

La relación médico-paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación

Blanca Zuñilda Mendoza González

Resumen

La relación médico paciente como un vínculo indispensable en el desempeño de la práctica médica, es algo más que una relación terapéutica, a través de ella se ponen de manifiesto las relaciones sociales en toda su complejidad.

Al investigar la práctica biomédica en el medio rural indígena en México, resulta evidente el ejercicio del poder médico y otras características del modelo médico dominante. Una relación médico paciente que hace manifiesto un espacio social, donde surgen contradicciones: étnicas y de clase, económicas, políticas y sobre todo ideológicas, que alejan a la práctica médica de una orientación idealista.

Abstract

The relationship patient doctor as an indispensable bond in the acting of the medical practice, it's something more than to therapeutic relationship, through her shows the social relationships in all their complexity.

When investigating the biomedical practice in the indigenous rural means in Mexico, it's evident the exercise of the medical power and other characteristics of the dominant medical pattern. A relationship patient doctor that makes apparent to social space, where contradictions arise: ethnic and of class, economic, political and mainly ideological that move away to the medical practice of an idealistic orientation.

Palabras claves: Relación médico-paciente, poder, ideología.

Key words: Doctor-patient relationship, power, ideology.

Fecha de recepción: octubre 1999
Fecha de aprobación: diciembre 1999

Correspondencia: Calle Brasil # 33 Centro Histórico,
C.P. 06020 Distrito Federal, México. Tel: 55 81 99 46.
e-mail: ehecatil@mail.internet.com.mx



Introducción

En este artículo voy a tratar la relación que se establece entre un enfermo con su médico. Pormenorizaré de qué forma esta relación es inclusiva a un modelo médico que hace manifiesta la desigualdad social, la apropiación técnica del conocimiento y la desvalorización del saber de la alteridad.

Parto de considerar la enfermedad como una doble construcción, la elaborada por el profesional y la que se expresa a través del enfermo, ambas aunque de manera diferente, están condicionadas por aspectos sociales, culturales y técnicos (Mendoza, 1997), y en el curso de la misma, desencadenan un complejo proceso en busca de alcanzar la curación. La solicitud de atención médica está determinada por esto y en consecuencia cargada de una gran cantidad de confrontaciones.

Me acercaré a esta problemática, a través de la descripción y análisis de la forma en que se lleva a efecto esta relación entre profesionales biomédicos y enfermos en una región indígena del estado de Oaxaca.

Recurriré a referentes teóricos que me permitan articular este tipo de vínculo, con las características del modelo médico hegemónico y el ejercicio del poder médico.

Relación o subordinación

Referir a la relación médico-paciente en el ámbito institucional biomédico, presupone un evento que se desarrolla en un espacio específico, llámese consultorio u hospital, casi siempre en condiciones similares y entre los mismos actores.

La perspectiva humanista de la medicina ha considerado esta relación, no un evento rutinario en la práctica de la medicina, sino piedra angular del ejercicio clínico (Martínez, 1987). Sugiere una orientación idealista, donde todo acto médico, lleva implícita una relación igualitaria y desinteresada, que traerá por consecuencia beneficios en el resultado terapéutico (Martínez, 1983). Cabe mencionar, la relevancia que la relación médico-paciente ha tenido en la historia de esta disciplina, que incluso ha sido normada a través de diversos códigos deontológicos.¹

¹ Hipócrates enfatizó el respeto que el médico debe tener hacia su paciente, el código de Hammurabi especifica el castigo que recibirá quien dañe a un enfermo (Herreman, 1991).

Desde nuestro enfoque, resulta insuficiente considera la relación médico paciente sólo desde una perspectiva humanista. Es necesario identificar el acto médico como un acto esencialmente social que permite poner de manifiesto contradicciones. Al hacer patente el encuentro entre actores sociales con un acervo cultural, poniendo en juego condiciones económicas-políticas y a fin de cuentas el ejercicio del poder (Campos, 1994).

