

Religión y política en el consumo de prácticas médicas

Jaime Tomás Page Pliego
Centro de Estudios Universitarios
UNACH.

Se analizan las causas del "consumo" de diferentes prácticas sanitarias y su efectividad o formas de resolución. Ello enmarcado en los cambios que se suscitaron en la tenencia de la tierra y en la visión del mundo de un grupo indígena de la región norte del estado de Chiapas, en México.

Se aplicaron entrevistas a informantes clave y encuestas con objeto de captar las soluciones que emprenden las familias de la comunidad para la resolución de sus enfermedades.

El análisis de la información se realizó sobre tres ejes. En el primero, se aborda la distribución de cuatro diferentes opciones de atención; en el segundo se agruparon las diferentes opciones de acuerdo al sistema de atención al que pertenecen: plantas medicinales-curandero y farmacia-médico/clínica; y en el tercero se analizaron las aparentes curaciones bajo el criterio de cada familia (éxitos). Hubo diferencias significativas, en los adultos, por grupos de edad, dado que cada grupo vivió de manera distinta el proceso de organización para la lucha por la tierra. También estas diferencias fueron apreciables con el indicador de alfabetismo lo que permite presuponer, en el caso de los alfabetizados, la asimilación de hábitos correspondientes a la visión dominante del mundo a partir del sistema educativo.

Las razones por las cuales la población opta predominantemente por alguna alternativa se relaciona, además de con aspectos ideológicos y culturales, con la efectividad de una u otra práctica para el tratamiento de las diferentes enfermedades. Sin embargo, en todos los casos, fue alarmante los bajos índices de curación, o dicho de otra manera, la baja efectividad de las diferentes opciones.

Introducción

El presente trabajo es resumen del informe final de una investigación realizada con Tzotziles del ejido Las Limas, Municipio de Simojovel de Allende, en la región norte del Estado de Chiapas.

Constituye un estudio de caso cuyo objetivo principal es analizar el proceso que se ha suscitado en el objeto "consumo de prácticas médicas" y cómo repercutieron en éste las acciones de la Iglesia católica, así como su tendencia en el contexto de cambios en las prácticas sociales que sufre la comunidad,

como consecuencia, predominantemente, de los cambios que se dan en la tenencia de la tierra y en la visión del mundo,¹ presuponiendo que se podrá observar una tendencia hacia el predominio en el consumo de prácticas médicas propias del modelo médico hegemónico.

Hago la distinción entre lo que sería práctica médica vista como proceso de trabajo, como el hacer del terapeuta, como la estructura intrínseca de la práctica en sí y, lo que es el consumo de prácticas médicas, es decir, la forma en que la población, la comunidad o el individuo, incorpora, "disfruta, se apropia individualmente"² de los pro-

ductos, en este caso, del servicio que proporcionan las diferentes prácticas médicas.

Con objeto de ubicar nuestro objeto de estudio dentro del marco de la reproducción social, se procedió a caracterizar los procesos de producción-reproducción de las dos fases de trabajo a que se ha visto sujeta la comunidad: en la finca y el ejido con objeto de contar con parámetros de comparación que hagan posible la determinación de los cambios y tendencia del consumo en general y, en particular, del consumo de prácticas médicas.

Por otra parte, conociendo la importancia que tuvieron las acciones de "La nueva Iglesia católica" en los procesos políticos, religiosos y organizativos en la lucha por la tierra así como en los cambios suscitados en el consumo de prácticas médicas; se procedió a caracterizarlas y analizarlas, así como las estrategias en que se sustentaron. Análisis que se realiza desde una perspectiva documental y a través de la experiencia de la comunidad.

Se documentó y analizó el objeto de estudio "consumo de prácticas médicas," durante la etapa de la finca y en la actualidad, con objeto de establecer diferencias y determinar su tendencia actual.

La técnica utilizada fue, básicamente, la realización de entrevistas a personas clave de la comunidad: comisariado ejidal, miembros del comité de salud, un informante y una comisión de ancianos, estos dos últimos comisionados *ex profeso* por la asamblea. La información obtenida por este medio fue asentada como testimonios, apoyados con el

registro de datos producto de la observación pasiva y la investigación documental.

Con objeto de captar cuales son las acciones que emprenden las familias de la comunidad para solucionar las enfermedades que se producen en su seno, se aplicó una encuesta, procedimiento al cual me referiré en el momento de presentar los resultados correspondientes.

