

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

Que no se seque la vida

Salud indígena y agua entre los Teenek de San Luís Potosí, México

O t r a s r e p r e s e n t a c i o n e s d e l e l e m e n t o



Memoria para optar al título de
Antropóloga Social

Profesora Guía: Sonia Montecino Aguirre
Asesora Metodológica: Alexandra Obach King
Alumna: Alejandra Carreño Calderón

2006

Agradecimientos



Al terminar este trabajo surgen en mi memoria un sin fin de nombres y rostros que de diferentes modos, permitieron dar los pasos que culminan con estas palabras.

En primer lugar, agradezco a mi padre, madre, hermanos, abuela y abuelos, que con su amor, apoyo y confianza, permitieron asomarme a los surcos de esta disciplina, me enseñaron de perseverancia, esfuerzo y cariño por los viajes. Y lo seguirán haciendo

En segundo lugar a Iván, por su amor, apoyo incondicional y ternura, que acompañaron cada una de estas partidas, regresos y palabras, sin las cuales no habría sido capaz de entregar el corazón y plegar los miedos.

A mis amigos y amigas, de siempre y de ahora, que me apoyaron, con paciencia, buenos consejos y humor en esta pequeña travesía; gracias Cami, Katty, Coca, Vivian, Andrea, Sole, Mery, Carmen, Víctor y la pequeña Gala.

A mis amigos de México, a Elda y Lupita, compañera de viaje. Por la paciencia, el cariño diario y el alivio a la nostalgia.

A Francisco Peña, por sus inmensas enseñanzas antropológicas y de las otras, a Sonia Montecino y Alexandra Obach, por los consejos, la confianza y la oportunidad preciosa de realizar este viaje.

Finalmente y muy especialmente, a los hombres y mujeres teneek de San Isidro, que generosamente me regalaron su tiempo, palabras y parte de su vida. Espero que este trabajo sea una forma también de agradecer y retribuir la deuda inmensa que queda al partir.

Virtud de los elementos

Amiga soy de la lluvia
Porque es un arpa cantora
De alambres y bordonas
Que tuntunean con furia
Amiga de la centuria
De los espacios tesoros
Y de los ecos sonoros
Que guardan los granizales
Amiga de los raudales
Que entornan su lindo coro

Amiga de la neblina
Que ronda los horizontes
Cordillerales y montes
Con su presencia tan fina
La nieve por blanquecina
Poblados y soledades
Bonanzas y tempestades
Son mis amigos sinceros
Pero mi canto el primero
De todas mis amistades



Violeta Parra. Amigos tengo
por cientos

Imagen 1

Portada: **Refrescádonos en la Huasteca.** Archivo Fotográfico Programa Agua y Sociedad del Colegio de San Luís

Imágenes: Acervo Personal Alejandra Carreño Calderón, Patricia Gallardo Arias, Archivo Fotográfico Programa Agua y Sociedad del Colegio de San Luís.

www.colsan.edu.mx/investigacion/aguaysociedad/default.htm

Ilustraciones: Víctor Cofré Muñoz

Índice

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	7
1. Mapas y caminos.....	11
2. Objetivos:	12
3. Antecedentes	13
3.1. La lucha de los pueblos indígenas por el agua dulce.....	13
3.2. Almas de Maíz: permanencias y alternancias de los teenek de San Luís Potosí	18
3.2.1. El tiempo de los abuelos.....	18
3.2.2. Huir hacia la sierra.....	18
3.2.3. Colores del paisaje e invenciones cotidianas.....	20
4. Marco teórico: construyendo diques y canales.	23
4.1 Miradas y reconocimientos a la salud indígena.....	23
4.1.1. Salud indígena: de encantamientos a tradiciones.....	23
4.1.2. Del problema de la creencia al valor político de la salud.....	27
4.1.3. El ejercicio íntimo de la salud: hablares entre sistemas y sujetos.....	31
4.2. La provocación de los símbolos	33
4.2.1. La trama simbólica de la salud.....	33
4.2.2. La construcción simbólica de los géneros.....	39
4.2.3. Biomedicina sobre los cuerpos excluidos.....	41
4.3. Cuerpos y agua: las formas políticas de la salud.....	43
4.3.1. La razón de los cuerpos.....	44

4.3.2.	Limpieza y pureza: el arribo médico a los elementos.....	47
o	Del agua inquietante a la invasión de los monstruos invisibles	
o	Higiene india y femenina: limpias y modernas	
4.4.	Imaginario de agua y abluciones indígenas.....	52
4.4.1.	Nacer, purificar y destruir. La metáfora del agua en los mitos y ritos de los indígenas de México	52
4.4.2.	Pureza y equilibrio, el agua en la medicina tradicional indígena.....	55
5.	Marco metodológico: Caminos y paisajes.....	59
5.1.	De senderos y espejos Orientación Metodológica general	59
5.2.	La Etnografía: viajes, experiencias, autorías y escrituras.....	61
5.3.	De Ushum Lab a Tsakam Lab: Entrada al campo etnográfico.....	64
5.4.	Estrategias y Azares: Técnicas de Investigación	68
5.5.	Retratos y Universos: Universo de Estudio y Muestra.....	71
6.	San Isidro: agua y abono teneek	74
6.1.	El ejido Tampaxal; el espacio de las relaciones interétnicas.....	74
6.2.	San Isidro Tampaxal: el lugar de las golondrinas.....	76
6.3.	Mapa: San Isidro Tampaxal.....	80
7.	Aguas adentro: Resultados de la investigación.....	81
7.1.	El agua de San Isidro: Cómo se consigue, usa y gestiona el agua en una comunidad indígena teneek.....	82
7.2.	Itinerarios terapéuticos y discursos de salud en San Isidro	94
•	<i>El equilibrio como bienestar</i>	
•	<i>Biomedicina en Tampaxal: Los caminos de Eufemia</i>	
•	<i>Sanadoras, curanderos, parteras, adivinos y rezanderos: el universo médico tradicional de San Isidro</i>	

7.3. El uso y significado del agua en los discursos médicos.....	113
7.3.1. La imposición de la tradición higiénica.....	113
7.3.2. Camino a las cuevas sagradas: La medicina tradicional y el agua.....	118
7.4. Historias de salud y agua en San Isidro.....	128
7.4.1. Los recorridos de la salud.....	128
7.4.2. La construcción comunitaria de la salud.....	137
7.4.3. El agua en la experiencia de salud.....	143
8. Conclusiones.....	147
9. Bibliografía:	150
10. Índice de Imágenes	159
11. Anexos.....	161
11.1. Pauta entrevistas.....	162
11.2. Ejemplo Pautas de análisis	165

Introducción

Virtud de los elementos



Imagen 2

Versos populares de nuestro país pregonan la *virtud de los elementos*, aquella fuerza, potestad, bondad de vida que guarda la naturaleza en su relación con la experiencia humana. No es primera vez que la mirada (o la oída) atenta a esta “sabiduría campesina” otorga entradas a las exploraciones de la antropología. Y es que el agua, como recurso vital para todos los seres vivos, es uno de los elementos acompañantes naturales de la vida humana, que tal como dice el aforismo, “*no sólo sirve para comer sino también para pensar*”, (Levi- Strauss 1965). Sus innumerables formas de presencia en el medio ambiente, guardan y generan un sin fin de prácticas que cada cultura define y sitúa dentro del imaginario que la conforma, estableciendo distinciones y categorías íntimamente ligadas a las concepciones locales de la vida y la muerte, las relaciones entre los géneros y la mantención de la salud.

Es en esta relación, entre el agua y la salud, que la siguiente tesis pretende profundizar, aceptando el desafío de *repensar* realidades y vínculos cotidianos, en términos de creaciones culturales que adquieren significados particulares al ser observados actuando en el escenario de *los/as otros/as*, aquel ofrecido por los pueblos indígenas.

El proceso de re-imaginar el agua y sus vínculos con la salud nace en agosto del año 2005 cuando, gracias al convenio entre el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género y el programa Agua y Sociedad del Colegio de San Luís, me fue posible realizar un trabajo de campo en comunidades indígenas de México, principalmente una de origen teneek, durante los meses de Septiembre a Diciembre del mismo año. Dicha experiencia de campo, despertó en mí, frente a la con-vivencia con nuestra ansiada “otredad”, el interés por develar un vínculo que se revelaba fuera de las obviedades establecidas por los mandamientos higiénicos de nuestros días, y que evidenciaba la existencia de *otras* representaciones del agua y *otras* percepciones de la salud, mediadas

por distinciones étnicas y de género, suficientes para invocar las exploraciones antropológicas siempre anhelantes de comprender estos sentidos.

Elegí continuar con este estudio y convertirlo en tesis, pues me pareció que la relación entre el agua y la salud, frente a la experiencia indígena, adquiere matices poco explorados, demostrando en su arbitrariedad caprichosa, las raíces ideológicas en las que fue cultivado y las consecuencias que tiene incluir a “*la salud de las poblaciones*” (una visión única y hegemónica de la salud), como argumento fundamental en la actual discusión mundial sobre gestión del agua.

En nuestros días, oímos con frecuencia el gran interés internacional que motiva el tema del agua. Su negociación y distribución han pasado a ser parte de las prioridades de algunos países, llegando incluso a ser declarada como “*el recurso en torno al cual se disputarán las futuras guerras mundiales*”¹. Esta inquietud se da en un contexto de discusión mundial en la que prevalece una mirada mercantil al líquido, que lo sectoriza por usos productivos, juzgando la eficacia económica de las prácticas que cada grupo humano da al recurso, al mismo tiempo que excluye todas las otras dimensiones, mitológicas, rituales, médicas etc. en las que circula, junto al universo de significados que dichas dimensiones encierran en culturas particulares. Frente a este escenario, indígenas y campesinos/as se encuentran especialmente vulnerables debido a que habitan gran parte de los territorios que conservan las más importantes reservas de agua dulce, siendo habitualmente los más perjudicados con las consecuencias de las políticas mercantiles de gestión del líquido, a lo que se agrega el hecho de ser los grandes ausentes de las discusiones mundiales sobre el recurso (Peña 2004).

El agua es, desde la perspectiva de este proyecto y por las razones antes esgrimidas, un elemento político y cultural sobre el cual podemos y debemos pensar. En la presente investigación he elegido mirarlo desde lo que significa dentro de la salud de pueblos indígenas contemporáneos, como lo son los teneek o huastecos, recordando que tal como lo viene diciendo hace décadas la antropología médica, todas las sociedades humanas crean definiciones culturales para los fenómenos naturales de la salud y enfermedad, desplegando un enorme aparato ideológico, simbólico y técnico en la

¹ 2006. Nacional Geographic en español. Ejemplar de colección “Agua La Crisis Del Siglo 21”

interpretación y atención de dichos eventos e integrando distinciones en la forma en que dicho aparato se despliega sobre cuerpos femeninos y masculinos. Cada definición de salud/enfermedad, por lo tanto, conduce los itinerarios de sus vínculos con el agua.

Al desafío de indagar en las particularidades étnicas y de género que presenta el vínculo entre agua y salud en poblaciones indígenas contemporáneas, se suma la intención de observar las condiciones actuales en las que se encuentran estos grupos, sus prácticas en torno al recurso y las dificultades diarias que soportan por su reconocida condición de pobreza y exclusión. Los usos y significados del agua en comunidades indígenas contemporáneas, no son inocentes resabios de épocas pasadas ni prácticas tradicionales que se perpetúan con porfía en los grupos étnicos, son por el contrario, reflejos de las condiciones actuales que soportan, de las violencias que se ejercen sobre sus particularidades étnicas y de género y de su situación frente a la sociedad mestiza.

El medio elegido en este proyecto es la *etnografía en una comunidad teneek de la Huasteca potosina*. Como es sabido, la etnografía y el trabajo de campo son los medios clásicos que la antropología ha utilizado para acceder al conocimiento de la otredad. La investigación pretende volver a explorar en estas formas de acceso a la diferencia, que además cuentan con una situación particular, que vuelve a recordar la composición de antiguas etnografías de viajes y travesías; son retratadas por los ojos y las manos de una estudiante chilena que tuvo la oportunidad de compartir tres meses de trabajo de campo en México en el estado de San Luis Potosí, entre indígenas de la etnia teneek, nahua y pame (xi'uy), habitantes de la zona Huasteca.

Esta situación de “intercambio” si bien es un obstáculo en términos de acceso a la información, conocimiento y manejo de ciertos sentidos comunes, se ha convertido en un atractivo aliciente para desarrollar el trabajo etnográfico, aquél que plantea la suspensión de la obviedad para comprender los hilos que trazan realidades diferentes y a la vez próximas como lo son las de indígenas mexicanos.

Mi extranjería, no es razón para convertir a este texto en un caso aislado e incrustado en la lejanía mesoamericana, ni mucho menos en una apología del exotismo. Si bien la

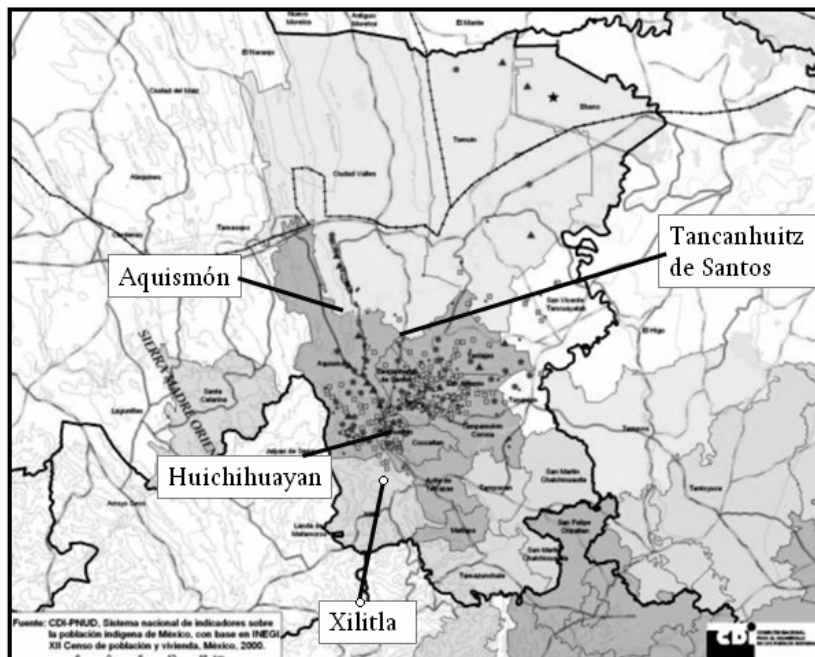
realidad indígena de México sobrepasa en diversidad lingüística, cultural y en cantidad de población autoreconocida como tal al panorama chileno, hemos de compartir con este país y con el resto de Latinoamérica, el trazado histórico que nos conforma como sociedades mestizas, así como la difícil situación que viven los grupos indígenas en su relación con las sociedades dominantes. Estas dos características son suficientes para que la intención de esta memoria no sea sólo mostrar la existencia de *otros* vínculos para el caso mexicano, sino que integrar dichas relaciones y sentidos en la discusión actual sobre la gestión democrática del recurso; entendiendo que en la ya descrita situación internacional, la “voz” indígena sobre el agua ha sido silenciada, no casual ni inocentemente, sino como una forma de legitimar una lectura exclusivamente productiva del recurso. Chile es uno de los países con políticas más liberales de agua donde, conocidos casos, han reflejado la imposición de un punto de vista único sobre el recurso.

Finalmente queda expresar la intención de crear, en la presente memoria, un texto que sea capaz de extender hasta el/la lector/a la experiencia que significó vivir el trabajo de campo entre indígenas mexicanos y realizar parte de mi tarea y formación antropológica en dicho país, compartiendo con otras personas dedicadas al tema del agua que, compusieron en parte, muchas de las reflexiones que quedarán esbozadas en la memoria. Se trata entonces, de culminar un proceso que comenzó con un viaje y que pretende cerrarse con esta invitación a construir un objeto/memoria-de-título, que traspase las sensibilidades del encuentro a través del lenguaje etnográfico y permita problematizar, acaso trastocar la quietud aparente de los vínculos entre el agua y la salud.

I. MAPAS Y CAMINOS²



MAPA DE LA HUASTECA POTOSINA



² Mapas Comisión Nacional de Desarrollo Indígena 2006

II. Objetivos

Objetivo General

- Indagar en la relación que indígenas teenek de la Huasteca potosina (México), establecen entre su experiencia de salud y los usos y significados otorgados el agua, desde una perspectiva étnica y de género.

Objetivos Específicos

- Describir los usos y significados otorgados al agua en una comunidad indígena teenek del estado de San Luis Potosí, desde una perspectiva étnica y de género
- Recorrer los diversos sistemas de salud que intervienen en la salud indígena teenek, identificando los significados que éstos otorgan al agua
- Identificar la representación que integrantes de la comunidad teenek de san Luis Potosí, otorgan al agua dentro de su experiencia de salud/enfermedad, desde una perspectiva étnica y de género

III. Antecedentes de la investigación



Imagen 3

3.1 Amarguras de agua dulce: La lucha de los pueblos indígenas por el elemento

La lucha por la tierra, no es sino, la lucha por las tierras con agua³

La extrema fragilidad de la disponibilidad de agua dulce para distintos usos, especialmente el consumo humano, ha puesto al recurso en un terreno de litigio. Desde 1977⁴ el mundo ha reconocido al agua como uno de los elementos cuya escasez amenaza con más fuerza el futuro de la humanidad.