El acto clínico expresa en lo concreto, la importancia político-social e ideológica del poder médico, que se sustenta en el modelo biológico del cual parte la medicina científica actual, estructurando un sistema de atención que tiene como eje de acción la curación y la intervención médica en todos los espacios (Menéndez, 1983).

No debemos perder de vista que la medicina moderna se expande como parte de un proceso de reproducción económica e ideológica, en dicho proceso el modelo médico hegemónico (MMH) intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, resolviéndose en la práctica social a través de la apropiación y transformación de los mismos (Menéndez, 1992).

Retomaré en el análisis el concepto de MMH, desarrollado por Menéndez,² por considerarlo fundamental para dar cuenta a través de sus características estructurales de las relaciones de hegemonía-subalternidad que se hacen patentes a través de la relación terapéutica biomédica.

Concretando, el modelo médico dominante ha logrado que vislumbremos esta relación, descontextualizada de su trama social, como si fuera el resultado de un acto ahistórico y asocial; valorándolo en relación con la aplicación de un conocimiento técnico para la resolución de problemas de salud o enfermedad (Menéndez, 1992).

² Los rasgos estructurales del MMH son biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores, tendencia a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las prácticas curadoras, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, medicalización, normatización, tendencia al control social e ideológico, consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, escisión teoría y práctica (Menéndez, 1983).

La relación médico-paciente, diversas intersecciones

La investigación sociológica y antropológica desarrolló de forma temprana un creciente interés en la relación médico paciente, considerándola como un encuentro social precedido de supuestos sobre el propósito de la reunión y por la condición y papel de los participantes (Strauss y Glaser 1970; Becker 1971; Goffman, 1970). Encuentro no exento de dificultades, el sociólogo estadounidense Freidson afirmó que:

Siempre hay un conflicto entre los núcleos separados del lego y del profesional. Los vocablos pueden diferir considerablemente y el valor atribuido a la salud y a la prevención a largo plazo, pueden también diferir en modos que de manera inicial no fueron obvios para los participantes. Ya que, tanto médico como paciente cuentan con un modelo explicativo de la enfermedad que abarca causas, curso de la enfermedad y expectativas terapéuticas (Freidson, 1978).

Ya Boltanski y su equipo de colaboradores habían hecho manifiesta la mediación y determinación que la clase social, de médico y paciente, imprime en la relación terapéutica (1977). Así como la investidura de enemigo y dominador que acompaña al médico instalado en zonas de colonización y guerra (Fanon, 1976).

Desde la perspectiva de la antropología médica, la importancia actual en la investigación respecto de la relación médico paciente, supone incluso el desarrollo una subdisciplina denominada antropología clínica (Papas, 1990; Chrisman y Maretzky edits. 1982, citados por Cortés, 1997) que propicia la intervención en el ámbito clínico de estos profesionales y ha centrado su interés en el padecimiento de quien lo sufre, la experiencia de la enfermedad y las redes semánticas (Kleinman, 1988; Cortes, 1997). Considerando que la experiencia de la enfermedad trae consigo un cambio en las prioridades usuales de la vida, ansiedad, dependencia, que necesariamente conllevan a la solicitud de atención, ya sea doméstica o profesional.

Los autores que se han enfocado a la atención biomédica, reiteran que 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 (Fitzpatrick, 1990). 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 (Fanon, 1976), 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 si se realiza en el consultorio de un centro de salud rural, una unidad de medicina familiar urbana, un hospital público o un consultorio privado (Aguirre Beltrán, 1986).