Contexto socioeconómico

Los cambios a que hago referencia, empiezan a gestarse a finales de los sesenta, como consecuencia de un proceso de lucha organizada cuya meta fue la recuperación de la tierra, que al alcanzarse, terminó con el trabajo explotado bajo una forma semiservil,³ en el cual ni la tierra, ni la producción les pertenecía, para pasar a operar bajo el modelo del ejido, con la consecuente propiedad de la tierra, los medios y la producción, lo que a su vez genera una relación diferente con la sociedad global —que en última instancia es factor determinante en los cambios que se dan en las prácticas sociales de la comunidad (a este respecto se puede observar un esbozo en la Tabla 1). Cabe agregar que dichos cambios no se dan sólo a expensas de lo material. En la situación semiservil, estos campesinos indígenas se encontraban prácticamente confinados en las fincas y sujetos a prácticas sociales circunscritas a su tradición cultural; sobre todo con el reforzamiento —por parte del finquero— de aquéllas que coadyuvaban al control social, y que en el proceso de lucha son rechazadas y desplazadas de sus nuevas formas de organización social.

Tabla 1

Tabla comparativa de la producción-reproducción social entre las fases ejidal y semiservil de la comunidad de Las Limas, Simojovel de Allende, Chiapas.

Concepto	Momento productivo	
	Fase ejidal	Fase semiservil
Fuerza de trabajo		
a) Unidad de producción	- Familiar con extensión al colectivo.	- Cuadrilla de trabajo.
b) Régimen salarial	- Mano vuelta o pago en especie sólo en temporada.	- Asalariados.
c) Migraciones	- No hay.	- Entre las fincas.

continúa...

<i>Concepto</i>	<i>Fase ejidal</i>	<i>Fase semiservil</i>
Organización del trabajo		
a) División social del trabajo	- Familiar.	- Cuadrilla que subordina a la familia.
Hombres	- Parcela, cacería.	- Finca, trabajo colectivo, parcela, cacería.
Mujeres	- Doméstico, hortaliza y animales de corral.	- Igual a ejidal más trabajo en la casa del patrón.
b) Jornada de trabajo	- 8 a 10 horas.	- 13 horas.
c) Actividades productivas	- Café, ganadería, maíz, frutales y hortalizas.	- Igual a ejidal.
Medios de producción		
a) La tierra	- Régimen ejidal en propiedad parcelaria 3.5 a 5 h por familia.	- Propiedad del finquero, con parcela de media a una hectárea en renta para la producción del consumo familiar.
b) Instrumentos de trabajo	- Nivel de desarrollo de instrumentos de trabajo muy atrasado. Sin embargo, se observa el uso de insumos industrializados.	- Nivel de desarrollo de instrumentos de trabajo muy atrasado.
Destino de la producción		
a) Propiedad de la producción	- Ejidatario.	- Finquero.
b) Destino de la producción	- Comercio y autoconsumo.	- Comercio.
Distribución- circulación		
Servicios		
a) Educativos	- Primaria Federal.	- Ninguno.
b) Esparcimiento	- Basquetbol.	- Basquetbol. - Fiestas religiosas.
c) Comunicaciones	- Carretera, camino de herradura, energía eléctrica, teléfono, correo, telégrafo.	- Vía fluvial, camino de herradura.
d) Religiosos	- Templo católico en la comunidad.	- Ermita en la finca. <i>continúa...</i>

Concepto

e) Comerciales

Fase ejidal

- Tienda campesina y farmacia en la comunidad, servicios comerciales en las cabeceras municipales.

Fase semiservil

- Tienda del finquero.

Ingreso

- Proviene principalmente de la venta de café y en forma secundaria de la venta de huevo y verdura.

- Proveniente de la venta de la fuerza de trabajo.

Consumo

Consumo

a) Alimentación

- Base: maíz, frijol, verdura, café, huevo, aves, cacería, frutas.

- Base: maíz, frijol, cacería.

b) Vestido

- Mercado: sal, azúcar, galletas, cal, latería.
- Preferentemente ropa de fábrica de telas sintéticas.

- Mercado: sal.
- Tradicional.

c) Vivienda

- Materiales obtenidos de recursos naturales propios de la comunidad.
- Materiales industrializados.

- Materiales obtenidos de recursos naturales propios de la comunidad.

d) Consumo doméstico

- Todos los utensilios son obtenidos en el mercado.

- Todos los utensilios son de elaboración casera.

Organización social de la comunidad

a) Política

- Ejidal, órgano de máxima instancia: asamblea. Pertenencia a una organización política: CIOAC.
- Pertenencia a una organización de crédito: Uncafaecsa.

- Control social ejercido por el finquero.

b) Religiosa

- Comité eclesial de base.

- Semitradicional controlado por el finquero.