Los aparentes consensos a los que se ha llegado en décadas de discusión, confrontados con las situaciones actuales de vulnerabilidad de la población y del medio ambiente, retratan los intereses contrapuestos en torno a la gestión del recurso, la lentitud de los cambios y las dificultades de la aplicación de leyes generales que pretenden “objetivos mundiales” como son la superación de la pobreza y la solución a la crisis del agua. En vista del panorama actual, pese a los consensos de palabra, las prácticas en torno al agua siguen amenazando la disponibilidad actual y futura del líquido.

Frente a la crisis, lo primero que salta a la vista es la historicidad del problema. Desde hace años diversas organizaciones y estudios sobre la realidad indígena histórica y contemporánea, han denunciado la progresiva expropiación de tierras y fuentes de agua que los grupos originarios han sufrido, en un proceso de larga data que contó, en

³ Horacio Crespo, citado en INI 1999:12

⁴ Año en que se realiza la Conferencia de Mar del Plata

sus inicios y en cierta medida hasta la actualidad, con la complicidad de los Estados y élites nacionales. En todo Latinoamérica es posible observar este proceso de aislamiento y consiguiente empobrecimiento de poblaciones que anteriormente fueron expertas en sistemas de mantención y gestión de sus recursos hídricos, herederos de un conocimiento sobre el manejo del agua de origen prehispánico⁵. Pese a la expropiación, el importante papel que cumplieron los indígenas en la administración pasada del recurso se perpetúa hasta la actualidad, pues aún habitan zonas claves en la protección del agua, tales como la cuenca amazónica, el altiplano andino “*donde se localiza el sistema lagunar a mayor altitud del planeta, o la selva lacandana, el último manchón significativo de selva tropical que se conserva en el hemisferio norte*” (Peña 2004:11).

Pese a esta cercanía con el recurso, los pueblos indígenas durante mucho tiempo se mantuvieron ausentes en la discusión mundial. De hecho, hacia 1992, en la Conferencia sobre agua y medio ambiente en Dublín se establecieron varios criterios en torno al recurso que se alejaban con creces del significado que más tarde demandarían los pueblos indígenas. En dicha instancia el agua fue definida como un recurso finito y vulnerable cuyo valor es *principalmente económico*, de modo que las políticas estatales debían intentar fijar un precio que permitiera *recuperar los costos de suministro del servicio, “teniendo en cuenta la equidad y las necesidades de las poblaciones pobres y vulnerables”* (ONU 2003), es decir, si bien se reconoció la importancia de la gestión “democrática y equitativa” del recurso y sus relaciones con la pobreza de los países del tercer mundo, se partió por asignar un valor económico al elemento.

La cesión de este significado no es casual. Como en toda discusión sobre un recurso tan deseado, las voces autorizadas producen un eco sonoro en los organismos internacionales, siendo, en este caso, la visión de entidades como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional las que primaron en la definición económica de un recurso natural. Para estas entidades, el principal problema del agua es su escasez explicada por el uso dispendioso “*que hace la agricultura, en particular la campesina y poco tecnificada*” (Peña 2004:8), como la indígena, proponiendo soluciones orientadas a la

⁵ Existen extensos estudios sobre el conocimiento prehispánico de sistemas de riego y canalización en mesoamérica y andinoamérica, conocimiento que en algunos casos es aplicado en las tareas agrícolas contemporáneas de grupos indígenas de ambas áreas. (referencias)

reasignación del recurso a usos más rentables a través de instrumentos de mercado, como aumento de tarifas y privatización de fuentes (Ibíd.)⁶.

Las contradicciones de estos “acuerdos” dan cuenta de la amplitud de los desafíos actuales y del papel fundamental que debieran cumplir los gobiernos locales en la consecución de los objetivos “mundiales” de solución del conflicto. Y es que si bien los diversos foros mundiales reconocen la necesidad de incorporar la participación de los/as usuarios/as, el papel de la mujer en el abastecimiento, gestión y protección del agua, el incluso reclaman “*la activa integración de mujeres y hombres indígenas en las fases subsiguientes*” (ONU 2000), los gobiernos locales generalmente han caído en una práctica abiertamente contradictoria con los acuerdos y excesivamente neoliberal, interviniendo ampliamente en beneficio de las grandes empresas que monopolizan las fuentes de agua y manteniéndose impasibles frente a las políticas necesarias para el beneficio de la población especialmente campesina e indígena (Peña op.cit.). De hecho la mayoría de las políticas y legislaciones actuales “*no toman en consideración las realidades cotidianas y los contextos específicos en los que se desenvuelven los grupos indígenas*” (Boelens 2002), sino que tienden a perpetuar la acusación de ineficiencia agrícola campesina como una justificación a la necesidad de privatización de las fuentes de agua y la consecuente desvinculación de las tareas estatales en la resolución del conflicto⁷.

Las consecuencias de esta contradicción entre las prácticas y las palabras de los gobiernos locales son evidentes; aumenta la pobreza de las poblaciones afectadas, que al perder sus fuentes tradicionales de agua pierden todas las posibilidades de reproducción de su cultura y se agudizan los conflictos ambientales (ONU 2003). Al parecer, confundir la protección del agua con la defensa de las tasas de recuperación de privados no regula el “*uso sustentable del líquido*” sino que al contrario, impone la lógica de “*el que paga contamina*” o “*el que tiene más dinero desperdicia más agua*” (Peña op.cit),

⁶ Un caso emblemático de las consecuencias que provocan medidas como éstas lo constituye la “guerra por el agua” desatada en Bolivia tras la privatización de las fuentes acuíferas y el aumento de las tarifas casi en un 200% por los nuevos dueños, “aguas del Tunari” de capitales estadounidense e italianos.

⁷ El código de Aguas de Chile, el más neoliberal del continente y sus resultados sobre la expropiación de fuentes indígenas y campesinas de agua son un ejemplo claro de esta acción de los gobiernos locales, y de las consecuencias que tiene a nivel ecológico en el medio ambiente y sociocultural en la población. Emblemáticos son los casos de las comunidades campesinas del norte chico e indígenas del antiguo territorio mapuche.

acusando la incapacidad de las propuestas liberales de garantizar la superación del conflicto, e incluso responsabilizándolas de la traslación de éste a sus límites.

La abierta omisión que se hizo durante varias décadas de la voz indígena en la búsqueda de la gestión democrática del agua es coherente con esta tendencia a hacer letra muerta de los acuerdos en las prácticas gubernamentales locales. Sin embargo, en los últimos foros mundiales (2003, 2006) y tras una inclusión lograda por *la declaración de los pueblos indígenas sobre el agua*, en Kyoto, 2003⁸, en la que se puso en entredicho la condición económica del recurso asignada anteriormente en Dublín, los pueblos indígenas han expuesto al mundo su relación con el recurso y su compromiso con la protección de éste, además de publicar los reiterados casos en los que se transforman en víctimas invisibles y silenciosas de la apropiación de “tierras ociosas” y de “recursos naturales sin dueños” que efectúan gobiernos y trasnacionales (Ibíd.). En dicha declaración dan cuenta de la necesidad de mantener al agua unida al resto de los recursos que forman la biodiversidad de sus ecosistemas. Bosques, peces, ganado, cultivos, etc. no pueden ser separados del agua y de la tierra, objetos históricos de litigio nacional-indígena; hacerlo significa desconocer la amplitud de la presencia que el elemento tiene en la vida cotidiana, en los imaginarios y prácticas antes revisadas.

Como vemos, la crisis tiene dimensiones globales asombrosas que reflejan el estado actual de las distintas culturas del mundo, pero también tiene repercusiones mínimas, un encuentro de las políticas mundiales con la fragilidad de una vida cotidiana rodeada de necesidades y enfermedades ligadas a la falta de agua, elementos que forjan el verdadero cuerpo y rostro de la crisis. Las vidas cotidianas de las comunidades indígenas mexicanas requieren de cantidades determinadas del líquido que se obtienen de diversas fuentes identificadas, gestionadas y negociadas por los/las integrantes de cada comunidad. Estudios nutricionales de grupos indígenas subrayan la demanda del recurso para la preparación de alimentos, el cuidado de animales, el aseo de los hogares, la crianza y atención de los niños, el aseo personal y el consumo diario para beber. Para acceder al agua, que no siempre es entubada⁹, cada comunidad requiere de

⁸ Disponible en www.indigenoutright.org

⁹ Recordemos que el agua entubada en México sólo llega al 52.14% de las viviendas con hablantes de lengua indígena, 46.48% no cuentan con tubería, (INEGI.2002) a lo que se agrega el hecho cuestionado de ser el agua entubada el agua más limpia y potable (Peña F. 2000)

ubicar fuentes que implican el conocimiento y manejo del territorio, de las corrientes subterráneas y de sus recursos asociados, para la construcción de *pozos, cisternas y reservorios*, los mecanismos más comunes de abastecimiento en población indígena y campesina en México.

En torno al líquido, además, se genera una compleja división del trabajo que está determinada por nivel social, edad y género, siendo las mujeres y los/las niños/as quienes generalmente se hacen cargo del acopio y tratamiento, mientras que los hombres negocian y gestionan el recurso, tareas que a su vez forjan relaciones sociales intra o extracomunitarias importantes para la vida social¹⁰. Por su parte, el control de los medios de abastecimiento y otras obras hidráulicas de riego impulsa complejas redes políticas, tanto al interior de la comunidad como fuera de ella, siendo el agua, en numerosas ocasiones, el recurso por el que se trazan conflictos, o a través del cual se sanciona por el incumplimiento de la norma o “el costumbre” comunal (Kauffer y García en Peña F. 2004:119-138).

Finalmente, frente a este panorama de discusión, la búsqueda de los significados del agua en la salud indígena, aparece como una forma de responder a las heridas abiertas de una crisis en crecimiento, una vía de acceso a los secretos no considerados en los foros mundiales pero sí expuestos, no tan secretamente, en las vidas cotidianas de una parte importante de la población mundial, como lo es la indígena americana. Es una forma de llamar la atención sobre las repercusiones que tiene la lucha por el agua cuyas discusiones “son *discusiones sobre la naturaleza de la sociedad, de su estructura productiva y del acceso que los distintos grupos sociales tienen a las oportunidades que genera*” (Barkin 2004).

¹⁰ Existen numerosos relatos de los acontecimientos vinculados a la búsqueda de agua, enamoramientos, juegos, accidentes, tragedias, conversaciones y prácticas cotidianas que pueden fortalecer o debilitar el sentido de comunidad a través del agua

3.2 Almas de Maíz: permanencias y alternancias de los teenek de San Luís Potosí

*“Teneek quiere decir los que viven en el campo,
con su idioma y su sangre y comparten el costumbre”*

(Robles)¹¹



Imagen 4

3.2.1 El tiempo de los abuelos

Los teenek de San Luís Potosí son uno de los grupos indígenas contemporáneos de México herederos de los huastecos mayenses, que hace 3500 años poblaron parte importante del Golfo de México (Gallardo 2004:5), extendiéndose desde el Norte del Estado de Veracruz, el oriente de la Sierra Madre, parte de los estados de Hidalgo y Puebla, gran porción del Estado de Tamaulipas y todo el Sureste de San Luís Potosí (Cf Ochoa 1989). La huasteca, zona geográfica que habitan los teneek desde tiempos prehispánicos, fue intensamente poblada por diferentes grupos lingüísticos y culturales cuya diversidad responde a los procesos migratorios y de expansión de los distintos imperios que surgieron en el Golfo y centro de México desde el Formativo hasta la época del contacto. Los huastecos tuvieron una forma de división territorial particular, organizada en señoríos independientes entre sí sin autoridad centralizada, lo que les permitió sobrevivir a diversas invasiones estableciendo zonas fronterizas frente a distintos grupos, pero que a su vez implicó el aislamiento lingüístico de los teneek potosinos en relación a sus vecinos de Veracruz y de otras zonas del Golfo.

A la llegada de los españoles la zona era la “*más poblada que cubre el sol*” (Nicolás Witte en Ávila A, Barthas B. y Cervantes A. 1995. p.33), famosa por su riqueza en alimentos y la diversidad étnica de los grupos que habitaban en la orilla de los ríos y también las serranías.

3.2.2 Huir hacia la sierra

¹¹ Benigno Robles R. Teenek de S. L. P.

El proceso de conquista de la zona, iniciado en 1520, redujo a teneek y nahuas de la región a un régimen de encomienda muy parecido a la esclavitud que diezmó parte importante de la población nativa por enfermedades y maltratos. La huasteca sufrió, desde entonces, un importante cambio en el uso y propiedad del suelo que pasó de agrícola a ganadero, tras la introducción de ganado bovino, propiedad de los colonizadores, en la planicie y boca sierra del territorio.

Este proceso implicó el desplazamiento de los indígenas a las llamadas “*zonas de refugio*”, asentamientos en la alta sierra, donde hasta la actualidad se ubican sus poblados. Los grupos hispanos y mestizos, a su vez, se asentaron en los llanos dedicados a la cría de ganado mayor, actividad que requirió de mano de obra indígena, la que fue conseguida en la sierra y obligada a trabajar, como producto del ya iniciado despojo de sus tierras.

La relación con los hacendados tras la independencia no cambió mucho el panorama de expropiación de la tierra puesto que, basados en las políticas de los gobiernos liberales y porfiristas, atacaron la posesión comunal, base de la organización social indígena. Esta situación se tradujo en diversos modos de abuso por parte de los mestizos y de las compañías expropiadoras cuyos archivos, de los siglos XIX y principios del XX, dan testimonio de varios de estos procedimientos¹². Como consecuencia, a principios del siglo XX el 98% de las familias teneek no poseía tierras, situación que no varió tras la revolución mexicana, puesto que en esta zona tuvo un perfil conservador caracterizada por ser una lucha entre hacendados por las tierras de la ganadería extensiva, perpetuando con los indígenas una relación de subordinación económica, política y cultural (Cf Gallardo op.cit).

Desde entonces diversos movimientos campesinos, iniciados en la época de Cárdenas, permitieron recuperar parte de las tierras y crear algunos ejidos que funcionan hasta la actualidad como bienes comunales. Sin embargo, la planicie y los valles quedaron en manos de hacendados mestizos protegidos por las políticas ganaderas del mismo Cárdenas, que obligaron a perpetuar el aislamiento y las difíciles formas de

¹² “no entrega de títulos con complicidad de autoridades municipales, declaración de baldíos y acaparamiento por parte de compañías y caciques, explotación de la ignorancia e indefensión legal para obligarles a la venta de su patrimonio, etc.” (Ávila A, Barthas B. y Cervantes A. 1995p 37)

sobrevivencia de la población indígena, que en la actualidad los sitúan bajo los índices mínimos de bienestar aceptables por el gobierno mexicano.

3.2.3 Colores del paisaje e invenciones cotidianas

Como ha quedado retratado, la Huasteca es una vasta región que abarca proporciones de cinco estados de México¹³. Conocida por la belleza, verdor y colorido de sus paisajes, en los que predomina la presencia del agua en un sinnúmero de ríos, arroyos y cascadas, su clima varía de semicálido húmedo a cálido subhúmedo con periodos de intensas precipitaciones y otros de prolongadas sequías. Es posible diferenciar tres regiones en las que se desarrollan condiciones particulares: La sierra alta, con alturas que van desde los 500 a los 1000 msnm, la sierra baja de los 100 a los 500 msnm y una tercera subregión de lomeríos suaves y planicie costera. Pese a la riqueza natural habitualmente atribuida a la Huasteca, actualmente se ha visto sometida a un intenso proceso de deforestación de las partes serranas y de contaminación de sus aguas, que son el resultado en parte de la tradición ganadera y del aumento constante de la presión sobre la tierra que impide el mantenimiento de reservas boscosas por la extensión de zonas cultivadas de manera permanente (Ávila et. Al. op.cit., p.15). De esta manera, si bien es una zona rica en recursos naturales, su preservación se encuentra bajo un delicado y amenazado equilibrio.

Si bien en la Huasteca conviven varios grupos étnicos, en la porción perteneciente a San Luís Potosí dominan los teneek, nahuas y Xi'uy o pames. Las relaciones entre ellos son de intercambio económico y cultural, e incluso se establecen lazos de parentesco a través de los matrimonios interétnicos. Herederos del trazado histórico del que se ha dado cuenta, los teneek de SLP, pese a su marginación¹⁴ conservan y reproducen en su vida cotidiana, muchos de los elementos que pertenecen al imaginario prehispánico y su concepción del mundo. En términos políticos están organizados en estructuras que

¹³ San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz, Hidalgo y Querétaro

¹⁴ Los municipios con mayor población teenek sobrepasan los índices de analfabetismo en relación al promedio de la zona, que de por sí es superior al promedio estatal. Lo mismo sucede con los índices de desnutrición, mortalidad, morbilidad materno-infantil y otras estadísticas que dan cuenta de sus precarias condiciones de vida

sintetizan, basadas en el consenso comunitario, tanto normas morales de comportamiento, como concepciones mágico- religiosas del funcionamiento del mundo. Tal como jueces, comisarios ejidales y comités se eligen y vigilan comunitariamente, las tareas agrícolas y cotidianas son compartidas y aprendidas desde la infancia dentro de la comunidad.