A partir del producto de un trabajo etnográfico en la región triqui, procederé a la descripción pormenorizada del contexto y la interacción en que se desenvuelven los actores sociales al entrar en contacto en una relación terapéutica, trataré de identificar cómo el enfermo y el médico toman posiciones en este vínculo —cargadas ideológicamente— que permiten hacer manifiesta las contradicciones de las relaciones sociales.³

Biomédicos y triquis, contexto e interacción

Para iniciar, identificaré los actores de la relación médico-paciente en esta población. El médico académico, es pasante en servicio social o médico titulado con contrato temporal de la Secretaría de Salud (SSA), Instituto Nacional Indigenista (INI) o del dispensario médico religioso, a disposición de la comunidad por tiempo completo.

Los pacientes, son indígenas triquis que residen en la región mixteca alta del estado de Oaxaca, colindando con el estado de Guerrero.

El escenario, es la población de San Juan Copala, cabecera política, religiosa, administrativa y sanitaria de la región triqui baja, con una población de 630 habitantes, predominando los jóvenes y las mujeres, el 56% son menores de 14 años. Sus actividades productivas son la agricultura y la elaboración de artesanías textiles y en segundo término el comercio y los servicios; la migración es un fenómeno creciente en la región, al igual que en la mayoría de las poblaciones campesinas del país. El monolingüismo se presenta en el 25% de la población, el grado de escolaridad es de cuarto de primaria y existe un 22% de analfabetismo. La comunidad no cuenta con agua potable, ni con drenaje; sus medios de comunicación son deficientes.

El panorama epidemiológico de la comunidad reporta tasas de mortalidad de casi el doble de la nacional, predominando la mortalidad infantil. Sus principales causas de muerte son

³ Este artículo forma parte de una investigación acerca del proceso salud/enfermedad/atención en la población triqui de San Juan Copala, Oaxaca (Mendoza, 1994).

enfermedades infecto/contagiosas, violencia, accidentes y desnutrición.

Estos datos, nos hablan de condiciones de insalubridad, inseguridad, desgaste físico y mala alimentación que existen en la comunidad, las cuales repercuten de manera determinante en su salud. La gente en Copala se enferma y se muere por patologías que a nivel nacional, están dejado paso a las crónicas degenerativas.

La atención a la enfermedad por parte de la biomedicina está representada por tres instituciones: la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional Indigenista y una congregación religiosa católica, ésta última es la que más tiempo ha permanecido en la comunidad, desde hace 35 años los triquis tienen contacto con representantes de la biomedicina. No existe atención médica privada en la comunidad, pero los triquis recurren a ella en otras poblaciones aledañas. El recurso existe, no así la accesibilidad al mismo.

Podemos reconocer condiciones de marginación social, un panorama epidemiológico producto de la precariedad y la pobreza, así como insuficiencia en la prestación de servicios. Es decir, que el proceso salud-enfermedad-atención refiere a condiciones de asimetría, desigualdad, hegemonía-subalternidad en la que los individuos viven y mueren.

Los médicos académicos

Nos acercaremos ahora a la forma como se establece la relación médico-paciente dentro de la práctica médica hegemónica en esta comunidad.

Lo primero que observamos es un médico que permanece en la comunidad "porque no tiene otra alternativa", y en cuanto tiene oportunidad se ausenta cuatro o cinco días de la semana, lo que crea conflictos con la población que le reclama su ausencia.

La consulta médica diaria se proporciona en horarios que no corresponden con los ritmos de la vida diaria de la comunidad. Durante la mañana, los triquis realizan sus actividades agrícolas o domésticas y por la tarde disponen de tiempo para solicitar la atención médica, pero frecuentemente el servicio institucional está cerrado.

El lunes es un día de gran movimiento en la comunidad, hay tianguis, la gente de los barrios acude a Copala y aprovecha su viaje (hasta de seis u ocho horas a pie) para hacer compras, vender sus productos, arreglar asuntos políticos administrativos, religiosos y por supuesto médicos.

Las instituciones de salud atienden los lunes, un promedio de 40-50 pacientes cada una, por lo que resulta inconcebible que el médico no se encuentre en la comunidad precisamente ese día. Durante el resto de la semana, el promedio diario es de cinco paciente y casi siempre llegan en grupo, el resto del día es tiempo muerto para el médico, que no obstante permanece en el consultorio aunque no sea horario de consulta.