La lucha por la tierra

Como se mencionó, a finales de los sesenta la situación socioeconómica de la región llega a un punto crítico, la presión de los trabajadores del campo sobre la tierra se agudiza debido a diferentes factores, de entre los que destacan: ⁽⁴⁾ el incremento poblacional, la disminución del poder adquisitivo, los bajos salarios, el alza en los precios de los productos necesarios para el consumo, la

corrupción en los organismos estatales y en organizaciones de masas bajo control estatal, la amenaza, por parte de la Comisión Federal de Electricidad, de inundar un área extensa de las tierras de la zona, al poner en operación la presa de Itzantún, entre otros.

Como resultado de esta situación se empieza a observar un proceso organizativo y el inicio de la lucha por la tierra. Entre los hechos más relevantes, se menciona la

formación en 1974 de la primera Unión de ejidos independiente de la zona, que surge como fruto del I Congreso Indígena en San Cristobal las Casas,⁵ en que estuvieron representadas las cuatro principales etnias del estado. Durante los años 1976 -77 se produce la incorporación de una gran cantidad de acasillados y baldíos al movimiento:⁶ la razón de mayor peso, estribó en que el proyecto Itzan-tún no les reconoció personalidad jurídica ni en la dotación de tierras, ni en los reacomos. Entre otros hechos se destacan: la invasión de un gran número de fincas y la militancia de más de 30 comunidades en Organizaciones de masas como CIOAC, OCEZ y Unión de Uniones.

Parte de la problemática de tenencia de la tierra en la comunidad en estudio se resuelve con la estrategia gubernamental denominada Plan Sabinés⁷ que contempló la compra mancomunada de las tierras invadidas, lo que trasladó el conflicto de los terratenientes hacia el Estado, constituyéndose, entonces, como reivindicación el logro de la condonación del pago de la deuda al gobierno, lo cual se logra a finales de 1988,⁸ cuando la comunidad adquiere el carácter legal de ejido.

La Nueva Iglesia católica y el destierro de la medicina tradicional

Para el caso de esta comunidad, el principal agente ideológico fue la Iglesia católica, que a finales de los sesenta y principios de los setenta llevó a cabo las estrategias planteadas por la Nueva Iglesia, producto de la II Conferencia General del Episcopado Latinoamericano que se realizó en Medellín, Colombia en 1968, y cuya unidad operativa es el Comité Eclesial de Base (CEB), que "...se reconoce como iglesia de los pobres, es decir, iglesia que toma partido en la conflictividad social al lado de los oprimidos..."⁹

La importancia de abordar este aspecto es que permite entender parte del proceso de cambio rápido en las prácticas en general y en particular las características que adquiere el consumo de prácticas médicas en la comunidad.

Si bien el proyecto de La Nueva Iglesia se planteó como objetivo principal la opción por los pobres, con el compromiso tácito en cuanto a su participación militante en el cambio de la situación de opresión y marginación,¹⁰ también se planteó objetivos teológicos que incidían en la concepción ortodoxa de su propia iglesia, sobre todo en la interpretación de los textos bíblicos.

La estrategia se inicia con el planteamiento del problema de la tenencia de la tierra y de la organización para su recuperación,¹¹ y alrededor de esto se realiza el trabajo de ideologización religiosa, cuyo resultado se refleja en la

decisión comunitaria de rechazar la concepción tradicional del mundo con la consecuente eliminación de prácticas estructurales. Hecho que no hubiera sido posible si no hubiesen existido las condiciones socioeconómicas y culturales necesarias.

He pretendido hacer la observación y cuantificación parcial de dicho fenómeno a partir del objeto "consumo de prácticas médicas" que, como ya mencioné, se refiere al tipo de práctica médica que los usuarios seleccionan y utilizan para curar sus enfermedades; debido en primer lugar a que la concepción de salud-enfermedad -en este caso la tzotzil-tzeltal- y en general entre las culturas indígenas mesoamericanas, está estrechamente vinculada a una visión mágico-religiosa del mundo; en segundo lugar, a que ante la generación del proceso de resignificación de lo religioso y de la visión del mundo, la práctica médica y su consumo necesariamente se ven afectadas; por último, reforzando este cambio, el proceso de penetración ideológica y material del modelo médico hegemónico dentro del contexto general de la reproducción ampliada del capital, que se concreta a través del mercado, de las instituciones de salud del Estado y de las acciones de la Iglesia católica, en este caso.

El aspecto crucial que cuestiona la visión del mundo y sobre el cual se finca la práctica médica tradicional, y que de alguna manera ha permitido la coexistencia sincrética entre el catolicismo y las formas religiosas que se dan a partir de la concepción del mundo tzotzil-tzeltal, es el politeísmo, que formal o informalmente ha constituido parte de ambas prácticas religiosas. En oposición a esto, la Nueva Iglesia rescata el concepto de la unicidad de Dios, con lo cual destruye el nexo sincrético y afecta la base primordial de la concepción tzotzil-tzeltal del mundo. Por otra parte, y con la intención de erradicar las prácticas médicas tradicionales, recurrió al ya histórico recurso de la satanización, haciendo énfasis en lo que respecta a la brujería y al origen diabólico de la iniciación onírica; acciones que dadas las circunstancias, tuvieron un peso determinante en los cambios rápidos que se suscitaron en torno al consumo de prácticas médicas, así como en las condiciones para la práctica de los médicos tradicionales.