Desde pequeños aprenden a trabajar la tierra y conocer los ciclos de la siembra, la cual producen bajo el sistema de roza, tumba y quema pues casi no existen zonas de riego. Del trabajo agrícola obtienen todo el sustento familiar; los alimentos, plantas medicinales, combustibles y granos necesarios para la cría de animales domésticos. Maíz, frijoles, ajonjolí, calabazas, chiles, tomate y café, representan sus principales recursos. Pese a que desde sus orígenes han sido grupos agrícolas, las condiciones económicas actuales los someten a un proceso típico entre los campesinos e indígenas de hoy; debiendo emigrar a centros urbanos o incluso a otros países, empleándose como jornaleros, comerciantes, recolectores de frutas, etc.

La mayoría de las viviendas teenek se encuentran protegidas de la lluvia y el calor al situarse bajo los árboles y entre la vegetación de la sierra y los montes, aunque el progresivo acceso a recursos como la luz eléctrica ha ido transformando la distribución espacial de las comunidades, que antiguamente tenían un patrón disperso. En la construcción de éstas usan generalmente madera de otate, bambú y varas para las paredes, mientras el techo es generalmente de palma y el piso de tierra aplanada. En el centro de la casa se sitúa un fogón hecho de adobe en el que se reúnen las familias a comer, además de realizar gran parte de la vida ritual doméstica; cerca del fogón cada casa cuenta con un altar, estructuras sagradas que permiten la convivencia de los vivos con los ancestros y santos católicos, dotando la intimidad del hogar de un carácter sagrado (Cf. Gallardo op. cit., p.15).

La convivencia de lo sagrado y lo profano es una característica común en la vida indígena teneek, ellos/as consideran a la tierra (Miim Tsabaal) poblada de espíritus, donde la oposición del Este y Oeste son aspectos complementarios que mantienen el equilibrio necesario para la vida. En el Este reside el alma de personas especiales dentro de su sociedad, como lo son músicos, danzantes y curanderos. De ahí también

proviene la lluvia, la que “*encuentra a su contraparte en las cuevas del oeste. (...) todo lo que se lleva el agua en el oeste aparece en el este. Las cuevas, muy abundantes en la sierra del oeste, representan la puerta de entrada al mundo de los poderes divinos, son lugares de culto y comunicación, ahí habita el trueno, (Maam Laab) poderoso dador de la lluvia, así como la diosa de la fertilidad*” (Alcorn J. 1984).

Dentro de “el costumbre”, palabra con que sintetizan su cosmovisión, además de la simbolización del espacio y el culto al agua en las regiones del Este y en las cuevas del Oeste, existe un calendario ritual asociado a la petición de lluvias y el cumplimiento del ciclo agrícola, que comienza con la limpia del terreno donde se dan ofrendas de agua, aguardiente de caña y bolim. Siguen con las ceremonias de la siembra y la aparición de los primeros elotes o choclos tiernos (*kwetomtalaaab*) que se ofrecen al espíritu de *Dhipaak*, el niño alma de maíz, para terminar con la cosecha, en la que se agradece a la tierra y se le permite descansar. Uno de los ritos más importantes se desarrolla en el periodo de Xantolo, o todos los santos, entre el 28 de Octubre y el 29 de noviembre, tiempo en el que se recibe y venera la visita de los muertos con altares, caminos de flores y ofrendas de agua y alimentos.



Imagen 5

IV Marco teórico: Construyendo diques y canales

4.1 Miradas y reconocimientos a la salud indígena

*“Vivimos sobre la tierra, viajamos hacia el abismo
un abismo se abre acá, otro abismo se abre allá,
de inclinarte hacia una parte o hacia otra, caerás.*

Solo por el medio ha de irse, así ha de vivirse”(Códice Florentino).



Imagen 6

4.1.1 Salud indígena: De encantamientos a tradiciones

La relación entre Antropología y Medicina está teñida de los distintos matices, silenciamientos, límites y excesos que pueden establecerse entre campos que coinciden en una búsqueda fantástica: la del *“maravilloso vínculo entre el saber y el sufrimiento”* (Foucault. 2003). Sin embargo, esta relación sólo puede ser comprendida mirando a través de la red que la produce y condiciona, una red de relaciones históricas y políticas que fijan la manufactura del lenguaje y las visibilidades e invisibilidades de la mirada médica. Dichas relaciones van dando cuenta de las dimensiones que intervienen y componen la experiencia de salud-enfermedad, aquellos fragmentos que han sido vistos y ubicados en un orden, y aquellos omitidos en la definición de esta experiencia; fisiológica y cultural a la vez, que atraviesa a todos los seres humanos desde su nacimiento, y que, dados los elementos simbólicos y políticos que la componen, se transforma en un *“espía privilegiado”* de las condiciones y contradicciones de los sistemas sociales. (Menéndez 1988).

Para la investigación que se propone, las reflexiones sobre la experiencia de salud-enfermedad están referidas a población indígena, de modo que al ya complejo panorama de internarse en una experiencia biológica, fisiológica y cultural, se agrega el estar orientada hacia grupos humanos cuyas prácticas de salud han sido ignoradas e incluso consideradas un problema para los estados nacionales (Comelles y Martínez 1993). Para comprender cómo abordar la experiencia de salud-enfermedad indígena será necesario observar las omisiones y fatigosos reconocimientos en los que se tejen

las relaciones entre Antropología y Medicina, orientadas a la interpretación de “los/as otros/as”.

Como disciplinas fundadas en la Ilustración, medicina y antropología tomaron durante esos siglos, caminos separados pese a las grandes convergencias que habían tenido anteriormente y que seguirían teniendo, inconfesablemente, a lo largo de los siglos posteriores. La medicina en sus inicios como ciencia, silenció todo su discurso político-social sobre la salud-enfermedad orientándose exclusivamente sobre una mirada biologicista y “empírico-naturalista” que forma y fortalece el “modelo médico” (op. cit:7) en un proceso que Foucault (op. cit) ha expuesto extraordinariamente como un cambio de lenguaje y de mirada, de reorganización espacial de lo visible y lo invisible que comienza, cuando una pregunta milenaria –la de la salud –, se detuvo en el sufrimiento de los seres humanos y funda, en el transcurso de un siglo, la ontología y episteme sobre la que se desarrollará la mirada médica en occidente. La fijación del saber biomédico¹⁵ se da, siguiendo a Foucault (Ibíd.), gracias al desplazamiento de la experiencia de la enfermedad asociada a la metafísica del mal, hacia la experiencia, individual, positiva y concreta, de la muerte. La muerte de un cuerpo que ya no es más un tabú, un límite, el comienzo de lo invisible; sino que es un cadáver susceptible de ser abierto, desmembrado y visible. “Percibida con relación a la muerte, la enfermedad se hace exhaustivamente legible, abierta sin residuo a la disección soberana del lenguaje y de la mirada. Cuando la muerte se ha convertido en a priori concreto de la experiencia médica, es cuando la enfermedad ha podido desprenderse de la contranatura y tomar cuerpo en el cuerpo vivo de los individuos” (Ibíd. 276). De esta manera, la biomedicina se plantea a partir del siglo 18, y gracias a la integración de la muerte, como una *ciencia del individuo*¹⁶.

Al definirse como ciencia del individuo la medicina se vuelve argumento y sustancia de la ciencia positiva, el “hombre moderno”, occidental y blanco, se transforma en el centro y límite tranquilizador del saber y todo el conocimiento se encierra en esta

¹⁵ En la siguiente tesis hablaremos de sistema biomédico para referirnos a la medicina occidental que a lo largo de las teorías ha adquirido diferentes nombres según el énfasis del análisis: sistema médico hegemónico, medicina capitalista, medicina fisiológicamente orientada, etc. (Comelles y Martínez 1993: 85-87).

¹⁶ “Lo sensible, inagotable para la descripción y que tantos siglos han querido evitar encuentra al fin en la muerte la ley de su discurso, es ella la que fija piedra tangible, el tiempo que vuelve, la hermosa tierra inocente bajo la hierba de las palabras. Permite ver, en un espacio articulado por el lenguaje, la profusión de los cuerpos y su orden simple” (Foucault 2003: 277).

percepción positiva, empírica y biológica del cuerpo y el sufrimiento, transformando el lenguaje de la medicina en un lenguaje aparentemente escindido de los elementos sociales y políticos, de las subjetividades y reflexiones nacidas de la diferencia cultural, ocultando así, lo que Foucault revela como el compromiso inexorable que guarda en occidente moderno, el pensamiento médico con el estatuto filosófico del ser humano.

Frente a este panorama, la antropología aportó, por medio del evolucionismo, a la clasificación de la población indígena en función de las escalas de evolución y progreso, en las que la enfermedad y la pobreza, junto con otros rasgos culturales, incluidas prácticas de salud, eran indicadores de su primitivismo, al tiempo que argumentos oportunos para la ciencia médica en su labor de fortalecer la imposición del modelo médico más allá de las fronteras del mundo urbano occidental. En esta tarea, la biomedicina mostró un interés particular por los saberes de lo que denominó medicina popular; “*hechizos, encantos, hábitos y costumbres tradicionales referentes a la conservación de la salud*” (Comelles et al 1993: 11), tradiciones orales que debía conocer para extirpar, por ser obstáculos a la implementación de la “verdadera ciencia de la salud”.

La medicina popular, del campesinado europeo, se ve entonces como una supervivencia feroz de la medicina primitiva, que aún constituye un territorio invisible frente al que hay sólo acercamientos imprecisos que la vinculan con la magia aborígen, “*esa hermana bastarda de la ciencia*” (Frazer citado en Ibíd.25), demostrando la incapacidad indígena de distinguir entre esferas tan disímiles a los ojos del modelo médico como medicina, magia y religión (Tylor 1871 citado en Ibíd.). El interés etnográfico estuvo puesto en figuras como “brujos/as” y curanderos/as, asociados/as estrechamente a la religión y las creencias, ámbitos cercenados de la experiencia de salud y apartados de la posibilidad de existencia de la medicina indígena.

¿Qué fue lo que impidió un análisis antropológico de la salud?, Martínez (1996) indica “*la falta de reconocimiento de la enfermedad como un fenómeno social y cultural que pueda adquirir sentido de coherencia y status etnográfico (...)*” (Ibíd.370). Salvo excepciones¹⁷,

¹⁷ Excepciones que remiten a las clasificaciones de Rivers en Gran Bretaña y Clements en Estados Unidos (en Martínez. 1996:370) que plantearon el reconocimiento de la medicina aborígen como institución social y la clasificación de la etiología primitiva de las enfermedades como dividida en brujería, intrusión

los/as antropólogos/as que estuvieron en estrecho contacto con grupos indígenas del mundo, acabaron sus reflexiones sobre vida, muerte, reproducción y salud indígena en una sorprendente omisión. La antropología no estaba en condiciones de contener, visibilizar y crear un lenguaje apropiado para una forma de medicina que se diluye en el territorio de las creencias, no podía reconocer la existencia de sistemas médicos en la población indígena y por ello, si bien se contacta con la salud-enfermedad, es sólo con el relativismo cultural y particularismo histórico boasiano, que se hace posible enunciar la sospecha de que hay salud en la vida indígena.

A los resultados de los planteamientos de la escuela norteamericana en Latinoamérica y México especialmente, que permiten dar inicio incipiente a la antropología médica en ese país, se une la experiencia recogida de los *programas de salud pública* y el desarrollo de la “*antropología aplicada*”, en el contexto de la política indigenista, perspectiva que transforma al antropólogo en una herramienta de desarrollo para el estado nacional, que debe contener y controlar la salud-enfermedad de sus integrantes, sólo que en esta ocasión los sujetos a controlar no son campesinos/as y obreros/as industrializados como en Europa, sino que son sobretodo, hombre y mujeres indígenas (Cf. Aguirre Beltrán. 1955).

La antropología médica mexicana es heredera de territorios discontinuos que convergen y se relacionan: por una parte la expansión e instauración de la biomedicina como sistema hegemónico, por otra la influencia norteamericana, que despierta interés por el estudio de las “etnomedicinas”¹⁸ sumadas a las condiciones económicas y políticas del periodo post revolucionario que presentan a un Estado cuya legitimación depende de los grupos subalternos, trabajadores industriales, campesinos y grupos étnicos, “*que en función del proyecto político desarrollado, no eran tratados de la misma manera*” (Menéndez 1988:115). Es decir, la extensión de la cobertura médica privilegia la población mestiza sobre la indígena, que sigue representando un dolor de cabeza para el Estado. La antropología médica en México, por lo tanto —y en representación de otras tradiciones latinoamericanas y quizás podríamos decir, mundiales— se funda

de objetos extraños, trasgresión de un tabú, intrusión de un espíritu y pérdida del alma. Ambos aportes de bajo impacto en la antropología del siglo 19.

¹⁸ “*El estudio de las etnomedicinas refiere a los sistemas culturales y/o ideológicos que operan a través de las prácticas de control de la enfermedad, preferentemente referidas a los padecimientos “tradicionales” que ocurren en los grupos étnicos*” (Menendez 1988:113).

sobre la periferia: “*respecto a un campo de conocimiento que tiene determinados límites preestablecidos por las ciencias médicas*” (Ibíd.), sus posibilidades de desarrollo sólo pueden surgir de los bordes, de aquello que no ha sido incluido en la jurisdicción médica.

La salud indígena se entiende en estos inicios, como tejida por hebras torcidas, una cuyo corazón da cuenta de “*lo tradicional*” en salud —como perpetuación de la idea europea de las creencias y los hechizos mágicos de las culturas indígenas— y otra cuyo fin último es el fortalecimiento de la ciencia médica occidental y con ello del Estado nacional en el contexto indígena. Esta torsión de caminos, que resultan orientados a un referente común conformado por la ciencia médica, explica la ceguera con que la producción antropológica enfrentó ese escenario, sin ver las contradicciones de un sistema que aplicaba los primeros “*programas interculturales en salud*” al tiempo que veía morir a grandes contingentes de población indígena y campesina por causas evitables (Ibíd.).

Si bien se había logrado reconocer la salud indígena como nuevo territorio etnográfico, al mirarlo desde el referente de la biomedicina, se produjo una reflexión teórica que no podía salir de la excesiva supeditación a los intereses de la medicina occidental (Martínez op. cit: 372). Esta visión trascendió en estudios que escindieron a la “*etnomedicina*” de las causas y motivos que provocaban los comportamientos en salud, lo que llevó a la antropología a interesarse en campos que ya no fueron interesantes para la biomedicina— como las enfermedades tradicionales o la etnobotánica— concibiendo a la salud indígena como resultado de dicotomías entre lo tradicional y lo científico, situada en modelos de explicación como los de Fabrega (1972 en Comelles et al 1993) con su dicotomía entre *disease* e *illnes*, según el origen de la definición del padecimiento¹⁹ y de Foster (1976 citado en Citarella 1995.) con las diferencias entre enfermedades *personalísticas* y *naturalísticas*, que las definen según han sido producidas por agentes externos al paciente con participación de la comunidad o por un desequilibrio personal sin intervención comunitaria.

¹⁹ La dicotomía entre *illnes* y *disease* corresponde a criterios de definición de la enfermedad donde *disease* designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica e *illnes* designa que alguien está enfermo a partir de criterios culturalmente establecidos, estas categorías organizan términos, metodologías, y propuestas teóricas que se mueven entre los límites de lo orgánico y lo sociocultural, pero en el que la *disease* sigue teniendo un papel hegemónico” (op cit.).

4.1.2 Del problema de la creencia al valor político de la salud

El bautismo de la antropología médica a comienzos de los '60 (Weisner M 1998), es seguido por el surgimiento de miradas hermenéuticas a los sistemas médicos no occidentales, que hasta entonces no lograban visibilidad en el lenguaje médico ni antropológico. Autores como Good, Kleimann y Young problematizaron por primera vez el tema de “la creencia” y se atrevieron a integrar la emergente noción de “sistema cultural” de Geertz, en la comprensión de la biomedicina como cualquier otro sistema médico, integrando al concepto sus dimensiones socioculturales. Con una mirada interpretativa y entusiasta por lo “microscópico”, definieron la enfermedad como una realidad sociohistórica cuyo significado “*es más un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad*” (Good 1977 en Comelles et. al 1993:59-60), este síndrome de experiencias puede ser analizado semánticamente, puesto que actúa a nivel simbólico, proporcionando instrumentos hermenéuticos alternativos a la lectura empirista biomédica de la enfermedad y los síntomas. El énfasis aplicado que tuvieron estas teorías en el contexto norteamericano, instrumentalizando modelos culturalistas en la práctica médica, fueron profundamente criticados por la corriente médica crítica (AMC), que consideró los estudios culturalistas como “*ahistóricos y atéóricos, vírgenes de un examen serio de los contextos político-económico nacionales y del sistema mundial de los sistemas de atención de la salud*” (Onoge 1975 en Singer 1990), restringidos en su conceptualización de las relaciones sociales y propulsores, por sus consecuencias aplicadas, de una medicalización de vasto alcance .