Las actividades extramuros del personal de salud son muy escasas, lo que realiza son pláticas de educación para la salud a los escolares de primaria y secundaria, por un periodo de una a dos semanas, con lo que satisface las expectativas institucionales de atención comunitaria.

Durante mi estancia en la comunidad (seis meses), no observé a los médicos establecer contacto con la población fuera de su atención en el consultorio, no participan en las actividades sociales ni festejos.

Los médicos en la comunidad, se niegan a proporcionar atención médica domiciliaria, ésta sólo se realiza dentro de la unidad de salud. Las razones que argumentan para su negativa son: larga distancia entre el consultorio y el domicilio del paciente que debe recorrer a pie, que el paciente sí recorre; imposibilidad de trasladar los elementos diagnósticos y terapéuticos necesarios, ausencia de un estímulo económico, malas condiciones de la vivienda del paciente para la atención médica. Cada uno de estos obstáculos podría ser superado, si la intención del médico fuera el auxilio del paciente y no su comodidad.

El médico se considera parte de una institución, su responsabilidad profesional la establece con ella, no reconoce su responsabilidad con los pacientes ni con la comunidad, esto se pone de manifiesto en sus largas ausencias, su negativa de atención fuera de horario, su falta de interés en los pacientes y su indiferencia ante la falta de recursos. Un médico con contrato temporal nos dice:

Yo soy médico de contrato, no tengo compromiso con este centro de salud y menos con la gente, por eso yo puedo hacer lo que quiera, cuando se cumpla mi tiempo, no vuelvo a pararme por aquí, allá ellos que se las arreglen como puedan.

Para el médico, el paciente triqui es responsable de sus problemas de salud, lo culpan de sus enfermedades. Aún conociendo las condiciones sociales, económicas y laborales de las familias, las limitaciones para conseguir alimentos nutritivos y variados, dados los costos y la falta de abasto, la escasa producción agrícola condicionada por la erosión de la tierra, la falta de fertilizantes y tecnología, así como el

acaparamiento y explotación que sufren los triquis a manos de los intermediarios mestizos. Una doctora del centro de salud afirma:

Esta gente tiene la culpa de como está, porque el gobierno le ha dado ayuda a esta zona, pero ellos no lo aprovechan (...) tienen bastante tierra que cultivar, por acá se da el plátano y el café, pero quién sabe que hacen con el dinero que viven tan mal, no comen, los niños viven de milagro, vienen en un estado de desnutrición que claro se enferman y se mueren.

Es indispensable reconocer que una de las bases en la relación médico-paciente es la comunicación, tanto verbal como no verbal. Entre médico académico y paciente triqui, esta comunicación está seriamente deteriorada; el idioma se erige de manera explícita como el gran obstáculo. No obstante, la expresión corporal hace manifiesto el rechazo y la discriminación hacia el indígena.

Si bien, es cierto que la diferencia de idioma dificulta el diálogo, lo fundamental sería la disposición que tenga cada uno de los integrantes de este proceso para que éste se lleve a cabo. El médico se niega rotundamente a aprender, incluso las palabras elementales para la mejor comprensión en su práctica clínica, más aún percibe el idioma triqui como un "dialecto que ni ellos entienden (los triquis)". Para el médico, el idioma es un obstáculo para poder ejercer su prescripción terapéutica, ya que duda de la capacidad del interprete para transmitir sus órdenes. En cambio durante el interrogatorio no expresa la misma inquietud, si no comprende directamente al paciente, pasa a la exploración física o los auxiliares de diagnóstico cuando los tiene, "pensando que el cuerpo será más comunicativo". Pero aún la exploración física se realiza de una manera restringida, sólo se exploran las regiones afectadas, incluso sobre la ropa o descubriendo áreas muy pequeñas, esta situación se ve reforzada por el pudor de la población esencialmente femenina. Un médico del INI se queja:

No me gusta estar en este pueblo, el lugar es bonito pero la gente no me gusta, la consulta no se puede dar porque ¿cómo se hace semiología? Si la gente no entiende nada. Uno les dice algo, ¿quién sabe que pensarán?, así no se puede, qué medicina va uno a hacer (...) en otras comunidades en las que he trabajado, ahí sí, como es gente que entiende, gente muy fina, no indígenas, ahí sí puede uno trabajar.

Es patente que en su función como curador, el médico se manifiesta como autoridad, establece una relación de autoritarismo, discriminación y menosprecio con sus pacientes. El se identifica superior a la comunidad, considera a la población responsable de su problemática incluso la médica. No establece compromisos con la población ni con los individuos, sino con lo no tangible: la institución.

La comunidad y las instituciones

San Juan Copala se percibe por el exterior como una población peligrosa e inhóspita, donde se genera violencia, de ahí que los médicos la consideren una plaza de castigo. Hay argumentos reales y otros no, en que se basa esta apreciación.

Por un lado, las condiciones de violencia social y política que vive esta región desde los años cuarenta, en algunos periodos crítica y en otros subsumida, violencia que debe ser interpretada como consecuencia de la extrema pobreza, manipulación política y económica, acaparamiento y explotación que sufre este pueblo.

No existe ningún dato que registre la agresión hacia las instituciones o su personal, los triquis guardan gran respecto y consideración para médicos, enfermeras, maestros, sacerdotes y otras personas que han trabajado por su comunidad.

La población triqui, tiene muy claro los beneficios que a su gente le ha traído la presencia de la biomedicina en la comunidad. La atención médica es para ellos, una de las demandas de bienestar social.

Pero los médicos desconocen todos estos datos, para ellos solamente existe un prejuicio "los triquis no son buenos, se matan entre ellos", y si a este juicio se agregan otros como el monolingüismo, ignorancia, terquedad, pobreza y suciedad (todos estos calificativos empleados para referirse a ellos), quizá se reúnan suficientes puntos para justificar ante los ojos de los médicos, el maltrato, menosprecio, autoritarismo y discriminación que se ejerce durante su práctica médica y en donde se expresa de manera clara la relación de poder-subordinación que existe entre médico y paciente.

Las instituciones de salud son percibidas por los médicos como más importantes que los individuos, aún cuando la institución no cumpla oportuna y suficientemente con sus obligaciones, como en el caso del abasto de recursos materiales y humanos oportunos para el desempeño de las acciones diarias.

La falta de medicamento en las unidades médicas es la regla más que la excepción, en estos casos el médico culpa nuevamente a la comunidad, argumentando que la causa del desabasto, es la falta de organización de la población para solicitar y trasladar los medicamentos de la jurisdicción sanitaria a la comunidad, uno de los médicos dice:



Aquí hace falta mucha medicina, yo no voy a ir a Huajuapán a traerla, si ellos quieren que consigan y traigan un carro para ir, pero si no les interesa a mí menos, yo no voy a venir cargando el medicamento.

Se expresa de esta manera, las características que identifican al MMH corporativo, con una estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la atención médica, burocratismo y la consecuente disminución de las responsabilidades y dominación de un criterio de productividad. La tendencia a actuar sobre el medio y no sobre los individuos (Menéndez, 1992).

Los pacientes triquis

El paciente triqui en todo momento reconoce la eficacia de la práctica biomédica. Tiene muy clara la delimitación en las áreas de acción terapéutica entre el médico y el curador popular, identifican "enfermedades del cuerpo" que son tratadas por los médicos y "enfermedades del espíritu" que son tratadas por los curanderos.

Las representaciones y prácticas de la población asociadas, están basadas en una cosmovisión de su entorno que rebasa el enfoque biologicista del médico.