Lo que más se resaltó en esta estrategia fue la división comunitaria que se generaba a partir de las acusaciones que hacían los curanderos de "mal puesto", y que ligado a la coyuntura que representaba la necesidad de cohesión y unidad del grupo ante los enfrentamientos que ya se presentaban en el proceso de lucha por la tierra, tuvo como consecuencia que la comunidad prohibiera el consumo de la medicina tradicional y que los curanderos proporcionaran el servicio bajo amenaza de expulsión.

Dentro de este marco vemos, por una parte, que la Iglesia no realizó un análisis en relación con los aspectos útiles de la medicina tradicional como los son las diferentes técnicas terapéuticas: la herbolaria o el efecto curativo que pudieran tener los diferentes masajes y las ceremonias de curación. Centró su estrategia únicamente en los aspectos que le parecieron negativos y que consideraron como brujería. Cabe mencionar que tampoco planteó alternativas que permitieran abordar el problema de falta de cobertura en salud que estaban generando.

Por otro lado, el “destierro” de la práctica médica tradicional de un momento a otro, no responde necesariamente a una toma de conciencia espiritual por parte de la comunidad, sino a la imposición coyuntural de ciertas condiciones dentro del contexto del proceso de lucha y a la ventaja que representó, en ese momento, la posibilidad de desplazar de su vida algunas de las formas de control social a las que había estado sujetas.

Esta condición lesionó gravemente a la comunidad ya que, por lo menos, durante una década no contó con un sistema de atención médica que tuviera cierta sistematización, recurriendo al propio seno familiar para la atención de las enfermedades que si bien les permitía manejar problemas sencillos con base en la automedicación con plantas y medicamentos de patente, no ayudó a la solución de problemas graves como la farmacia, convirtiéndose en pasto del mercantilismo de los farmacéuticos o bien recurriendo a los curanderos de otras comunidades para los casos graves. Todo lo cual contribuyó a deteriorar aún más sus ya paupérrimas condiciones de vida. Afortunadamente, la Iglesia católica, con espíritu autocrítico, ha realizado evaluaciones de sus acciones y de los resultados, reconociendo y replanteando sus principios y estrategias cuando ha sido necesario.

Por otra parte, cabe mencionar que la acción aislada de las instituciones de salud del Estado, que principalmente incide en aspectos prácticos, no basta para la asimilación del modelo médico hegemónico, debido a que en el sistema indígena, la concepción de la salud-enfermedad está estrechamente ligada a aspectos mágico-religiosos. Se ha requerido “quebrar” esta estructura, y utilizo este término porque durante los siglos que ha durado la “Conquista”, el avance en este renglón ha sido lento, pero persistente, que hacer del cual se han ocupado principalmente las diferentes denominaciones y sectas religiosas cristianas. Este caso constituye un ejemplo de los múltiples éxitos que tienen estas estrategias en la última década.

La comunidad empezó a tener alternativas de atención fuera de lo doméstico con el programa IMSS-Coplamar. Así, a partir de 1983, se conforma un nuevo patrón de distribución en cuanto a lo que a alternativas de atención

para la salud se refiere, y que básicamente hasta la actualidad está compuesto de: 1) la consulta y compra de medicamentos en la farmacia; 2) el consumo de plantas medicinales a nivel doméstico; 3) el servicio proporcionado por médicos tradicionales asentados en otras localidades, y 4) la atención del médico de los sistemas estatales de atención, principalmente IMSS-Coplamar.

Tendencias en el consumo de prácticas médicas

Con objeto de determinar la tendencia actual en el patrón de consumo de prácticas médicas, se levantó una encuesta entre el total de las familias que habitan la comunidad; se consideraron tres intentos para resolver una sola enfermedad, ya que hasta un 44.1% de la población los requiere (Cuadro 1).

El análisis de la información se realizó sobre la base de tres ejes: en el primero se abordaron las cuatro diferentes opciones de atención, ya referidas arriba, con objeto de observar su distribución; en el segundo eje se agruparon las diferentes opciones en función del sistema de atención a que pertenecen: por un lado el consumo de plantas medicinales-curandero, y por otro farmacia-médico/clínica. Esta segunda clasificación nos permite observar la tendencia por sistema de atención que priva en la comunidad; en el tercero se analizaron las aparentes curaciones, desde la perspectiva del criterio de la familia (éxitos), para los dos primeros intentos.