Los análisis de la AMC mostraron cómo la organización y distribución de los roles biomédicos son un microcosmos de las estratificaciones de clase, raza y géneros de la sociedad capitalista. Desde su postura, son las economías y políticas globales, el marco de referencia desde el cual deben analizarse las relaciones sociales relativas a la salud y su atención (Navarro 1976 en Ibíd. 181). La lectura de la enfermedad como un texto simbólico es insuficiente al no reconocer que médicos y pacientes habitan distintos mundos semánticos y están atrapados en distintas redes de significación. Como recuerda Keesing: “*las culturas no constituyen simplemente redes de significación que orientan*

a los hombres entre sí y con el mundo, constituyen ideologías, que enmascaran realidades humanas políticas y económicas (...). Es preciso preguntarse quién crea y define los significados culturales y con qué fines, la cultura por lo tanto debe ser situada, emplazada en un contexto histórica, económica y políticamente” (Keesing 1987 en Ibíd.182). Ignorar las condiciones históricas de producción de la biomedicina es un camino abierto hacia la “culpabilización de las víctimas” a través de argumentos médicos; argumentos que nacen de una invisibilización de las condiciones sociales opresivas de ciertos sujetos (mujeres, obreros industriales, población indígena, etc.), que rodean las conductas patológicas o anormales propias de la enfermedad (Ibíd., p. 183). Las enfermedades por lo tanto, no son el resultado de un agente infeccioso o de una perturbación fisiopatológica, como anuncia la biomedicina, sino que antes que esta realidad biológica, existen problemas sociales que generan la vulnerabilidad de cierta población a la enfermedad y la muerte. Cualquier intento de creer en la enfermedad como una realidad fisiológica inmutable es entendido como resultado del triunfo de la ideología mecanicista propia del capitalismo. La AMC revela la necesidad de detener la “medicalización²⁰” de la antropología médica, aquella que sigue considerando a cualquier medicina no occidental, y por lo tanto no capitalista “como un componente de la cultura, mientras se trata a la biomedicina como un ejemplo de la ciencia” (Ibíd.184), incluyendo afecciones no identificadas por la biomedicina en la categoría de *síndromes ligados a la cultura*²¹, situados en comunidades, como las de grupos indígenas, aisladas y autogeneradas, ignorando su pertenencia al contexto global en el que se produce su experiencia de salud, un contexto de opresión de los grupos étnicos y de expansión del capitalismo que invita a la disciplina antropológica a “basar el estudio de la salud en el contexto de las relaciones de clase e imperialistas propias del sistema capitalista mundial” (Baer H. 1982 citado en Ibíd.187).

²⁰ Más adelante se discutirá mejor el concepto de medicalización, por el momento basta definirlo como la extensión política de los campos de jurisdicción médica en espacios de la sociedad que antes no le pertenecían (Foucault 1990)

²¹ La asociación de lo foráneo a la biomedicina como perteneciente a “la cultura” queda reflejada en el tratamiento que se da, hasta la actualidad, a las enfermedades tradicionales o denominadas “de filiación cultural”, reconocidas por la medicina tradicional o indígena, mientras que las definidas al interior de la biomedicina se entienden como enfermedades “orgánicas o científicas”, perpetuando la idea de ser la mirada médica occidental la ceñida a la ciencia y a la naturaleza, en tanto que las otras medicinas provendrían, a diferencia de la anterior, de las flexiones de la cultura (Gallardo 2000).

La AMC, al ser una mirada crítica al sistema biomédico, interpreta el uso de las otras medicinas, como la resistencia de los grupos subordinados a la hegemonía del sistema dominante que pretende imponerse. Por ello, al explorar en medicinas como la indígena, pone énfasis en las relaciones de poder entre los distintos “niveles” de los sistemas de atención de la salud y el modo en que la biomedicina establece estrategias de subordinación a lo que considera el “conjunto de sus competidores” (Ibíd.). De esta manera, el *pluralismo médico* es entendido como una consecuencia de la lucha de clases propia del capitalismo a la vez que evidencia de la incapacidad del sistema biomédico de curar las aflicciones que su propio estilo de vida produce²². Al llegar a este punto, la AMC ha convertido a la medicina indígena, popular y a todas las prácticas médicas “alternativas” en una especie de fuerza más relacionada con la desobediencia a un sistema de salud que se impone, que con prácticas culturales de salud desarrolladas en contextos particulares.

La antropología recorre, hasta entonces, un camino que ubica y traslada, casi desesperadamente, a la salud de los pueblos indígenas en distintos escenarios, que van desde lo más impúdico, irracional y primitivo de esta “hermana bastarda de la ciencia” hasta la lectura de la medicina indígena, como una práctica de libertad y emancipación del oprimido, escenarios que transitan en la búsqueda de comprensión y de control de estas prácticas extrañas que tienen un efecto asombroso e incómodo para la racionalidad de la mirada médica constituida a lo largo del siglo 18.

Pese al reconocido aporte de la AMC en cuanto a situar la medicina en su contexto ideológico y leer en ella las relaciones de poder, de clase, de género y etnia que reproduce, advirtiendo la necesidad de incorporar todo el sustrato político sobre el que emerge y se nutre la experiencia de salud, aún se percibe en ella una falta de reconocimiento a la posibilidad de una experiencia de salud indígena que no penda sólo de la oposición a la biomedicina, sino que por el contrario, se abra a la emergencia de una vivencia cotidiana y comunitaria en la que confluyen aspectos tanto de un profundo raigambre simbólico como las consecuencias de intensos procesos políticos

²² “Las poblaciones oprimidas pueden intentar aferrarse a las prácticas etnomédicas tradicionales, resucitarlas como una expresión de la resistencia a la dominación o como una marca de la identificación/solidaridad de grupo (...). Es la vida moderna la que crea una base importante del pluralismo médico” (Singer Ibíd., p. 192)

económicos, que configuran en la población indígena su condición de pobres y marginados. Creo que es este camino de percibir a la salud más allá de la medicina, en una exploración en la experiencia e interpretación del mal y la aflicción en cada cultura, el que puede otorgar la posibilidad de comprender la vivencia de la salud en población indígena. Las medicinas, ya sea indígena, o proveniente de cualquier otra tradición, son más las instituciones producidas para el cuidado y promoción de la salud, que el objeto de estudio en sí mismo. La salud, por el contrario y tal como veremos más adelante, se cuele y desborda otras esferas, en las que es posible leer más clara e incluso tangiblemente su vínculo con el agua.

Pese a las agudas críticas recibidas, la lectura de la salud como fuente de emergencia de significados culturales específicos para cada cultura, aparece y reaparece como una posibilidad de indagación particularmente rica para la antropología, pues, como plantea Menéndez (1994) los límites de estos significados no recaen en las posibilidades teóricas que tenemos de indagar en ellos, sino que cruzan la frontera de la interpretación de la vida y la muerte, de la fisiología del cuerpo y los despliegues de saberes y poderes alrededor de éste, de modo que resulta más bien restrictivo afirmar que el estudio de los significados en salud impide abordar las dimensiones políticas y económicas que constituyen esta experiencia. Dejar cualquiera de éstas fuera es, desde la perspectiva de este trabajo, una forma de reproducir el centralismo biomédico que impide, a través de relaciones complacientes como las del relativismo culturalista, o mordaces como las de la AMC, escapar de su laberinto.

4.1.3 El ejercicio íntimo de la salud: hablaremos entre sistemas y sujetos

Al entrar en campos de salud no es posible situarse en un sistema médico específico puesto que los sujetos, especialmente en comunidades indígenas, se encuentran enfrentados a múltiples opciones de atención a partir de los cuales crean referentes para comprender la salud y enfermedad (Cominsky1983). Ingresar en las definiciones y concepciones médicas, contiene la complejidad de escarbar en las relaciones que se establecen entre los sistemas médicos y los usos que los sujetos dan a dichos modelos. Y es que, frente a las condiciones adversas de dominación y subordinación que se han precisado para el contexto indígena, las comunidades mesoamericanas como cualquier

sociedad, no han dejado de producir un imaginario respecto a la salud lleno de prácticas y tácticas, dentro del cual navegan múltiples sistemas médicos que, para los efectos de la investigación, se identificarán como: *biomédico, tradicional - indígena, y estrategias de autocuidado o cuidados profanos* (Haro 2000).

Uno de los obstáculos que ha quedado explicitado en el recorrido de las investigaciones en salud, es el del orden y status que se ha de dar a los modelos y sistemas médicos por una parte, y por otra, a las prácticas de los sujetos al interior de ellos como creadores y reproductores de un concepto y conocimiento local sobre la salud (Castro R. 2000). La antropología de la salud ha mostrado cómo la experiencia y la concepción de la salud nacen de definiciones históricamente condicionadas que interactúan en un proceso dinámico con el patrimonio cultural del propio grupo, manteniéndose o modificándose de acuerdo a los procesos complejos que involucran a la sociedad en su conjunto (Haro op.cit.). En el caso de las comunidades indígenas, estas definiciones históricas y culturales están selladas por las diferencias de mundos socioculturales de referencia que afectan conceptos, creencias y prácticas sobre la salud y enfermedad.

La necesidad de “operativizar” los conceptos de salud, referidos a distintos marcos de interpretación, conduce necesariamente a la noción de *sistema*, como una forma de articular y ordenar las esferas por las que circulan los conocimientos, ideologías, prácticas y creencias relativas a la salud/enfermedad. Respondiendo a esta necesidad se concebirá como sistema de salud a la “*forma de respuesta organizada por una comunidad para hacer frente a las asechanzas de la enfermedad, el desequilibrio o la muerte*” (Zolla 2005:62). Evidentemente la exploración en sistemas médicos conduce al reconocimiento de las relaciones de poder implícitas en ellos, que han permitido, desde la perspectiva crítica, precisarlos entre las categorías de hegemónicos y subalternos (Menendez 1984; 1994)²³. El “*sistema médico hegemónico*” sería entonces el modelo biomédico desarrollado en Occidente desde la Ilustración, (Comelles y Martínez 1993: 85-87), mientras que los “*modelos subalternos*” serían el “*alternativo subordinado*”, conformado por todos los sistemas médicos paralelos al sistema hegemónico que van

²³ Entendiendo que la hegemonía cultural, como proceso de dominación no puede basarse sólo en la propiedad de los medios de producción, como lo plantea el marxismo clásico, sino que se complementa con una serie de otros mecanismos resultantes del poder cultural, como los sistemas médicos, que legitiman el modelo sociocultural dominante como forma natural y única de organización (Citarella 1995).

desde las medicinas indígenas, hasta las terapias alternativas y el modelo de “*autoatención y autocuidado*” (Menéndez 1984).

Entre estos sistemas se establecen relaciones de poder que se plasman en la producción de estrategias colectivas, a través de las cuales los sistemas médicos se transforman en instituciones, de modo que, siguiendo a Menéndez, se considerará que todas las formas de atender los padecimientos son instituciones en la medida que instauran una determinada manera de pensar e intervenir sobre la salud, los padecimientos y los/las enfermos/as. Sin embargo, dichas instituciones no funcionan en un nivel diferente del que experimentan los/as usuarios/as de los sistemas médicos, si no que por el contrario, si bien cada institución produce estrategias y discursos en torno a la salud y al lugar del agua en la definición de ésta, son los sujetos los que a través de sus usos, establecen los significados de dichos sistemas y sus elementos.

En este diálogo entre las prácticas y las instituciones, existen espacios, como los “*cuidados profanos*” o “*prácticas de autoatención*”, que representan parte estructural de la salud, pero que han sido históricamente excluidos, o sólo ambiguamente tratados en los estudios del tema. Los cuidados profanos abordan “*el cuidado de nosotros mismos*”, desde la experiencia del sujeto respecto su salud, reposo, trabajo, aseo diario, recreación, afectividad, etc., hasta el funcionamiento del capital social, redes sociales y grupos organizados, en torno al proceso salud/enfermedad (Haro.2000). Numerosos estudios²⁴ han señalado que la mayoría de los sujetos manejan gran parte de los episodios de la enfermedad fuera de los sistemas médicos institucionales, tomando decisiones y aplicando estrategias que sólo se entienden desde la perspectiva de los *itinerarios terapéuticos*, aquellos que transitan entre lo público de los sistemas y lo privado de las estrategias de autocuidado, y que conducen a revisar la hipótesis sobre la existencia de los sistemas médicos como entidades alternativas y excluyentes, para aproximarnos a una visión más dinámica de la realidad, en la que se perciben estos sistemas en permanente intercambio.

Los cuidados profanos son espacios fundamentales para percibir definiciones de salud/enfermedad, pues contienen niveles personales y sociales que incluso se

²⁴ Citados en Pedersen 1989:641

relacionan con dispositivos, como políticas públicas, que instituciones y el mismo Estado promueven para el control de la salud de los individuos. De modo que es usual encontrar en estos espacios a la salud vinculada a ámbitos no “*estrictamente sanitarios*” sino que pertenecientes a todos los lugares de trasgresión que, según se ha explicado, pertenecen a la experiencia e interpretación del mal. Por otra parte, toda institución dedicada a la salud, requiere de los sujetos y del grupo doméstico para poder funcionar, no sólo porque es ahí donde se toman las decisiones pertinentes sobre el resto de las opciones asistenciales a seguir, sino porque es el espacio donde se concretan las prácticas de salud, independiente del origen de su prescripción.

Estos espacios íntimos recuperan el territorio real de la salud, aquél donde resuenan las voces de las instituciones, pero que se acallan en el ejercicio cotidiano de los sujetos, además de recobrar el papel protagónico de las mujeres en el cuidado familiar, dejando de ser desplazadas en su rol de agentes de salud, como sucede bajo el paradigma biomédico. Los conocimientos pasan de de ser extirpados y culpabilizados, a formar parte de una vivencia flexible, llena de matices y sutilezas, guiada por las intuiciones del cuerpo, los miedos y desconfianzas del mal junto a las estrategias correctivas de los discursos. La salud se reanima entonces, como una experiencia íntima y comunitaria, sujeta a tramas tanto políticas como simbólicas.

4.2 La provocación de los símbolos

4.2.1 La trama simbólica de la salud

La exploración en los aspectos simbólicos de la salud descansa en un retorno a lo que Foucault ha llamado la “*mirada milenaria al sufrimiento del hombre*” (2003:2). Mirada que brota desde el nacimiento en todos los sujetos, vinculándose a la organización de los espacios del cuerpo, al lenguaje metafísico del mal y la aflicción, en oposición al del bien y el equilibrio, que en el caso de la medicina científica, tomó el camino específico antes enunciado, pero cuyas dimensiones y diversidades van mucho más allá de esta “*historización naturalizada*” de la que se ha investido la mirada médica occidental y que es la raíz de la visión que enfatiza las condiciones objetivas de producción de la

experiencia de salud, en detrimento de condiciones subjetivas y dimensiones simbólicas que considera sólo producto de las primeras.

De esta manera, siguiendo de Bourdieu (2000), entender lo simbólico como opuesto a lo real, cercano a lo “*puramente espiritual*” sin efectos “concretos” proviene de la distinción ingenua propia del “*materialismo primario*” nacida de la visión escolástica que se esforzó por “purificar” los universos, despojar a los actos y a las relaciones sociales de su dimensión simbólica (Bourdieu 1999), logrando fundar “*la doxa de los cosmos separados*”, universos escindidos que se distancian de las diferentes especies de construcción del mundo (Ibíd.7). Esta transformación epistémica que convierte la relación de los sujetos con el mundo, diferenciando el orden simbólico del “*material y/o objetivo*”, universaliza la razón ocultando así sus condiciones históricas de producción y la arbitrariedad de su dominio. Perpetuar esta visión, que divide los campos materiales y simbólicos, impide ver los efectos y actos de dominación y coerción que se ejercen principalmente por la vía simbólica; induce a ver la realidad política-económica como autónoma, al mismo tiempo que genera una semiología que trata al lenguaje más como un objeto de interpretación o de contemplación, que como instrumento de acción y poder (Ibíd. 60)²⁵.

Recibimos entonces, la provocación de acercar la investigación en salud a una dimensión simbólica que escape de la doxa de los campos separados, para asumir que los seres humanos nos comunicamos y expresamos a través de sistemas simbólicos cuya percepción está sujeta a las determinantes de los sistemas sociales que permiten la eficacia de los signos y la sensibilidad –estética y fisiológica²⁶- respecto a los símbolos condensados (Douglas 1978:28). Esto implica considerarlos instrumentos de acción, poder y control cuyas categorías diferenciales, socialmente construidas, de sexo y etnia entre otras, están arraigadas en la objetividad de las instituciones, es decir, de las cosas y de los cuerpos (Bourdieu. 1999:144).

Cualquier intento de negar la acción simbólica bajo el argumento de imponer la razón científica, no hace más que renovar el simbolismo que pretende negar. Abre de par en

²⁵ Bourdieu acusa a la teoría hermenéutica, cuya representación en salud corresponde a los culturalistas, de extraer significados intencionales y coherentes con ciertas ideologías, en el que cabe cualquier tipo de comprensión, tal como se ha observado para el tratamiento de la biomedicina por esta escuela.