Actualmente existe la tendencia creciente, principalmente entre maestros bilingües y migrantes, a considerar la atención biomédica como la mejor alternativa ante cualquier enfermedad.

La actitud del paciente triqui es de subordinación ante el médico, aunque en ocasiones desobedece sus indicaciones y mantiene hábitos que son desaprobados por el personal de salud, pero no existe una posición de resistencia o enfrentamiento con los representantes de la biomedicina. Los triquis aceptan la autoridad del médico como han aceptado el poder del mestizo.

Los triquis no siguen el ritmo urbano de la consulta médica, acuden en grupos de cinco o más integrantes de un grupo doméstico y de una misma localidad viajando con un intérprete.

Pueden esperar largo tiempo la consulta sin inquietarse, durante su espera hacen grupos por género y pasan horas platicando en el vestíbulo del centro de salud, ahí permanecen sentados en el suelo, aunque la enfermera les pide y casi les exige que utilicen las sillas para sentarse, esta petición se hace no por la comodidad del paciente, sino para evitar que ensucien el suelo, ya que la enfermera es la encargada del aseo.

Al entrar al consultorio lo hacen en grupo, lo que ocasiona el disgusto del personal de salud, que les exige una consulta individual, "uno a la vez", sólo con el intérprete, rompiendo la concepción y dinámica comunal de la población.

Los triquis acuden a consulta solicitando siempre una inyección "vine a que me echés aguja buena", ellos consideran el medicamento inyectable más fuerte, más eficaz y más rápido, incluso se enojan cuando no se les inyecta y dudan de la eficacia del tratamiento oral.

Reconocen en el médico un individuo que sabe curar, ha aprendido a base de mucho estudio, esfuerzo y dinero, porque no cualquiera puede ser médico, el médico pertenece a los que tienen poder.

Para los triquis, la práctica médica privada es más eficaz que la institucional y en ocasiones más cálida, ya que ahí se convierten en clientes, la diferencia la basan en el tipo de medicamento, "los que regala la clínica no sirven, los que se compran en la farmacia son mejores". Saben que para acceder a este tipo de atención, es necesario contar con recursos económicos que la gran mayoría de ellos no tiene.

A través de la actitud de los pacientes y su interacción con el representante biomédico, es posible dar cuenta de la interacción que se establece entre los modelos médicos; en donde las representaciones de los enfermos acerca de la enfermedad y el proceso de atención, parten de una concepción globalizada de los padecimientos y los problemas, la acción terapéutica supone casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, tendencia al pragmatismo, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas (Menéndez, 1992).

Conclusiones

Lo hasta aquí expuesto, permite vislumbrar la complejidad de factores que se interrelacionan para dar como resultado el acto médico, que se repite cotidianamente y por lo mismo pierde importancia a los ojos de sus actores.

De ninguna manera podemos agotar la reflexión, si no se colocan sobre la balanza todos y cada uno de los elementos que determinan el tipo de práctica médica que a fin de cuentas no es más que un reflejo del complejo proceso social.

Pero si podemos reconocer que el médico aparece ante la comunidad como representante de la biomedicina, cumpliendo un papel de poder, importante en la construcción de la hegemonía. Es parte de un grupo social y como tal se le



permiten actitudes de discriminación hacia el indígena, la cual definitivamente repercute en la accesibilidad del servicio de atención que presta. El médico, a fin de cuentas tiene un papel de legitimación de Estado.

Cumple funciones de normatización y medicalización, no sólo en sus indicaciones relacionadas con la enfermedad, sino que establece normas de conducta en el vivir cotidiano, que modifican paulatinamente, aunque con resistencia, la forma de comportamiento propia del grupo, ejemplo de esto es su indicación de una consulta médica individual que altera la *dinámica colectiva del conjunto social*.