Los indicadores, con los que se supone existe correlación, fueron: analfabetismo, número de lenguas habladas, y grupo de edad. De estos, los que presentaron relevancia fueron los relacionados con grupo de edad y escolaridad.

Para el análisis del consumo de prácticas médicas por grupo de edad, se procedió a la conformación de tres grupos, bajo el siguiente criterio: los padres de familia que conforman el grupo de 16 a 25 años, quienes eran aún niños cuando se inició el proceso de organización para la lucha por la tierra, momento en que se empiezan a gestar y realizar cambios en las prácticas sociales del grupo; los que conforman el grupo de 26 a 35 años, eran adolescentes y adultos jóvenes, recientemente integrados al trabajo; y el grupo de 36 y más años que ya eran adultos con hábitos y costumbres arraigados. Sobre esta base se esperaba encontrar diferencias sustanciales en las características que adquiere el consumo de prácticas médicas según grupo de edad.

Respecto al indicador de alfabetismo, se consideró alfabetizados a todos aquellos que saben leer y escribir, en caso contrario la otra categoría fue de analfabetas.

En el primer intento (Cuadro 2), del total de la población podemos observar un consumo predominante de farmacia, ya que un 52.9% intentó resolver su problema con esta opción. En segundo lugar, se recurrió al consumo de plantas medicinales; el 44.1% optó por esta alternativa. El consumo de atención con el médico tradicional fue mínimo, sólo recurrió a este el 2.9%. Y referente al consumo de médico/clínica no se presentó ningún caso.

Una de las posibles explicaciones se refiere al hecho de que por más de una década, los únicos recursos de atención existentes en la comunidad fueron, precisamente, la farmacia y el uso de plantas medicinales, que bien o mal coadyuvaban a solucionar parte de la problemática de salud de este grupo en una situación sumamente crítica. También es necesario considerar, como sucede entre otros grupos sociales, que ante la enfermedad se recurre, en primera instancia, a las alternativas domésticas de autoatención, y se acude a los especialistas cuando el problema no se resuelve en este nivel.

En el análisis realizado por grupo de edad, para este primer intento (Cuadro 3), podemos destacar que en el grupo de 16 a 25 años existe una franca tendencia en el consumo de la alternativa farmacia; mientras que en el grupo de 26 a 35 años, existe una tendencia en el consumo de la alternativa herbolaria. En el grupo de 36 y más, se puede destacar una ligera diferencia, predominando el consumo de farmacia, aunque esta no es importante.

Entre los aspectos que podrían ayudar a explicar parte de esta diferencia podemos anotar que de los datos encontrados respecto a alfabetismo y grupo de edad, se puede destacar que: en el grupo de edad de 16 a 25 años, el 57.7% son alfabetizados, lo que permite presuponer la asimilación de hábitos correspondientes a la visión dominante del mundo a partir del sistema educativo, que se concreta en contenidos escolares integracionistas y, que en relación con el consumo de prácticas médicas, maneja contenidos que corresponden a la visión y concepción de la salud-enfermedad desde la perspectiva del modelo médico hegemónico, lo que podría explicar, en parte, la mayor utilización por este grupo de las alternativas alópatas. En el grupo de 26 a 35 años, el índice de analfabetismo es de hasta 84.2%, y el consumo de la alternativa tradicional es de hasta un 63.2%. A partir de esto, me arriesgo a presuponer que dado que la educación de este grupo se conformó principalmente en el seno familiar, fundamentalmente, bajo la tutela de la madre, predominan fuertemente los aspectos tradicionales. En el grupo de 36 años y más, podemos observar también un alto índice de anal-

fabetismo, sin embargo no existen diferencias importantes en las tendencias de consumo de una u otra alternativa. A este respecto, cabe destacar que, aun cuando este grupo está fuertemente arraigado en lo tradicional, fueron sus integrantes los que tomaron las decisiones y se comprometieron a realizar los cambios necesarios en sus prácticas sociales y concomitantemente respecto a las formas de curarse. Curiosamente dentro de este subgrupo no se presenta ningún consumo de médico tradicional en el primer intento.

Lo anterior se confirma al analizar el indicador de alfabetismo (Cuadro 4), que nos permite observar, para el primer intento, que los analfabetas consumieron predominantemente plantas medicinales, hasta un 55% de este grupo recurrió a éstas. Además cabe mencionar que sólo en este grupo se hicieron consumos de médico tradicional. Entre los alfabetizados fue predominante el consumo de farmacia, ya que hasta un 67% de este grupo se inclinó por ese servicio.