²⁶ Ver Turner Victor, 1999

par las puertas a la confusión y falsea la constitución de los sistemas sociales; “*el símbolo constituye el único medio para expresar valores, es el instrumento principal del pensamiento y la válvula de regulación de la experiencia. Para que se produzca la comunicación los símbolos tienen que estructurarse. (...) Se engaña al que crea que puede existir una comunicación y una organización sin expresión simbólica, (...) los que desprecian el ritual, por lo tanto, acarician en nombre de la razón, un concepto irracional de la comunicación*” (Douglas 1978:57-69).

Al definir al símbolo como regulador de la experiencia y comunicador de valores, se asume que los significados son el producto de una colectividad incorporada en la subjetividad individual, de modo que la noción primordial, obtenida del maestro Marcel Mauss, es la de *totalidad de los hechos sociales*, en la que se entiende que la salud y las prácticas que genera, sólo pueden ser analizadas bajo el *campo gravitacional* en el que éstas cobran significado, tanto para la colectividad como para el sujeto. De este campo gravitacional en el que coincide, la función de las instituciones con la subjetividad de la experiencia vivida, dio cuenta Levi Strauss a través de uno de los conceptos que más resonancia tiene en la antropología de la salud: **la eficacia simbólica**.

La eficacia simbólica, nacida de la observación de prácticas chamánicas, tiene tal trascendencia pues permite entender la salud/enfermedad como un sistema de signos que desempeñan su función en tanto pertenecen a sistemas regidos por leyes internas de implicación y exclusión (Lévi Strauss 1987:35), además de comprender que la eficacia de la magia “*implica la creencia en la magia y en que ésta se presenta en tres aspectos complementarios: la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas, luego la del enfermo(...), en el poder del hechicero mismo, y finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquellos que él hechiza*” (Ibíd). Si bien Levi Strauss trabaja con la idea de magia y hechicería para acercarse a la curación de enfermos en sociedades tribales, el concepto es traducible a *otras* formas de enfrentamiento y alivio de la enfermedad y del “*mal*”, en el sentido en que todas, pese a sus diversidades, requieren del campo gravitacional que define y sintetiza, las relaciones entre curador, enfermo/a, y comunidad, generadora de significados.

Sin embargo, a esta concepción de la eficacia simbólica le falta lo que Keesing (op.cit) reclamaba para el análisis semántico de la salud, es decir, el trazado y circuito de los poderes que legitiman y posibilitan la síntesis de significados. En este sentido, Bourdieu ofrece una observación enriquecedora, la eficacia simbólica, que si bien tiene la gracia de batirse entre todos/as los/as suspendidos/as en el campo de gravedad, depende de los discursos legítimos de cada orden, de modo que sólo logra imponerse y adquirir su condición de eficiencia, a través del acto de control; lo que se alcanza “*en la medida en que consiguen (los campos de poder) obtener el reconocimiento (grupal) que no es más que el desconocimiento de la arbitrariedad de su principio*” (1999:138-139). Es decir, la eficacia simbólica es una acción política que requiere de obediencia y apego a las normas y sus significados, que si bien son producidos colectivamente, no están libres de las relaciones de poder que fundan las relaciones humanas, sino que precisamente descansan en estos circuitos políticos, tanto en su versión mínima y cotidiana, como en su materialización institucional.

De ello se desprende que, la eficacia simbólica de determinados sistemas médicos está sujeta a su lucha de poderes y cambia según cambian las condiciones históricas de un grupo, la fuerza de esta eficacia se debe en parte a la fuerza social, a la posición de quienes la defienden y al éxito de sus estrategias retóricas (Ibíd.147). Pese a lo cual y diferenciándose en parte de los planteamientos del autor, se presenta como un efecto sensible, flexible y dinámico, particular e infinitamente reinterpretado, pues si bien recibe las contorsiones de las relaciones de poder, al mismo tiempo soporta sus fracturas, por las que se cuelan las resistencias y creatividades de los sujetos que se relacionan con el acto mágico de creer en la magia y en los sistemas médicos con sus curadores y recursos terapéuticos, como medios de obtener la salud. La eficacia simbólica, si bien depende del trazado de los campos de poder, no es un efecto sordo a los sujetos y silente a sus significados, sino que por el contrario, los contiene y enuncia, complicando y enriqueciendo el abordaje de la salud.

Una vez concebidas estas dimensiones de la eficacia simbólica, es posible hacer más fructífera la lectura del trabajo de Levi Strauss, comprendiendo como Taussig lo ha hecho (1995), que los ritos de curación, ya sean en la privacidad de una consulta clínica o en el altar de un chamán, reajustan a la sociedad según los problemas predefinidos

por medio del paciente, *“cargada con el peso emocional del sufrimiento y de la anormalidad, la enfermedad presenta un desafío a la complaciente y cotidiana aceptación de las estructuras de sentido convencionales”* (Ibíd.142). Más allá de si la comunidad está o no físicamente presente en la interacción médico/paciente, ellos/as están tratando la amenaza que se le presenta a la sociedad y sus convenciones, *“tranquilizando la perturbación que la enfermedad desata contra el pensamiento normal, que no es un sistema estático, sino un sistema que crece, se consolida y se disuelve sobre las complejidades de sus propias contradicciones”* (Ibíd.143).

En este sentido, Taussig da un paso más allá del concepto de eficacia simbólica y sus dimensiones políticas para agregar algo que la AMC reclamó, pero que al mismo tiempo fue la piedra tope de sus propios planteamientos²⁷: las cosas como los signos y los síntomas no son *“cosas en sí mismas”*, no son sólo biológicas ni físicas sino que son *“signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales ocultando sus orígenes, en la reciprocidad humana”* (Ibíd.110). El resultado de la ideología capitalista, escribe el autor, se traduce en la *“objetividad fantasmal”* con la que se afronta la enfermedad y su tratamiento en sociedades donde este sistema económico alcanza predominio, objetividad que logra negar las relaciones humanas encarnadas en síntomas, signos y terapias, transformándolas en objetos.

Al comparar esta racionalidad que divide los hechos médicos de las subjetividades sociales, con la racionalidad indígena registrada etnográficamente, Taussig da cuenta del modo en que la ciencia médica logra contestar el cómo de la enfermedad, es decir las relaciones causa-efecto en el organismo, pero ha perdido el por qué²⁸, mientras que la ciencia indígena, no separa los hechos de los valores, *“las manifestaciones físicas no están desgarradas de sus contextos sociales y por lo tanto no se requiere un gran esfuerzo mental para leer relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales. Es un problema específicamente moderno, cuando cosas como mis órganos corporales son, en un momento meramente cosas y en otro, me cuestionan insistentemente, con una voz demasiado humana, sobre el significado social de su mal-estar”*(Ibíd.113). En este sentido, el silencio sobre la

²⁷“Piedra tope” pues si bien reconocen que las “cosas biológicas” contienen relaciones sociales, mantienen una postura dicotómica respecto a los “hechos objetivos” como el sistema económico capitalista y la subjetividad que obedece a la ideología de dicho sistema.

²⁸ El ¿por qué me pasa esto a mí?, es decir la interpretación que remite a la metafísica del mal y no al cómo de la etiología orgánica de la enfermedad

dimensión simbólica de la salud-enfermedad es el resultado esperable de una racionalidad que ha construido clínicamente la realidad en el lenguaje de las mercancías, desconectando el cuerpo y sus malestares del nexo social que los originó, travistiendo las prácticas médicas de hechos naturales.

El privilegio que ofrece la enfermedad entonces, es que con sus “*aterradores fantasmas de desesperanza y desesperación*” convierte al cuerpo en depósito estratégico de generación de significados sociales, siendo la terapia, el espacio “*donde encontramos la entonación, finamente calibrada, en que la ratificación de las categorías engendradas por la sociedad y la fabulación de la realidad, llegan a su plenitud*” (Ibíd). La enfermedad, entendida como “*desestructuración simbólica*” (Duch.2004) introduce la fisonomía del caos y del mal en la vida cotidiana, la que es interpretada a través de los paradigmas médico-culturales que permiten conectar la alteración y el daño, con el significado socialmente asignado a éste y confrontarlo a una serie de estrategias para revertir el mal y reestablecer el orden. De lo que se deduce que la relación médico/paciente busca “*reconstruir el entendimiento y la personalidad del enfermo desestructurado, recuperarlos para el seno de la sociedad e insertarlos firmemente dentro de los principios epistemológicos y ontológicos de los cuales surgen las premisas ideológicas básicas de la sociedad*” (Taussig. 1995. 115); hacer visible el mal para exhibirlo al grupo en un ejercicio cuyo objetivo se relaciona más con devolver el sentido social del evento fisiológico que con la eliminación material del agente “contaminante” responsable de la enfermedad.

El padecimiento como producto de la introducción de un agente externo aparece en el imaginario de los grupos humanos más antiguos. En el caso de la mirada médica occidental, este germen que invade los cuerpos es traducido en la teoría bacteriana, que como ninguna otra, logra liberar a la enfermedad de las relaciones sociales para transformarla en una cosa, una realidad autónoma tras de la cual se oculta “*un campo organizado de dilemas morales*” (Ibíd.122). A diferencia de esta extirpación de las relaciones sociales —pretendida, pero no concluida—, propia de la racionalidad capitalista, la medicina indígena observada por Turner entre los nembdu (1999), lee la enfermedad del paciente, la existencia el objeto extraño, como signo de que algo se está pudriendo en el cuerpo social, de modo que el rito de curación y toda la simbología desplegada en él es aprovechada como una instancia de domesticación del conflicto social, la enfermedad es usada como una representación fisiológica del mal, de modo

que la curación consiste en la visibilización del peligro y la puesta de su control al servicio del orden social tradicional, la salud entendida como una búsqueda comunitaria; “*el proceso terapéutico consiste en hacer visibles y por lo tanto accesibles, cosas ocultas y secretas cuando estas son dañinas para poder corregirlas y ocultarlas*” (Ibíd.337).

Llegamos entonces a una interesante síntesis que nos permite ver cómo en el acto de enfermar y curar se desatan significados que traducen la fisiología a un universo de relaciones sociales en constante conflicto. Ya sea en sociedades modernas y medicalizadas o en grupos tribales, la experiencia de la salud nutre y genera símbolos cuya lectura da cuenta de las tramas e itinerarios que sufre el poder en ellas, la terapia por lo tanto, es una *arqueología de lo implícito* donde se develan y ocultan simultáneamente, las relaciones sociales que se hunden dentro de las enfermedades y se escriben sobre los cuerpos. La reorganización de lo visible e invisible que anunció Foucault en la constitución de la mirada médica durante el siglo 18 cobra aquí un sentido antropológico; la visibilización de la muerte, la apertura de los cadáveres, la constitución del lenguaje sobre el individuo y el nacimiento de la experiencia clínica constituye el giro semántico que le permite a esta forma de conocimiento, ocultar sus símbolos; la bendición antropológica está, a mi parecer, en volver a hacer visible e instrumental, el examen provocador de los símbolos.

4.2.2 La construcción simbólica de los géneros

El poder de los símbolos se extiende más allá del campo de salud recién explorado. Bourdieu (2000), frente al hecho “natural” de la diferencia sexual, realiza el mismo ejercicio de visibilización de la arbitrariedad a través de los símbolos, en una exploración que concentra y acerca muchas de las perspectivas que, durante todo el siglo XX se realizaron en las ciencias sociales y humanidades, respecto al tema de las relaciones de género. A partir de estos estudios, que transitaron del análisis de la categoría de la mujer al reconocimiento del concepto de género, se definió a éste como la construcción social de la diferencia sexual, distinta del sexo, que refiere los rasgos fisiológicos y biológicos del ser macho o hembra (Montecino 1997:16). Las relaciones entre sexo y género conforman sistemas que varían de sociedad en sociedad y que componen lo que Rubyn (1986) denominó sistemas sexo /genero, un “conjunto de

arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana. Así, cada grupo humano tiene un conjunto de normas que moldean la materia cruda del sexo y la procreación” (Ibíd.16).

La introducción de la noción de género invita a considerar la variabilidad cultural de la construcción de lo femenino y lo masculino, las relaciones que se crean entre hombres y mujeres, reconociendo la multiplicidad de factores que constituyen *“la identidad del sujeto, toda vez que el género sea experimentado y definido particularmente de acuerdo a su pertenencia étnica, de clase, edad, etc” (Ibíd. 17)*. Es decir los géneros funcionan de acuerdo a categorías locales que contienen procesos históricos particulares y sumados a otros criterios diferenciales como los que constituye, en la presente investigación, el factor étnico.

La construcción del género otorga valores simbólicos a lo femenino y lo masculino. Ortner S. (1979) fue quien exploró en la construcción simbólica de estos ámbitos, al intentar explicar la subordinación y desvalorización “universal” de la mujer, a la luz de otro universal, el par de oposición naturaleza/cultura que asignaría a las mujeres un lugar cercano a aquello que todas las sociedades desvalorizan, *“algo que todas las culturas entienden que pertenece a un orden de existencia inferior a la suya (...) la «naturaleza» en su sentido más general” (1979:4)*. Encerradas en lo biológico y saturadas de sexualidad por su relación *“corporal”* con la reproducción de la especie, las mujeres son entendidas como partes *“caídas”* o tardías de lo social; subordinadas a los hombres, seres ligados a la cultura por su capacidad de intervención, domesticación y dominación de la naturaleza/mujer. Más allá de lo cuestionables que resultan estas asociaciones, por responder al proceso de subordinación femenina propia de occidente y a universales problemáticos, de acuerdo con Montecino S. (Ibíd.) la vigencia de estos planteamientos radican en el análisis simbólico de las categorías de lo femenino y masculino, reconociendo los distintos significados que cada cultura otorga a la división y ubicación de los géneros en el orden social.

Lo importante en esta interpretación simbólica de los géneros, para no excluir las consecuencias políticas y económicas que la diferencia sexual acarrea, es recordar, como lo hizo Bourdieu (op.cit), que su poder y efecto simbólico se anida en la

naturalización de las relaciones entre hombres y mujeres, que permiten ver a la subordinación femenina como un hecho “normal” nacido de la diferencia sexual de los cuerpos. El autor pregunta ¿Cuáles son los mecanismos históricos responsables de la deshistorización y eternización relativas de las relaciones de dominación entre los géneros? respondiendo con un regreso a la eficacia simbólica: la lógica de la subordinación femenina está sentada en nombre de un principio simbólico aceptado por dominador y dominado, cuyo campo gravitacional está constituido por la socialización de lo biológico y la biologización de lo social, lo que invierte la relación entre causas y efectos, haciendo aparecer una construcción social naturalizada, (la diferencia social entre los géneros) como el fundamento natural de la división arbitraria que está en el principio de la realidad. (Cf Bourdieu 2000:49).

El género, por lo tanto, puede ser abordado como una categoría simbólica sin perder por ello de vista su carácter histórico y su relación con condiciones objetivas de explotación y subordinación. Al funcionar como parte de la “maquinaria simbólica” de una sociedad, las distinciones de género obtienen toda su materialidad, su fuerza de acción, en la objetividad de las instituciones, de las cosas y de los cuerpos (Bourdieu 1999:144), constituyendo el territorio de la salud un espacio poderoso de reproducción de las relaciones de poder, que en una sociedad atraviesan las definiciones culturales de lo femenino y lo masculino.

4.2.3 Biomedicina sobre cuerpos excluidos

Al ser construcciones culturales, las medicinas transmiten los símbolos que operan en la ideología dominante y asignan un lugar a la diferencia sexual. El éxito de su recepción e incorporación radica en el sustrato biológico en el que actúa y el manejo de las metáforas que logra su lenguaje. El proceso develado para la biomedicina responde a la historia particular de occidente que durante varios siglos debió eliminar a la figura femenina como sanadora para levantarse como una ciencia objetiva y androcéntrica. La construcción de la mirada médica occidental precisó el desplazamiento del papel histórico que las mujeres han cumplido en torno a la salud, a través del proceso de “caza de brujas” en Europa, que durante varios siglos eliminó bajo llamas y cuerdas,

una cantidad considerable²⁹ de mujeres tanto campesinas como sabias de clases acomodadas, por el crimen que significaba la osadía de curar.

La eliminación de las mujeres responde a la necesidad articulada del poder de la Iglesia, el Estado y la naciente ciencia médica, todas entidades que requieren desplazar a las mujeres de la práctica social y específicamente curativa por el riesgo político que generan los símbolos asignados a la condición femenina. Desde tiempos romanos, las mujeres fueron consideradas varones fallidos cuyo cuerpo no había recibido el precioso calor vital mientras estaban en la matriz. *“esta carencia de valor las hace más blandas, más líquidas, más viscosas y frías, más informes que los hombres. La periódica menstruación demostraba que sus cuerpos no eran capaces de consumir los pesados excedentes que se coagulaban en su interior”* (Brown P. 1988:27). De estas visiones del cuerpo de la mujer, se desprende, por una parte, su culpabilidad por ser seres saturados de sexualidad cuyos conocimientos y magias proceden de la lujuria de la carne junto al contacto con el mal (Foucault 1990), y por otra, su condición de *“perpetuas enfermas”*, eternas anormales, transgresoras y fallidas, el espacio exacto que la naciente biomedicina debe corregir.