El principal apoyo y reconocimiento con el que cuenta el médico, es la eficacia de sus acciones terapéuticas, que han incidido en el mejoramiento de las condiciones de enfermedad y muerte de la población. Lo que desde nuestro punto de vista lo limita, es su formación profesional, orientada al ámbito hospitalario y la especialización, que determina la insatisfacción en su desempeño profesional en el medio rural

y más aún entre población indígena, al no cumplirse sus expectativas académicas, profesionales, económicas y de interrelación social (Mendoza, 1994).

En la relación médico paciente se pone de manifiesto claramente la relación de poder sobre la población marginal, incluso los médicos pasantes ejercen este poder, en el acto curativo se manifiesta el poder médico en lo social y lo ideológico.

En mi opinión, la práctica médica en las comunidades rurales y en especial indígenas (aunque no exclusivamente) genera la oportunidad para conocer la realidad social que viven estos grupos sociales y establecer un compromiso con poblaciones marginales, es donde de manera prioritaria son necesarios los servicios médicos que se proporcionan. Sin embargo, dicha oportunidad sólo será aprovechada, si dentro de la formación profesional se cuenta con la información adecuada sobre los aspectos socio culturales que determinan el proceso salud-enfermedad-atención.

Bibliografía

- AGUIRRE BELTRAN GONZALO (1986). "Status y rol en la relación médico paciente", en: *Antropología Médica*. México, CIESAS, pp. 207-232.
- BECKER, HOWARD (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- BOLTANSKI, LUK (1977). "Relación médico paciente y distancia social", en: *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica*. Ciencia Nueva, Buenos Aires.
- CAMPOS ROBERTO (1994). "La relación médico paciente: ¿una relación de poder y subordinación?", en: Rosa María Lara, *Medicina y Cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*, México, Editorial Plaza y Valdés Folios, pp. 233-260.
- CORTES, BEATRIZ (1997). "La experiencia de enfermedad y narración: El malentendido de la cura", en: *Nueva antropología* 52-53, GV y UAM-I, México, pp. 86-116.
- FANON F (1976). "Medicina y colonialismo", en: *Sociología de una revolución*, México, ERA, pp 97-119.
- FITZPATRICK R. y COL (1990). *La enfermedad como experiencia*. México, Fondo de cultura económica, pp. 101-114.
- FREIDSON E (1978). *La profesión médica, un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península, pp. 313-327.
- GLASER, D. y A. STRAUSS (1971). *Status passage*. Aldine. Chicago.
- GOFFMAN, ERVING (1970). *Ritual de la interacción*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- HERREMAN R. (1991). *Historia de la medicina*. México, Trillas, pp. 23-33, 49-59.
- KATZ, JAY (1989). *El médico y el paciente: un mundo silencioso*. Fondo de Cultura Económica, México.
- KLEINMAN, ARTHUR (1988). *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*. Basic Books.
- MARTÍNEZ FERNANDO (1983). "Enfermedad y padecer", en: México, *La medicina del hombre en su totalidad*, pp. 31-44.
- MARTÍNEZ FERNANDO (1987). "Relación médico paciente", en: *Antropología y práctica médica*. México, UNAM, pp. 213-232.
- MENDOZA B. ZUANILDA (1994). *De lo biomédico a lo popular. el proceso salud enfermedad atención en San Juan Copala, Oaxaca*. Tesis de Maestría, ENAH.
- MENDOZA B. ZUANILDA (1997). "Enfermedad ¿para quién? El saber popular entre los triquis", en: *Nueva Antropología* 52-53, UAM-I/GV, México, pp. 117-140.
- MENENDEZ EDUARDO (1983). "Recursos y prácticas médicas tradicionales", en: X. Lozoya, C. Zolla, *La medicina invisible*. México, Folios ediciones, pp. 38-61.
- MENÉNDEZ EDUARDO (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales", en: R. Campos, *La antropología médica en México*. México, Instituto Mora-UAM, pp. 97-114.