Para el primer intento, al hacer las sumatorias farmacia/médico/clínica y médico tradicional /plantas (Cuadro 5), en todos los grupos se mantienen las tendencias ya señaladas.

El 92.6% del total de la población recurrió a un segundo intento (Cuadro 6), de éstos: el 34.9% optó por la farmacia; el 31.7% por las plantas medicinales; el 6.3% por el médico tradicional y el 26.9% por médico/clínica. Sobre esta base podemos notar, que el consumo de farmacia sigue predominando sobre las otras opciones. También se nota como de un consumo prácticamente inexistente en el primer intento, más de la cuarta parte del grupo consume médico/clínica.

En lo que respecta a la distribución del consumo de prácticas médicas por edad (Cuadro 7), podemos notar que para el subgrupo de 16 a 25 años se da una ligera preferencia por el consumo de médico/clínica, sin dejar de lado que el consumo de plantas en este intento es bastante elevado. Para el grupo de 26 a 35 años es notable el giro que da el consumo, ya que hasta un 50% consume farmacia. Sin embargo, el consumo de médico tradicional es más elevado en este grupo que en los demás y predomina por sobre el consumo de médico/clínica. En el grupo de 36 años y más podemos notar que sigue predominando el consumo de farmacia, pero el consumo de plantas y de médico clínica es elevado.

En relación con el indicador de alfabetismo (Cuadro 8), podemos decir que tanto en el grupo de analfabetas como en el de alfabetizados hubo un predominio en el consumo de las alternativas alópatas, pero en el primero

se dio a expensas de farmacia, mientras que en el segundo predominó el consumo de médico/clínica.

Al hacer las sumatorias de farmacia médico/clínica y plantas-medicina tradicional (Cuadro 9), podemos observar como en todos los grupos de edad la tendencia predominante es hacia el consumo de las alternativas alópatas, ya que en ninguno fue menor del 60%.

El 44.1% del total de la población requirió de un tercer intento (Cuadro 10). De éstos, el 67% consultó con el médico tradicional, el 29.1% al médico/clínica; y el 3.2% consumió en la farmacia.

En el análisis por grupo de edad (Cuadro 11), podemos observar que en todos hubo un predominio por el médico tradicional, sobre todo en los dos grupos por arriba de 26 años, mientras que en el grupo de 16 a 25 años todavía podemos observar consumo de farmacia y un consumo de hasta 38.5% de médico/clínica.

En relación con el indicador de alfabetismo (Cuadro 12), el 75% de analfabetas recurrieron al consumo de médico tradicional, mientras que los alfabetizados lo hicieron en un 55%, el otro 45% utiliza los servicios de médico/clínica.

Al analizar la sumatoria de prácticas (Cuadro 13), podemos notar que en todos los grupos de edad existe un predominio en las alternativas tradicionales, sin embargo, en el grupo de 16 a 25 años la diferencia en la tendencia no es importante, mientras que en los otros dos grupos el rango es bastante amplio; hasta un 77.8% de cada uno optó por las alternativas tradicionales.

La mayor parte de la población, después de no curar su enfermedad en los dos intentos previos, prácticamente se vuelca hacia su medicina tradicional tratando de reencontrar en su tradición y en su pasado las respuestas y soluciones que las alternativas de la sociedad dominante no les proporciona; convencidos de que la enfermedad es de origen divino o proveniente de la brujería. Sin embargo, no puede dejar de mencionarse el hecho de que los alfabetizados lo hacen en menor medida, presentando en conjunto una tendencia mucho más marcada al consumo de las alternativas alópatas.

Las razones por las cuales la población opta por una u otra alternativa en los diferentes intentos, responden, además de aspectos ideológicos y culturales, al antecedente y precedente de efectividad que unas y otras prácticas tengan en el tratamiento de las diferentes enfermedades. Uno de los presupuestos que se han hecho en torno al aumento en el consumo de médico tradicional, para el tercer intento, es que ante un proceso mórbido de larga evolución,

que no se ha podido erradicar, la familia y/o el enfermo se inclinan a considerar que éste es producto de la brujería, por lo que se consulta al especialista en esta materia.

El abordaje del tercer eje de análisis, al que he denominado "Índice de Éxitos", resulta un tanto problemático. Primero, porque no es representativo de la verdadera efectividad que pudieran tener las diferentes alternativas de atención, ya que siendo el objeto de la encuesta detectar la tendencia del consumo, no contempló: la caracterización de los diferentes problemas de salud; una posible clasificación de los mismos; la duración de la enfermedad; cuáles se curaron debido a la terapéutica y cuáles por propia evolución; si los tratamientos fueron llevados a cabo correctamente, y, por último; tampoco se consideraron los diferentes tipos de terapéutica empleada. Por lo mismo, este análisis sólo refleja la manera cómo entre la comunidad circula la aparente efectividad o no de las distintas alternativas.