La asociación entre mujeres, fragilidad y padecimiento tiene raíces tan antiguas como la ciencia médica occidental, a partir de la cual Turner (1987) plantea la hipótesis de la exclusión por medio de la distinción de lo sano y enfermo: desde una óptica de poder sólo puede estar sano quien está salvo e incluido, la enfermedad por lo tanto, se vincula con la exclusión social. Toda vez que la biomedicina degrada y patologiza el cuerpo de la mujer, sus ciclos reproductivos, etc. está actuando como parte de una estrategia de control de los cuerpos, legitimación de la autoridad masculina y de los poderes centrales de la sociedad.

El modo en que la biomedicina actúa como instrumento de legitimación de la subordinación femenina, adquiere diferentes matices frente a la condición indígena. Si

²⁹Ehrenreich y English (1998) otorgan datos impresionantes: “Entre finales del siglo XV y principios del XVI se registraron muchos millares de ejecuciones -en su mayoría condenas a ser quemadas vivas en la hoguera- en Alemania, Italia, España y otros países. Hacia mediados del siglo XVI, el terror se había propagado a Francia y finalmente también se extendió a Inglaterra. Un autor calcula que en algunas ciudades alemanas las ejecuciones alcanzaron un promedio de 600 anuales (...). Numerosos autores cifran en varios millones el número total de víctimas. El 85 % de todos los condenados a muerte eran mujeres: viejas, jóvenes y niñas” (Ibíd.: 12, el subrayado es mío)

bien se han recogido numerosos trabajos en salud que exponen las relaciones que existen entre condición de género, clase y etnia y el estado de la salud, (Sen 2005, Gomez 2002, OPS 2005), aún queda mucho por recorrer respecto a las particularidades de esta relación en el contexto indígena latinoamericano. Como plantea Montecino (1991), el proceso de mestizaje en América Latina es el que rige hasta ahora las relaciones entre los géneros, proceso de unión de cuerpos y culturas que causó una desarticulación de las relaciones entre hombres y mujeres en el mundo indígena y que es reelaborado hasta la actualidad en la población mestiza sobre la base de la madre presente y el padre ausente. Sin embargo, esta interpretación de la dinámica de las relaciones de género no logra articularse sobre la particularidad de población indígena que aún constituye un espacio borroso para la teoría, frente al cual sólo resuenan las dramáticas cifras de su realidad actual, que los presenta como la población más vulnerable del continente. Actualmente las condiciones de salud de la población indígena de México presentan un rezago importante respecto al resto de la población, existiendo marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general (Lerin S/R)³⁰.

Es sabido que tras estas condiciones hay causas políticas que tienen estrecho vínculo con la relación establecida entre los Estados nacionales y los pueblos indígenas, generalmente caracterizada por el despojo territorial y de sus fuentes de agua, la explotación en el trabajo y la reproducción de las condiciones que determinan su extrema pobreza. Esto, en temas de salud, se vincula con la generalización de un único modelo de atención de la salud que por siglos acusó a la medicina indígena de ineficacia e ignorancia, con lo que se produjo una pérdida de las habilidades tradicionales para resolver problemas médicos, agregado a la disminución de las variedades herbóreas en el medio ambiente indígena, que disminuyó la capacidad curativa y preventiva de sus sistemas de salud (Pedersen 1989).

Las actuales intenciones de crear políticas interculturales en salud están apremiadas por profundizar el conocimiento de las verdaderas dimensiones veladas de la salud

³⁰ En ellos y ellas prevalecen las llamadas “enfermedades de la pobreza” padecimientos infecciosos entre los que destacan el cólera, la tuberculosis, el paludismo, el dengue, la lepra, etc. También se observan las más altas tasas de morbi-mortalidad materno infantil, desnutrición en niños y niñas, además del aislamiento e inaccesibilidad a los servicios básicos

indígena, los conocimientos extirpados y la vigencia de los sistemas de salud tradicionales. El mejoramiento de las delicadas condiciones en que se encuentran los pueblos originarios actualmente, si bien depende de la creación de condiciones políticas y sociales que permitan el mentado “*diálogo entre sistemas médicos*”, también está en manos de una real comprensión y reconocimiento del modo en que los sujetos, hombres y mujeres indígenas se relacionan con la diversidad de alternativas médicas que conocen y experimentan, crean, interpretan y simbolizan su salud y en ella, la condición de género, etnia y clase, de la que penden sus cuerpos.

4.3 Cuerpos y agua: las formas políticas de la salud

Los territorios de pertenencia de la salud y la medicina van cambiando y definiéndose en torno a los vaivenes de la cultura y la historia, de modo que al observar los mecanismos de acción política que la medicina ejerce como institución sobre los cuerpos, es necesario volver los pasos sobre los caminos que configuran la pertenencia de estos territorios. La genealogía de la medicina occidental, muestra de un modo magnífico las dimensiones políticas de la salud y la forma en que los sistemas médicos, como instituciones dedicadas al control de ésta, van creando y permutando estrategias y campos según cambian sus condiciones históricas de existencia. Una mirada a esta genealogía bastará para dar cuenta de los apetitos políticos que despierta la salud, las vías por las que se ejercen sus deseos y los usos y desusos que podemos darle a los conceptos que han rodeado la extraña trama del poder y la curación.

Frente a la aflicción que produce el mal, cada cultura establece líneas divisorias entre lo normal y lo anormal, fronteras que definen los llamados “*sistemas de trasgresión*” (Foucault 1990), en torno a los cuales se elucubra la posibilidad siempre real de sobrepasar las fronteras del orden, e internarse en el desorden. Hasta el nacimiento de la medicina moderna, el mundo occidental no conectó estas fronteras de trasgresión con la diferencia entre lo patológico y lo sano, la presencia del mal estaba asociada a un imaginario cristiano que poseía de espíritus demoníacos el cuerpo, los sentidos y la carne de las “*débiles de alma*”; las brujas (Ibíd.). Frente a la encarnación del mal, el saber médico no impone una visión patológica en desmedro de la noción sobrenatural, sino que por el contrario, mantiene los elementos del sistema de trasgresión pero cambia el

objeto sobre el que el mal se da a conocer, instalándose en la desviación del cuerpo y la imaginación. De esta traslación del mal al cuerpo se inicia el camino por el que la naciente biomedicina se hace cargo de los sistemas de trasgresión y se convierte en el sistema de control que en la actualidad constituye: *“el cuerpo con sus locuras marca en esta época y por mucho tiempo (la nuestra es testigo), el punto en el que estalla la trasgresión”* (Ibíd. 24).

¿Pero, porqué es el cuerpo el territorio sobre el que se siembra la hegemonía de un saber?

4.3.1 La razón de los cuerpos

La idea de la construcción cultural del cuerpo no basta para entender el atractivo que representa como territorio para el surgimiento de saberes hegemónicos como el de la mirada médica occidental. Es necesario explorar en la incidencia del cuerpo y en la forma en que concentra y habita el universo, tanto en el mundo occidental como en el indígena, puesto que en ambas tradiciones existe una coincidencia visceral y maravillosa entre el imaginario del cuerpo físico y el orden social, que es el punto de partida hacia la comprensión de su lugar en la composición de los saberes médicos.

El cuerpo, lejos de ser un obstáculo para el conocimiento, representa el espacio fundamental donde se inserta el mundo, el cuerpo está en él expuesto, abierto y sensible, enfrentado al riesgo de la emoción, el dolor y la muerte. Esta disposición del cuerpo es la condición fundamental que le permite estar *“poseído por el mundo”* y por lo mismo aprender a través de él; *“el cuerpo está en el mundo social, pero el mundo social está en el cuerpo. Las propias estructuras del mundo están presentes en las estructuras que los agentes utilizan para comprenderlo”* (Bourdieu 1999:200). Bourdieu en este punto va más allá de la comprensión del cuerpo como una construcción cultural, considera que la coincidencia entre el mundo social y las disposiciones del cuerpo es fruto de la internalización de los deseos del orden en el individuo, en su fisiología y sus sentidos, de modo que los esquemas aplicados al mundo desde el cuerpo son fruto del mismo orden al que se aplican

Esta “complacencia somática” (Cf Lopez Austin 1980), que permite la unión viseral del cuerpo fisiológico con el cuerpo social y el orden de éste, no es sólo una coincidencia que visibiliza una dimensión biológica olvidada. Las consecuencias de considerar el cuerpo como un retrato del orden se extienden a su capacidad de representar un texto de las relaciones de poder de una sociedad determinada. En la medida que el cuerpo físico es un microcosmos de la sociedad, *“se enfrenta con el centro de donde emana el poder, que reduce o aumenta sus exigencias en relación directa con la intensificación o relajamiento de las presiones sociales”* (Douglas 1978:97), es decir, se transforma en un medio de comunicación, en un lenguaje cuyo control impuesto por el sistema social es una extensión de la necesidad de coerción de los sistemas de trasgresión que todas las culturas organizan particularmente y que se traducen en prácticas tanto cotidianas como rituales al interior de la vida social.

De la extensión de la necesidad coercitiva en el cuerpo se desprende la hipótesis de Douglas (Ibíd.) respecto a la correspondencia entre el control social y el control corporal, el que a su vez se traduce en una mayor presión por descorporeizar las formas de expresión, lo que la autora entiende como una extensión de las normas de pureza. Mientras mayor sea la necesidad del sistema social de controlar a los sujetos, mayor limitación a sus cuerpos y mayor tendencia por descorporeizar sus prácticas, eliminando a través de dispositivos de disciplinamiento como la vergüenza y la suciedad, al cuerpo como parte de las relaciones sociales.

La hipótesis de Douglas respecto al control del cuerpo como representación de la necesidad coercitiva que tienen determinados órdenes sociales, queda finamente retratada en los cuerpos indígenas que, durante el siglo XIX en México, fueron profundamente estudiados, medidos, marcados y aleccionados en la desesperada búsqueda de formar la nación mexicana en base a la figura blanqueada del mestizo. El saber médico, ya pulida su mirada sobre el cuerpo por siglos, se encargó de llevar un control total sobre la población, especialmente sobre aquellos cuerpos que constituían un obstáculo en la edificación del proyecto nacional mexicano; los cuerpos indígenas. Enaltecidos como sujetos del pasado y despreciados como realidades presentes, los indígenas constituyeron un material fecundo para la construcción de argumentos que justificaban la necesidad del mestizaje y la exterminación india. La antropometría

médica comprobaba cómo las medidas indígenas no coincidían con los cánones de evolución física europea, sobre todo las medidas de los cuerpos femeninos, que eran “más resistentes” por lo burdo de su sistema nervioso, “menos inteligentes” por su macilenta masa encefálica y profundamente alejadas del ideal femenino por la estrechez de sus pelvis que explicaba su mal parir (López –Sánchez 2001).

El cuerpo es el espacio predilecto para la fundación de la hegemonía de un saber porque ahí yace la experiencia y la disposición al mundo, al tiempo que se ejerce el control del individuo en toda su sensibilidad, en la dureza de las cicatrices y en la materialidad de la piel, es el cuerpo el espacio donde el poder ejerce la finura que requiere la hegemonía del conocimiento. Por lo mismo, el cuerpo indio y el femenino pasan a formar parte del sistema trasgresión en una cultura, como la occidental, que se impone a través del mestizaje, representando el espacio predilecto del disciplinamiento de la “anormalidad” y el exterminio del error, en post del cumplimiento de proyectos políticos que, en el caso mexicano, están representados por la formación del Estado-nación. La construcción del saber médico en torno al cuerpo convierte, con el paso de los siglos, a la medicina occidental en una estrategia bio-política, es decir, que pasa del control de la enfermedad propiamente tal al control de la vida (Foucault 1996).

Tras siglos de pulir la mirada, de transformar los lugares terapéuticos , de invertir el rol del médico, de ignorante frente a la muerte al de descubridor y dueño de la enfermedad, etc , la biomedicina se transforma en una estrategia de bio-poder que *“toma a su cargo la vida en general, constituyéndose en dos polos, uno en la dirección del cuerpo y otra en dirección a la población”* (Foucault 1996:262). A través de este proceso, se extiende por todos los campos en lo que se ha llamado *medicalización* que, más que un evento contemporáneo, corresponde a un proceso histórico inherente al nacimiento de la medicina occidental y a la formación de los Estados modernos. La medicina rebasa su campo tradicional definido por la demanda del enfermo y se sitúa en todo lo que cubre la salud, *“ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades. La medicina esta dotada de un poder autoritario que va más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo”* (Foucault 1990:107).

Si bien la apropiación y extensión de los campos que logra la medicina en el reconocido proceso de medicalización llega al punto, en el siglo 20, de quedar sin “jardines externos”, llegando a controlar muchos aspectos de la existencia, hemos de ser cuidadosos/as con la idea de “*medicalización de la vida*” que promueven y alertan muchos autores contemporáneos. La idea de poner toda la experiencia a disposición de la autoridad médica, responde a una idea algo ingenua respecto al funcionamiento de las instituciones y el modo en que los sujetos —en especial aquellos cuyas prácticas rodean la trasgresión como lo son los sujetos indígenas— se relacionan con éstas. Lejos me encuentro de creer en esta invasión de un saber cuya capacidad orienta las conductas, las confianzas y los significados de los sujetos, hacerlo sería creer en una realidad que se construye por fantasmas, y no por hombres y mujeres que “*no carecen de ardidés ni de refugios frente a los intentos de desposeerlo y domesticarlo*” (Chartier 2001:71). Lo que se pretende mostrar a partir del concepto de medicalización es el modo en que el poder médico se posa arbitrariamente sobre los cuerpos y los elementos, extendiéndose por el ambiente, el aire y el agua, reinventando con su hegemonía los significados correctos de lo puro y lo impuro, fantaseando con la limpieza y permutando los cuidados del cuerpo con el concepto de higiene.

4.3.2 Limpieza y pureza: el arribo médico a los elementos

La construcción del vínculo entre cuerpo y agua proviene de conceptos que se arraigan en lo más profundo de la cultura, para posarse en las intimidades de la piel y las sensaciones del cuerpo. La “*historia de la higiene del cuerpo en occidente*” ha permitido desnaturalizar el vínculo para admirarlo como un camino de exigencias, de visibilidades e invisibilidades, de intervención del mundo y la sociedad en las partes secretas del cuerpo. A partir de esta historia se ha conocido la arbitrariedad del lugar del agua en la limpieza y la intromisión que hizo la ciencia biomédica en la construcción de los imaginarios actuales del recurso. El revés de esta historia de medicalización del agua está constituido por el imaginario prehispánico sobre el recurso que también estableció prácticas sustentadas en la relación entre el cuerpo, la salud y el agua. La disonancia actual de discursos sobre el uso correcto del recurso tiene sus orígenes en la confrontación de imaginarios que representó la Conquista y el

proceso de mestizaje. Son los caminos de la conformación del vínculo y las consecuencias del enfrentamiento de imaginarios lo que pasaremos a revisar.

Del agua inquietante a la invasión de los “monstruos invisibles”

La historia de la limpieza en occidente se alía necesariamente con las representaciones del cuerpo y de sus envolturas, sus partes secretas y decentes, es “*la historia del peso que poco a poco va adquiriendo la cultura sobre el universo de las sensaciones inmediatas*” (Vigarello G. 1995:14), un repaso por las sensibilidades.

Durante el siglo XVI y XVII Europa es azotada por pestes que obligan a imponer las más estrictas normas de limpieza a las autoridades, quienes mandan a “*controlar los intercambios*”. Las casas deben ser cerradas y los baños han de ser limitados puesto que el agua es una amenaza que se infiltra en la piel y debilita las envolturas corporales. El líquido sólo engendra fisuras por las que se cuele la peste enfermando al cuerpo, por lo que el cuidado de éste, como una metáfora arquitectónica de casas y barrios que deben ser cerrados, pasa por tupidar todas sus aberturas, detener los peligros de una porosidad por la que escapan “*los humores y también los vigores*” (ibíd.: 24). De este modo, el aseo estuvo centrado en las partes visibles, las manos y el rostro; el temor al agua y a su inquietante intromisión en la piel³¹ no suprime la práctica de limpieza sino que la desvía hacia las envolturas, “*todo lo que se expone a la mirada*” (Peña 2000).

Sin embargo, esta inquietud en torno al agua es algo que se debe principalmente a la violencia de las pestes y al imaginario de los cuerpos envueltos, pues desde épocas griegas, existieron en Europa los baños públicos, una verdadera institución del placer que cumplía algunas funciones terapéuticas y otras más vinculadas con la trasgresión a las prohibiciones morales, con cuerpos desnudos entremezclados, contactos castigados y el tiempo lúdico. El agua estuvo entonces, relacionada con una sociabilidad festiva lejana a la idea de limpieza, los baños públicos rodeaban la inmoralidad, situación que terminó condenándolos por la Iglesia y el Estado, que vieron éstos una afrenta a las normas morales.

³¹ “*Menos bueno es lavarse con agua, pues esta hace que el rostro sea sensible al frío en invierno y se curta en verano*”, señala Jean Baptiste de la Salle en el siglo XVIII (Vigarello 1991:33)

Con el paso del tiempo, las sensibilidades van cambiando. El uso de los trajes incorpora nuevos estratos, la camisa y la ropa interior, cuyo albor y frescura denota los signos de la ablución. La limpieza por lo tanto, se posa en las lejías blanqueadoras que enceguecen a las lavanderas encargadas de lavar la ropa interior de la corte. Este nuevo gesto de limpieza, se acerca al cuerpo sin tocarlo; *“la ropa interior absorbe la transpiración e impurezas y mudarse es en el fondo, lavarse”* (Ibíd.84), hay una nueva sensación de frescura que, pese a internar al agua en la periferia del cuerpo, sigue posando las fronteras de lo limpio en los objetos y el atuendo, perpetuando así la idea de la higiene como espectáculo, en el que participan sólo quienes poseen los objetos de exhibición: polvos, brocados y perfumes que reconfortan. Los pobres, al no poseer estos objetos, siguen siendo excluidos de esta sensación que distingue, otorga elegancia y requiere de las artes de la apariencia y la ilusión.

