Primavera, UAM-X, 1997.
- GROSGOUEL, RAMON, ““Del extractivismo económico al extractivismo epistémico y ontológico”, *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo*, v. 4, págs. 33-45, 2015.
- HOLLOWAY, John, “La asimetría de la lucha de clases. Una respuesta a Atilio Boron”, en *Revista OSAL*, n. 4, enero, 2001.
- LAURELL, Asa Cristina, “La Salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos médico sociales*, No. 19, enero de 1982.
- -----, “El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina”, *Cuadernos médico sociales*, No. 37, septiembre de 1986.
- LEÓN-PORTILLA, Miguel, “Significados del corazón en el México Prehispánico” *Archivos de cardiología de México*, v. 74(2), págs. 99-103, México, 2004.
- MENÉNDEZ, Eduardo, “Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina”, en *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, pág. 335-345, julio, 2012
- RAHMAN, Graciela, “El poder de la palabra, a propuesta de metodología psicoanalítica para el análisis del discurso”, en revista *Tramas*, UAM-X, n. 4, México, 1992.
- RAMÍREZ, Hita, Susana, “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”, en *Revista de Antropología* [en línea] 2009, (Julio) : [Fecha de consulta: 28 de octubre de 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013838010>>
- SALAZAR, CLAUDIA, “Dispositivos, máquinas de visibilidad” en: *Anuario de investigación 2003*, UAM-Xochimilco, México, 2004, págs. 291-299.
- -----, “Formación y trabajo grupal: El trabajo con lo inconsciente en grupos de aprendizaje”, en *Revista Tramas*, n. 22, UAM-X, México, Enero / Junio, 2004.

- -----, “Intervención: trabajo sobre lo negativo”, en *Revista Tramas*, n. 18 / 19, UAM-X, México, Junio / Diciembre, 2002.
- VALDIVIA, Dounce, María Teresa, “Políticas y reformas en materia indígena, 1990-2007”, en *Revista Argumentos*, n. 22(59), México, págs. 127-159.

DOCUMENTOS

- *Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 1948 – 2012*, CDI, México, 2012.
- *Evaluación de los programas de planeación, Bienestar social, operación y reparación de albergues escolares*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 2002.
- *Evaluación de Consistencias y Resultados. Proyecto Atención de Tercer Nivel (2011 – 2012 y 2012 - 2013)*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), México.
- *Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad del Distrito Federal. Reflexiones*, Gobierno de la ciudad de México – SEDEREC, México, 2011.

TESIS

- BRAVO, Mario, *Movimientos sociales y subjetividad. México, 2006: contrainsurgencia desde los medios masivos*, tesis que para obtener el grado de Maestría en Estudios Latinoamericanos, UNAM, México, 2013.
- HERNANDEZ, Valeria, *Otra mirada en la diferencia*, Tesis para obtener el título de licenciada en Psicología, UAM-Xochimilco, México, 2006.

DOCUMENTALES:

- El Camino de la Nueva Salud, EZLEN, 42 min. Caracol IV, México, 2007.