Para abordar este aspecto sólo se tomaron en consideración los dos primeros intentos, ya que de estos es posible determinar el porcentaje de "éxitos" y del tercero no.

En el primer intento (Cuadro 14), hubo un total de 7.4% de éxitos. Considerando cada opción de consumo, podemos ver que un 50% de los que recurrieron al médico tradicional se curaron, de los que consumieron farmacia y plantas, los porcentajes no rebasaron el 8.8%.

En el segundo intento (Cuadro 15), se registró un total de 49.2% de éxitos, de estos el mayor porcentaje se dio en el grupo que consumió farmacia. El porcentaje más bajo se observó entre los que consumieron plantas medicinales a nivel casero. De entre los que consumieron médico tradicional el 50% se curó; la proporción fue igual al del primer intento; de los enfermos que consumieron médico/clínica el 50% se curó.

Independientemente de que no se pueda hacer un análisis profundo con los datos con que se cuenta, es por demás alarmente ver los bajos índices de curación, lo que de alguna manera, muestra la baja efectividad que las diferentes opciones tienen.

Conclusión

Estas cuatro posibles opciones de atención representan las posibilidades a las que tiene acceso el grupo, pero también muestran que el hecho de que se haya dado un cambio sustancial en varias de las prácticas sociales, como una necesidad para enfrentar la coyuntura socio-política y económica, no necesariamente se traduce, a su vez, en un cambio inmediato de las prácticas correspon-

dientes, sino más bien en un proceso de integración y consolidación de los mismos –que se refleja en el consumo y práctica– y en menor magnitud de algunas prácticas tradicionales.

El consumo de prácticas médicas no es la excepción, el proceso es transicional, por lo mismo, siempre es posible ver coexistiendo elementos tradicionales y propios del modelo médico hegemónico. Y aunque la asamblea proscribe la práctica médica tradicional y su consumo, cuando no logran curar la enfermedad, con las plantas y después en las opciones alopáticas casi indefectiblemente se recurre al médico tradicional fuera de la comunidad.

Es necesario hacer notar que la tendencia hacia el predominio en el consumo de las alternativas alópatas es coherente con la tendencia general de las características del modo de producción mercantil simple; es decir, entre mayor incorporación de elementos de la sociedad capitalista, mayor tendencia al consumo de las prácticas ligadas al modelo médico hegemónico. Sin embargo, no podemos dejar de lado la tendencia al deterioro de la calidad de los servicios estatales de salud que se refleja en el bajo índice de “éxitos”, de lo cual el grupo se percató, emprendiendo, en el caso concreto de la comunidad en estudio, acciones que intentan rescatar los aspectos positivos de su medicina tradicional, como lo es la sistematización y reaprendizaje de su medicina herbolaria tradicional.

Cuadro 1
Frecuencia por intentos en el consumo de prácticas médicas para resolver una misma enfermedad, Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

Intentos	núm. de grupos familiares	%
Primero	68	100
Segundo	63	92.6
Tercero	31	45.5

Fuente: Encuesta.

Cuadro 2
Consumo de prácticas médicas según primer intento, Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

Farmacia		Plantas med.		Médico trad.		Médico clínica		Total	
frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%
36	52.9	30	44.1	2	2.9	0	0	68	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 3
Consumo de prácticas médicas por grupo de edad según primer intento, Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

G. edad	Farmacia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
16 a 25	15	65.2	10	38.5	1	3.8	0	0	26	100
26 a 35	7	36.8	11	57.9	1	5.3	0	0	19	100
36 y más	12	52.2	11	47.8	0	0	0	0	23	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 4
Alfabetismo por grupo de edad primer intento, Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

Alfabetismo	farmacia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
Analfabetas	18	40	24	55	2	5	0	0	44	100
Alfabetizados	16	67	8	33	0	0	0	0	24	100
Total	34	50	32	47	2	3	0	0	68	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 5
Consumo de prácticas médicas por grupo de edad primer intento según medicina alópata—recursos tradicionales en Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988

G. de edad	Alópata	%	Tradicionales	%	Total	%
16 a 25	15	57.7	11	42.3	26	100
26 a 35	7	36.8	12	63.2	19	100
36 y más	12	52.2	11	47.8	23	100
Total	34	50.0	34	50.0	68	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 6
Consumo de prácticas médicas. Segundo intento, Las Limas, Simojovel, Chiapas.