A partir del siglo XVIII comienzan a aparecer con más fuerza otras valoraciones del agua que le permitirán ponerse en contacto con el cuerpo. Por primera vez bajo el argumento de la salud y bajo el discurso médico emergente, el agua es requerida por la burguesía para endurecer el cuerpo, dinamizar su vigor, fortificar la piel; *“representación del agua y representación del cuerpo se explotan ahora según la física de los endurecimientos”*, propia del código burgués de las fuerzas y el vigor masculino. Este nuevo papel energético del líquido sobre el cuerpo, culmina con la amenaza de lo invisible que descubre la teoría microbiana de Pasteur: *“hay que lavar para defender mejor”* (Ibíd.:285). La invasión de los *“monstruos invisibles”*, que describe el científico, es el nuevo argumento que da cuerpo y visibilidad a teorías antiguamente reflejadas sobre lo invisible. Este gran descubrimiento, además de inaugurar el paso final sobre el lugar del agua en la salud, se transforma en la prueba palpable de las anteriores “sensaciones” burguesas: la limpieza es garante del orden y la moralidad, no sólo de la salud sino también de la virtud, lo que explica la “suciedad” de las clases populares y su tendencia a la trasgresión. En el mismo momento en que el agua conquista la piel y atraviesa todas las “capilaridades” de la sociedad europea (ciudades, clases, casas y cuerpos), se funda una *“ética de las purezas”*, donde el agua y sobretodo su asociación con lo sano, pasa a fortalecer los argumentos morales de las distinciones sociales: mujeres tibias y frágiles, pobres sucios y flojos, etc.

La llegada del agua al cuerpo recorre el mismo camino que transformó a la biomedicina en una estrategia biopolítica, de control de los individuos, de los espacios, elementos y territorios. Bajo el argumento médico ya no sólo se controla el desplazamiento de los seres humanos sino también el de los elementos; agua y aire pasan a ser sustancias a fiscalizar y han de ser socializados sus usos y significados correctos, especialmente en aquella población *naturalmente* alejada de la limpieza. Resultado de este proceso fueron los novedosos conceptos de salubridad e higiene pública, la primera, entendida como el estado del medio ambiente y sus elementos constitutivos y definida como la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos, es un concepto “moderno” que despliega toda su eficacia gracias a su contraparte política; la higiene pública, técnica de “*control y modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud*” (Foucault 1990:145).

● *Higiene India y Femenina: Limpias y modernas*

Evidentemente, el proceso que transformó al agua en un elemento higiénico y médico compuso un discurso que tuvo a algunos grupos de la población como objetivos predilectos: mujeres e indígenas fueron indicados como sujetos potencialmente trasgresores de los dictados de la higiene³².” El trabajo de Emma Mannarelli (1999) sobre la imposición de prácticas higiénicas en la Lima del novecientos, permiten observar el modo en que la formación del Estado Nacional, que requiere de levantarse moralmente de la derrota de la Guerra del Pacífico, el surgimiento del discurso médico y la escritura de mujeres modernas y educadas sobre las prácticas y roles que ha de tener lo femenino en esta nueva patria, coinciden en la idea de ser *la higiene*, corporal y moral la vía de acceso a la modernidad civilizatoria, “*según los médicos el país era un espacio caótico, además de sucio e insalubre. Poblado por habitantes presos de absurdas creencias y costumbres, débil y despoblado. Se encontraba en los umbrales de la civilización.*”

³²Esto permite entender en nuestros días, la concepción del agua en la que reina la idea de higiene y limpieza, afananando, especial y no casualmente, a las mujeres en la búsqueda de un ambiente y un cuerpo “*libre de impurezas*” que aseguran “*la buena salud de tu familia*”. Estas frases, familiares por la retórica con que se repiten en los medios de comunicación, fueron sacadas de publicidad de detergentes y aerosoles desinfectantes que muestran a mujeres procurando la salud de su hogar, a través de la lucha contra microbios que incluso son representados con caracteres monstruosos, cuerpos deformes, colores verdosos, apelando evidentemente a la idea de enfermedad-anormalidad

Ordenarlo, limpiarlo y educarlo, eran requisitos para abandonar el estado de barbarie. En esta prédica la función de las mujeres era primordial” (op.cit:47).

Primordial, puesto que social y corporalmente, por sus funciones reproductivas, las mujeres eran las encargadas de la formación de los nuevos integrantes de la nación, el mejoramiento de la raza y el fortalecimiento de la especie. Remitidas a los hogares, por la exaltación de la maternidad y la familia como institución “*controladora de los impulsos*” (Ibíd.70), e intervenidas en la regulación de su “*sexualidad desbordante*”, las mujeres fueron objetos predilectos de la prédica moralizadora e higienista, tras la cual se lee entre líneas la interpretación de la mujer de clase dominante, como un obstáculo en el devenir civilizatorio pues “*anteponen sus inquietudes estéticas y ambiciones sociales a la salud del cuerpo que demandaba una maternidad segura*” (Ibíd..73), comparándolas con las mujeres indígenas de “*admirable capacidad pelviana*”. No obstante esta eventual idealización de la feminidad india, queda manifiesto que sólo remite a su capacidad reproductiva, pues los médicos incluyeron “*a las mujeres de los grupos subalternos como parte principal de ese conjunto que definieron como atrasado, y sucio, la rémora del progreso. La población indígena fue asociada con las actitudes que contradecían el proceso de la civilización, sus formas de vida y sobre todo su conducta sexual fue calificada de promiscua y antihigiénica*” (Ibíd. 74). Indígenas o de buenas familias, las mujeres eran individuos de cuerpos y sexualidades sucias y peligrosas.

Además de encarnar las figuras a controlar, los cuerpos femeninos fueron acusados de ser propensos a la contaminación. En el estudio de las enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo, los médicos pusieron más énfasis en la contaminación de la madre al feto, que del hombre a la mujer a través de las relaciones sexuales, todo el énfasis educativo público recae en la madre, aunque los hombres sean los contaminadores en última instancia. Conjuntamente, los genitales femeninos, espacios médicamente explorados por ser el lugar donde se engendra a los individuos, justificaban la tendencia contaminada de las mujeres debida a sus aberturas y orificios que fomentan los intercambios, “*la vulva y la vagina son las regiones contaminadas y contaminantes, pues albergan de un modo permanente multitud de gérmenes (...), en última instancia, pertenecen a las esferas del peligro*” (Ibíd. 97). La asociación entre salud, higiene y civilización fue virtualmente universal en lo que a la cultura occidental moderna se refiere y tuvo por

objetivos predilectos de la socialización a mujeres e indígenas, transgresores de las normas civilizatorias. No obstante, en cada uno de los países este discurso se impregnó de características propias, en éstos, la estructura de los grupos sociales, la diferencia de género y la cuestión étnica se combinaron de manera particular (Ibíd. 56).

Al revelarse la relación entre la transformación de la biomedicina en estrategia biopolítica y la creación del concepto de higiene que vincula médicamente al agua con el cuerpo, especialmente femenino, en el contexto de la formación de los Estados Nacionales, queda manifiesto que *“las transformaciones en las prescripciones de limpieza constituyen solamente otro de los campos en los que se manifiesta la disputa por la hegemonía del discurso de una nueva clase dominante”* (Peña 2000:31). De lo que es posible deducir la complejidad que implicó en América la imposición de “significados correctos” en el contexto del mestizaje.

La contradicción de imaginarios sobre el agua tiene sus antecedentes en el periodo de conquista, donde se observan las diversas estrategias de “evangelización del agua” (Musset A.1992) que se ejercieron en el manejo de recursos hídricos. La gran importancia que la literatura ha retratado para los lagos, cuencas y aguas estancadas en la cosmovisión mesoamericana³³, se enfrentó al imaginario español sobre el recurso que considera este tipo de afluentes como *“infestos y peligrosos”*, llegando incluso a tratar de sanear el ambiente y protegerse del enemigo a través del desagüe de las cuencas (Peña 2000:28). Como se observa, el intento biomédico de imponer usos correctos sobre el recurso que se observa desde el siglo 19, está precedido de una larga historia de contradicciones que develan la existencia de un imaginario indígena particular sobre el agua, imaginario que define simbólicamente el recurso y sus vínculos con la salud y el cuerpo.

4.4 Imaginarios de agua y abluciones indígenas

³³ Los lagos tuvieron un lugar fundamental en la cosmovisión mexicana, asociados a la fertilidad y abundancia de flora y fauna, siendo considerados como elementos fundamentales del ecosistema e imaginario prehispánico, especialmente el lago Texcoco, el cual es descrito como un ser con voluntad, *“gigantescas bandadas de todas las formas y colores parecían surgir del agua: como un millón de flores que se abrieron de pronto a la velocidad del viento, elevándose con él, llenando el cielo de tornasoles y diseños, el lago mismo se transformaba en pájaros. Este era un lago alado, de plumaje denso, que dialogaba con el viento”* (Espinosa. 1996)

4.4.1 Nacer, purificar y destruir, la metáfora del agua en los mitos y ritos de los indígenas de México

La conformación de los imaginarios indígenas sobre el agua implica la conjunción sintética de ideas que van unidas a prácticas sociales, ejercicios cotidianos, distinciones en las que navegan visiones del mundo, la vida y la muerte, lo prohibido y lo permitido, lo femenino y lo masculino, etc. “*Aquí, como en todo se comienza con el mito y no con historia*” (Mistral en Montecino 2003), precisamente porque éstos espacios de la cultura, frágiles en su oralidad y potentes en su lenguaje “*que se anida y que nos acompaña desde que alzamos nuestra vista de la tierra y conjuramos con el cuerpo y alma nuestra condición humana*” (Ibíd. 19), ofrecen una visión amplia de la multiplicidad de significados que adquiere el agua en la población indígena mexicana actual, heredera del pasado prehispánico y creativa en la interacción con las tradiciones mestizas con las que convive en la actualidad.

Como bien de la naturaleza, ser con voluntad o divinidad, en el agua podemos ver tres características que permiten entender su esencia: es dadora de vida, purificadora y destructiva (Eroza E. en INI. 1999:39). Al poseer estas tres cualidades, es el elemento vital para comprender el proceso de creación y destrucción que narran los mitos de origen y de diluvio respectivamente. Es capaz de destruir, limpiar y reabsorber para luego crear.; fértil y fecundante a la vez. Eliade M. (1996), ha dado cuenta de lo común que es este proceso en los mitos genésicos de diversas religiones, que, para el caso mesoamericano, presenta al agua incluso antes del nacimiento de los dioses, en lo que López Austin (1990) ha llamado el tiempo de “*la existencia intrascendente*”, el momento en que nada más existe, sólo el agua y el cielo en completa calma e indiferenciación, “*como la matriz de la futura creación*” (Eroza Ibíd. 41).

Para que se produzca el inicio de la creación, es necesario perturbar el sueño de la eternidad, despertar el potencial diferenciador que contienen los elementos de este equilibrio, para luego pasar a la segunda etapa, que constituye el corazón de la creación. A través de la separación de los contrarios, se desata la instauración del orden

por la diferencia, y como resultado, se crea la tercera etapa caracterizada por la alternancia de los contrarios, día y noche, lluvia y seca; el tiempo de los seres humanos.

Una vez que la creación tiene lugar, se puede decir que han sido liberadas las leyes que le dan movimiento al universo, el equilibrio basado en la alternancia. Esta alternancia incluye, para algunos casos, el proceso incesante de creación y destrucción en la que el agua asume cabalmente su misión transformadora a través de la figura del diluvio o inundación. Ambos acontecimientos han sido postulados como signos de la germinación y regeneración, destruye dando una nueva oportunidad, un nuevo tiempo a la humanidad. El diluvio purifica; “*es un inmenso bautismo colectivo decidido por una conciencia no humana, sino superior y soberana*” (Eroza *Ibíd.* 55), pero también castiga, es una amenaza permanente en pos del cumplimiento del orden social, el agua precede y activa la relación entre seres humanos y divinidades.

Las cualidades que narraciones míticas dan al agua corresponden con las descripciones que numerosos cronistas hicieron respecto al culto que practicaban los habitantes de México al momento del contacto y que justificaba las distinciones de calidades y género asociadas. El reconocimiento de aguas femeninas y masculinas, asignadas a la tierra y el cielo respectivamente, sigue presente en gran parte del pensamiento actual de comunidades indígenas mexicanas y se vincula también a los efectos que el líquido tiene en la salud de las personas, según las cualidades que lo femenino y lo masculino reciben en dichas culturas. Lo mismo sucede con los elementos del paisaje relativos al líquido; cantos de aves, conchas de moluscos y animales acuáticos son vinculados con ciertos efectos sobre las personas; efectos que a su vez están sujetos a las particularidades de género de los individuos. Los cuerpos femeninos, por ejemplo, tienen una vinculación especial con el agua. Al tiempo que las tareas domésticas de acopio del líquido suelen ser asignadas a las mujeres (Méndez Granados en *Ibíd.* 26), las diosas del agua terrestre son también femeninas y están vinculadas con el erotismo, la sexualidad, la concepción y el nacimiento, lo que queda manifiesto, tanto en la presencia de las deidades femeninas que rigieron los *temazcales*, como en el sincretismo que se produjo después de la conquista, entre el culto al agua y la figura de la Virgen María (*Ibíd.*).

La extensión simbólica de estas propiedades del agua tiene expresiones acabadas tanto en la terapéutica tradicional como en los ritos agrícolas de petición de lluvias que hasta la actualidad se realizan en las comunidades indígenas de México³⁴. El proceso sincrético religioso es el principal responsable de la perpetuación de estas prácticas que sintetizan la profunda “religiosidad acuática” prehispánica con los elementos del culto católico al líquido³⁵. Estos ritos, celebrados en distintas etapas del año y con diferentes objetivos, pretenden recurrir a la relación tributaria que se establece, desde el comienzo de los tiempos, entre seres humanos, paisajes y territorios, que se siguen concibiendo como poblados de seres con voluntad. La naturaleza y sus elementos acuáticos se consideran interlocutores válidos que conectan con la divinidad y que reciben las ofrendas y oraciones a través de las cuales, ésta beneficia o castiga con la presencia o ausencia del agua.

En todos los ritos de agua, es posible leer nuevamente las cualidades destructivas, purificadoras y fertilizadoras que tiene el líquido. Generalmente van asociados a la petición de buena salud, fertilidad humana y de la tierra, además de limpieza corporal y espiritual, aunque también se vinculan con la posibilidad de resultar dañados por la sacralidad del ambiente que se genera durante las rogativas. Las similitudes entre los rituales prehispánicos de agua y los que se practican en las comunidades actuales dejan traslucir la fusión y alternancia de elementos que las distintas tradiciones han desplegado sobre el recurso y hablan de la multiplicidad de representaciones que el agua tiene para estos grupos; representaciones que se sintetizan en el rito, pero que se perpetúan en las prácticas cotidianas, en las formas de localización, acopio, almacenamiento y consumo, donde se traspasan analogías de su capacidad destructiva, purificadora y creadora, aplicadas a esferas más íntimas y domésticas, como la que representa, por ejemplo el cuidado de la salud.

4.4.2 Pureza y equilibrio, el agua en la medicina tradicional indígena

³⁴ Para más referencias respecto a los ritos de petición de lluvias ver revista **México Indígena**, INI. Número 6, 1985. México

³⁵ Es necesario recordar el lugar que la iglesia católica da al agua a través de santos y fiestas especiales y que queda bellamente representado en los rituales de bautismo

De raigambre prehispánico, la medicina tradicional mexicana puede definirse como “*el conjunto de conocimientos, causalidades y técnicas curativas desarrollados por las diversas etnias de México para el tratamiento de la enfermedad, el restablecimiento de la salud y su consecuente conservación*” (Anzures. 1988:230). Si bien la investigación sobre medicina indígena en México, presenta uno de los panoramas más amplios de Latinoamérica, sus vinculaciones con el agua han sido omitidas (Zolla en INI.1999:11-14), quizás, por su omnipresencia en sociedades eminentemente agrícolas o por la histórica asociación que se ha hecho entre *herbolaria tradicional y etnomedicina* (Ibíd.).

Sin embargo, la presencia del agua ya es anunciada en la búsqueda de equilibrio que significa la salud tanto en el pensamiento prehispánico como en el indígena contemporáneo. A lo largo de la vida las personas se encuentran permanentemente amenazadas por fuerzas sobrenaturales con las que deben mantener una relación de equilibrio tributario, respetar los lugares peligrosos, especialmente aquellos que conectan con el inframundo, como lo son las cuevas, manantiales y pozos (Lopez Austin 1980, Sasson 1986) y cuidarse de los espíritus que producen enfermedades, como los cheneques y almas de muertos. El bienestar depende de la moderación y equilibrio de todas las cosas y todos los seres.