Farmacia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
22	34.9	20	31.7	4	6.3	17	27	63	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 7
Consumo de prácticas médicas por grupo de edad según segundo intento,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

G. de edad	Farma- cia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
16 a 25	6	25	8	33.3	1	4.2	9	37.5	24	100
26 a 35	9	50	4	22.2	3	16.7	2	11.1	18	100
36 y más	9	42.9	6	28.6	1	4.8	5	23.8	21	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 8
Consumo de prácticas médicas por alfabetismo segundo intento,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

Escola- ridad	Farma- cia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
Analfa- betas	19	46	12	29	2	5	8	20	41	100
Alfa- betas	5	23	7	33	2	9	8	36	22	100
Total	24	38	19	30	4	6	16	25	63	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 9
Consumo de prácticas médicas por grupo de edad segundo intento
según medicina tradicional-medicina alópata,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

G. de edad	Alópata	%	Tradicional	%	Total	%
16 a 25	15	62.5	9	37.5	24	100
26 a 35	11	61.1	7	38.9	18	100
36 y más	14	66.7	7	33.3	21	100
Total	40	63.5	23	36.5	63	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 10
Consumo de prácticas médicas según tercer intento,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

Farmacia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
1	3.2	0	0	21	67.7	9	29.1	31	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 11
Consumo de prácticas médicas según grupo de edad, tercer intento,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

G. de edad	Farmacia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
16 a 25	1	7.7	0	0	7	53.8	5	38.5	13	100
26 a 35	0	0	0	0	7	77.8	2	22.2	9	100
36 y más	0	0	0	0	7	77.8	3	22.2	9	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 12
Consumo de prácticas médicas por alfabetismo, tercer intento,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

Escolaridad	Farmacia	%	Plantas med.	%	Médico trad.	%	Médico clínica	%	Total	%
Analfabetas	1	5	0	0	15	75	4	20	20	100
Alfabetas	0	0	0	0	6	55	5	45	11	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 13
Consumo de prácticas médicas por grupo de edad, por medicina
alópata, medicina tradicional, tercer intento,
Las Limas, Simojovel, Chiapas, 1988.

G. de edad	Alopática	%	Tradicional	%	Total	%
16 a 25	6	46.2	7	53.8	13	100
26 a 35	2	22.2	7	77.8	9	100
36 y más	2	22.2	7	77.8	9	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro 14
Exitos por opción primer intento, Las Limas, Simojovel 1988.

Opción	Consumo	%	Exitos	%
Farmacia	34	100	3	8.8
Plantas med.	32	100	1	3.1
Médico trad.	2	100	1	50
Médico clínica	0	-	-	-
Total	68	100	5	7.4

Fuente: Encuesta.

Cuadro 15
Exitos por opción segundo intento, Las Limas, Simojovel, Chiapas. 1988.

Opción	Consumo	%	Exitos	%
Farmacia	24	100	13	54.2
Plantas med.	18	100	7	38.9
Médico trad.	6	100	3	50.0
Médico clínica	16	100	8	50.0
Total	64	100	31	49.2

Fuente: Encuesta.

Notas

¹ Visión o concepción que se refiere a una interpretación sistematizada del mundo tanto en el ámbito o dentro del contexto de la producción agropecuaria capitalista, en donde, además de la explotación característica del capitalismo, el trabajador se encuentra sujeto a su fuente de trabajo debido a medidas coercitivas como el endeudamiento, relaciones patriarcales, etcétera.

^{2, 3} Castro: 1981 y Toledo Tello, *op. cit.*

⁴ Castro: 1981, p. 224. y Toledo Tello, 1987. p. 6.

⁵ Concha Malo: 1986, p. 133.

⁶ Toledo T: *op. cit.* p. 6.

⁷ Page Pliego: 1991, p. 20.

⁸ *op. cit.*, p. 25.

⁹ Centro de Estudios Ecueménicos: 1987, p. 104.

¹⁰ *op. cit.*

¹¹ Page, *op. cit.*, p. 102.

Bibliografía

Centro de Estudios Ecueménicos. *El compromiso político de las Comunidades Eclesiales de Base*. México. D.F., 23-25 de enero 1987.

Concha Malo. González Gari, F., Pierre Bastian, Jean. *La participación de los cristianos en el proceso de liberación popular en México*. Siglo XXI. México. 1986.

Page Pliego Jaime T. *Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil de Simojovel de Allende, Chiapas*. (estudio de caso), UNACH, Chiapas, México, 1992. (en prensa).

Pérez Castro, Ana Bella. *Estructura agraria y movimientos campesinos en Simojovel, Chiapas*. ENAH, México, 1981.

Toledo Tello, Sonia. Atraso y violencia en Chiapas: El caso Simojovel. Ponencia presentada en el "2o. Coloquio Internacional de Mayistas", celebrado en Campeche, Camp. CEI UNACH, Chiapas, México, 1987.