Además del lugar que adquiere en la mantención del equilibrio que garantiza el bienestar, el agua se encuentra tempranamente vinculada a la salud, pues estudios han mostrado que los antiguos mexicanos tenían servicios públicos adecuados, agua potable y drenaje en las ciudades, e incluso en códices se indica la existencia de sistemas de recolección de la basura y lavado de las calles (Ortiz de Montellano 2005:36). Estos datos, junto al registro de recetas de jabón, desodorantes, dentríficos y productos para refrescar el aliento, indican que la limpieza en mesoamérica, a diferencia de lo que sucedía en Europa en el siglo XVI y XVII, ya estaba íntimamente ligada con el uso del agua. Sin embargo, las relaciones que tiene el elemento con el cuerpo y la salud distan mucho de detenerse en las normas del decoro y las apariencias, para sumergirse en la compleja trama que conforma la experiencia de salud-enfermedad en la cosmovisión indígena.

Los indígenas prehispánicos adjudicaron varias enfermedades relacionadas con el frío, como gota, parálisis, dolores reumáticos etc., a las divinidades que tenían relación con el agua, o aquellas que habitan en las montañas, de donde provienen las nubes y lluvias. El agua, sobretodo en instancias rituales, también era considerada como un agente contaminante y enfermante. Estas propiedades patógenas del líquido han sido heredadas y reproducidas en gran medida por los indígenas actuales de México quienes, conservando ciertos simbolismos prehispánicos y reemplazando a los antiguos dioses del agua por santos del culto cristiano, las integraron a concepciones de salud/enfermedad de la medicina tradicional contemporánea. En ella, la acción destructiva deriva del carácter volitivo de las fuentes que pueden “decidir” enfermar a alguien o incluso provocarle la muerte por el agua. A su vez, las categorías de frío y caliente son primordiales en la etiología de las enfermedades indígenas por su vinculación con los ya mencionados conceptos de equilibrio y armonía, que se traducen también en el estado de las temperaturas del cuerpo. El agua, vinculada con el frío, transmite esta cualidad a quienes se ponen en contacto con ella, de modo que enfermedades consideradas frías provienen de la exposición a lluvias, largas jornadas de lavado de ropa, o incluso sustos o espantos en fuentes de agua especialmente peligrosas para el alma, que puede escapar por la acción de malos espíritus o accidentes que trastornan el equilibrio espiritual de las personas.

Terapéuticamente, el agua está relacionada con la preparación de recetas, “limpias” y baños, todos en combinación con el uso de herbolaria tradicional, y con la concepción del agua bendita como recurso simbólico-terapéutico (INI 1994), además del baño temazcall, *“un recurso y a la vez procedimiento hidroterapéutico utilizado (...) para la curación de diversos males caracterizados básicamente por la entrada de frío al organismo”* y otras formas de baños terapéuticos como los postpuerperales, baños con agua de piedra, etc. (Marmolejo y Mata en Ibíd. 103).

Los baños de vapor, hasta la actualidad, son espacios en los que se une el placer del cuerpo, la búsqueda de la salud y el culto a la fertilidad. Si bien no todos los grupos étnicos los mantienen vigentes, en los que lo hacen, se observa la lenta sustitución de los antiguos dioses del temazcal por representaciones católicas, generalmente

femeninas³⁶. En los otomíes actuales por ejemplo, (Galinier. 1990), la sacralidad del temazcal radica en su vínculo con la dualidad fuego y agua. El temazcal es la proyección miniaturizada del hogar y con ello, un espejo del cosmos, representa el cuerpo terrestre, el centro genésico del mundo, “*es identificado con el vientre materno, preside los rituales de nacimiento y la purificación del cuerpo de la madre*” (Ibíd.:146). Además de la purificación a través de la unión del fuego y el agua, vertida sobre las piedras calentadas y que produce el vapor, el baño también es una metáfora del acto sexual y del nacimiento.

Como queda retratado en este recorrido, desde la época del descubrimiento, el agua representa un recurso sobre el cual se esgrimen discursos cuya eficacia depende de los mecanismos de legitimación que tenga el poder, de modo que la relación entre este elemento, la salud y el cuerpo en el contexto indígena, se encuentra sujeta a la trama de conflictos de dominación generados con dicho evento. Desde ese entonces, las aguas de los indígenas y las formas en que las usaron fueron culpabilizadas como responsables de los problemas de salud de la población aborigen y su evidente *tendencia a la suciedad e inmoralidad*, que queda retratada en el gusto por la desnudez y los escandalosos hábitos de baños que realizaban (Lozoya 2005). Los temazcales y el uso festivo del agua eran una prueba más de la desviación indígena de los paradigmas de limpieza y decoro que primaban en la Europa del siglo XVI-XVII, “*usaban en esos baños otras bellaquerías nefandas, hazían que es bañarse muchos yndios o yndias en cueros y cometían dentro gran fealdad y pecado en este baño*” (Códice Magliabechiano en Ibíd.).

Siglos más tarde, el éxito de la teoría microbiana y la “medicalización” del agua alteraron la mirada original sobre la relación entre el agua y el cuerpo indígena al agregarle los argumentos científicos y la noción de higiene pública. Pese a esta inversión, la intervención de la mirada médica sobre el agua indígena, si bien seculariza al elemento³⁷ al convertirlo en un instrumento sometido a monitoreo, vuelve a

³⁶ Los temazcales son presididos por cruces, imágenes de “*la madre del buen parto*” y santas femeninas (Marmolejo op.cit., p.105), todas retrato de la sobrevivencia actual del valor sagrado que se le otorgó al lugar en tiempos prehispánicos

³⁷ Si bien se produce una secularización del agua bajo la argumentación científica, esto no quiere decir, “*que sus etapas anteriores desaparezcan. Por el contrario, en el imaginario social pueden perfectamente coexistir las tres formas de concebir el agua. Una madre llevará a su recién nacido a bautizar, aunque no le daría de beber de la pila bautismal*” La secularización del agua o la hegemonía médica-científica sobre el significado del agua entra en conflicto con otros usos (Peña (2000., p.29).

fortalecer, ahora bajo justificación médica, un argumento curiosamente parecido al que esgrimían misioneros y cronistas del siglo XVI; el uso que los indígenas dan al agua “*comprueba*” la inferioridad de sus prácticas, lo “errado” de su imaginario y su tendencia natural a la suciedad y la enfermedad.

¿Cómo puede suceder que dos miradas tan diferentes de la relación entre agua y el cuerpo, una “colonial” que arrastra las ideas medievales de limpieza y otra “moderna” científicamente argumentada, lleguen a conclusiones evidentemente similares: la inferioridad e insalubridad indígena?

El recorrido antes esbozado otorga una sugerente respuesta. La construcción de la relación entre el agua y el cuerpo en contextos interculturales responde a los discursos de poder de determinadas épocas. Tanto bajo la mirada médica como bajo la peninsular, la población indígena trasgrede, a través de su diferencia étnica, los discursos dominantes, ya sea del proyecto de conquista o de la formación de Estados nacionales. La visión científica del agua, su significado médico, aparece como una estrategia más de control de sujetos que escapan de la norma a través de sus cuerpos y de las calidades que otorgan al recurso. De este modo, “*la asignación de calidades y de usos correctos del agua, se revela como una construcción cultural en que los criterios e indicadores objetivos son mediados por una disputa sobre su legitimidad y por lo tanto se construyen históricamente y son sometidos constantemente a debate. La calidad no es una categoría inocente*” (Peña op.cit:23), por lo que no es de extrañar que conceptos de calidad tan distintos sustenten argumentos parecidos, si estos argumentos apuntan a proyectos políticos cuyas bases yacen en la subordinación de la diferencia étnica.

V Caminos y paisajes

Marco metodológico

“Hay información basada en la experiencia del amor que es válida precisamente porque no la deforma la búsqueda obsesiva de una (seudo) objetividad y se basa no en la observación participante, sino en la experiencia compartida”
(George Devereux)



Imagen 7

5. 1 De senderos y espejos

Orientación Metodológica general

“Imagínese que de repente está en tierra, rodeado de todo sus pertrechos, solo en una playa tropical cerca de un poblado indígena, mientras ve alejarse hasta desaparecer la lancha que le ha llevado (...) imagínese además que usted es un principiante, sin experiencia previa, sin nada que le guíe ni nadie para ayudarlo...” (Bronislaw Malinowski).

La inquietante imagen a la que trasladan las palabras del viejo etnógrafo polaco, es una buena forma de emprender la mirada a los caminos que permitieron “liberar y atrapar datos” en la presente investigación, la que también fue llevada a cabo por una extranjera “principiante y sin experiencia previa” internada en la experiencia de la otredad.

En primer lugar, considero que la elección metodológica es una decisión que emerge de las propuestas planteadas en el marco teórico; los modos de obtener el conocimiento son opciones políticas que van seleccionando los elementos que ha de llevar la “*caja de herramientas*” con la que se observa la realidad. La teoría antes expuesta, por lo tanto, funciona como un *instrumento*, (Foucault en Clifford 1995: 143), en consecuencia, la presente investigación requiere de crear metodologías que integren a los sujetos indígenas como productores de conocimiento, pues, como se ha reconocido, la mayoría

de los acercamientos a la experiencia de salud de grupos étnicos ha sido incapaz de ver en ellos, la existencia de un saber legítimo y particular, lo que a su vez condiciona metodologías incapaces de superar las barreras descriptivas en torno a las prácticas de salud indígena. Lo mismo ha sido denunciado respecto a la consideración de las particularidades de género bajo epistemologías que aplican métodos, metodologías y técnicas de investigación que ignoran a las mujeres como productoras de conocimiento y portadoras de diferencias en la percepción y experiencia de la realidad.

Si bien las propuestas teóricas y metodológicas corren de la mano en la investigación, cabe aclarar que son sus preguntas, sus problemas, los intereses y circunstancias del escenario y/o de las personas con quienes se desarrolla el trabajo; los que orientan el modo más adecuado de acercamiento y obtención de datos (Tylor y Bodgan 1992). Esto implica que más que adscribir la metodología a un paradigma teórico-epistemológico, los caminos que aquí se plantean nacen de la necesidad de encontrar vías de acceso a las representaciones del agua que permitan llegar hasta los sentidos que el elemento y la experiencia de salud tiene para los teneek actuales; sentidos que como se ha expresado, están inscritos en un orden político y económico, pero que también están permanentemente sometidos a lo que Sahlins (1997:11), recordando a Geertz y de pasada a la pequeña Alicia de Lewis Carroll, llama un *riesgo en la acción creativa*, un riesgo de innovación, de contradicción... *“los significados son sometidos a riesgos subjetivos en la acción, en la medida en que los individuos al ser capacitados socialmente dejan de ser los esclavos de sus conceptos y se convierten en sus amos”*³⁸.

En esta intención de “comprender” los sentidos del vínculo entre agua y salud, la metodología que surge espontáneamente es la cualitativa, especialmente la **cualitativa de enfoque etnográfico**, por el tipo de acercamiento que ofrece a la realidad; un acercamiento que otorga tiempo para la observación, la experiencia, la descripción y la interpretación, además de espacio para la obtención de datos que navegan en la experiencia cotidiana de los sujetos de estudio, transmitidos a través del lenguaje, desprendiéndose así de las necesidades de representatividad y objetividad que otras metodologías pretenden conseguir con más éxito.

³⁸ “El problema es, -dijo Alicia-, determinar si puedes hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes, el problema es -dijo Humpty Dumpty- determinar en qué consiste ser amo; eso es todo!” (Ibíd.:11).

5.2 La Etnografía: viajes, experiencias, autorías y escrituras.

Sobre el método de investigación

En el momento en que Malinowski desembarcaba en playas melanesias, mirando con angustia alejarse la barca que lo había llevado hasta esa orilla, la antropología cambiaba su rumbo. Ya no se trataría tan sólo de teorías de sillón, esbozadas sobre los datos recogidos por ojos de viajeros, se trataría de las miradas de cuerpos



Imagen 8

“científicos” arrojados a la experiencia del trabajo de campo y la elaboración de “*nuevas etnografías*”, investigaciones que a través de la “*honestidad del método*” pretendieron convertir la experiencia del etnógrafo en material científico (Clifford 1995).

En estos intentos, los nuevos etnógrafos encarnaron la figura heroica de “*viajeros por el conocimiento*”, presentaban las condiciones exactas de su contacto con los hechos que describían, trabajaron laboriosamente por acercar los días en que se produjo el trabajo de campo y el momento en que se escribe la última versión de sus resultados, tratando siempre de seguir las enseñanzas de maestros como Mauss quien aconsejaba: “*no hay que asumir ningún prejuicio moral, ni asombrarse, ni dejarse arrebatar por el aburrimiento. Hay que intentar vivir dentro y en la base de la sociedad indígena*” (Mauss 1971). El conocimiento que se producía centraba todo su poder y autoridad en el *trabajo de campo*, la experiencia que convierte a los investigadores en etnógrafos, “*sujetos y objetos de estudio que escriben, registran, conversan, fotografían, bailan, sueñan y sufren en la conformación del viaje*” (Quiroz s/r), de ahí que se pusiera tanto énfasis en la transparencia, en las buenas condiciones para el trabajo e incluso en el registro de *pruebas* que avalaran la objetividad de sus dichos, todos requisitos para ser escuchado en la comunidad universitaria que más tarde evaluaría sus trabajos.

Si bien la antropología clásica, reconoció en el método etnográfico la síntesis empírica y subjetiva cuyo análisis debía llegar tan lejos que alcanzase “*un nivel como dice Mauss donde cuerpo, alma y sociedad, todo se entremezcla*” (Levi Strauss 1987:24), no fue sino hasta los años '70, con las observaciones de Geertz, que la antropología confesó su necesidad de crear formas de comunicación y escritura, que avalaran la presencia, autoridad y autenticidad de la palabra etnográfica. “*Estar allí*” era una experiencia que debía ser transmitida de modo que fuera capaz de convencer a las audiencias; “*en la persuasión de que este milagro invisible ha ocurrido, es donde la escritura entra en escena*” (Geertz 1989:11). Tras la revelación del lugar del etnógrafo y su escritura en la producción de conocimiento antropológico, la balanza de las preferencias se inclinó hacia la *interpretación* de las “redes de significado” en desmedro de la experiencia objetiva, que fue reemplazada por el concepto de intersubjetividad de Dilthey, con el cual la etnografía justificó su capacidad epistémica, bajo la idea de la comprensión a partir de la coexistencia en un mundo compartido³⁹.

La cultura fue entendida, entonces, como un conjunto de textos a interpretar; la nueva percepción de la experiencia es precedida por la *textualización* que ordena la relación entre el texto, (entendido como el hecho y su interpretación) y el mundo, ya que éste no puede ser aprehendido directamente, sino que se lo infiere de sus partes, las que se deben arrancar del flujo de la experiencia, “*de esta manera la textualización genera sentido a través de un movimiento circular que primero aísla y luego contextualiza una cosa o un suceso en la realidad que lo engloba*” (Clifford, 1995:157). El trabajo de la antropología interpretativa por lo tanto, traslada la autoridad etnográfica desde la experiencia, a la construcción de textos que buscan transmitir apropiadamente la trama de significados que envuelven al evento a estudiar. Geertz instala la necesidad de crear la imagen del autor, aquel capaz de conciliar las cuestiones epistemológicas con las narratológicas, “*capturado entre el deseo de crear una seductora estructura verbal (...) y el deseo de comunicar hechos e ideas (...)*” (Geertz op.cit.:30), con lo cual transforma a la etnografía en la *representación discursiva de las instancias del diálogo*, es decir busca recrear la experiencia

³⁹ “*La experiencia evoca una presencia participatoria, un contacto sensitivo con el mundo a comprender, un rapport con su gente, una tangibilidad de percepción. También sugiere un conocimiento acumulativo, en profundización constante (...). Los sentidos trabajan en conjunto para autorizar una sensibilidad o una propensión real pero inefable del etnógrafo hacia “su” pueblo*” (Clifford op.cit.: 155).

de la investigación dejando “*al descubierto la textura textualizada del otro y también la del sujeto que interpreta*” (Clifford *Ibíd.*).

El problema de esta visión dialógica del texto etnográfico -que sin duda otorgó enormes aportes a nuestra disciplina- es que precisamente, en la representación del diálogo, desplaza pero no elimina la autoridad monológica, pues “*mantiene ficcionalmente la extrañeza de la otra voz y conserva las contingencias específicas del intercambio*” (*Ibíd.*, 161), es decir, sigue vulnerando, a través de la interpretación, la reciprocidad del trabajo etnográfico y, por medio de la idea de intersubjetividad, disimulando que en “*su*” pueblo el etnógrafo produce un conocimiento personal y subjetivo frente a una realidad que le es extraña, pretendiendo descubrir redes de significados que no son ningún descubrimiento para “*sus*” otros. Las etnografías deben ser cuidadosas frente al hecho inescapable de la textualización, pues si bien es el método y la disciplina antropológica quienes se encuentran insertos en redes de escritura, es posible que al asegurar que los hechos sociales son “*sólo textos*”, como lo hace la antropología interpretativa, estemos atribuyendo a la realidad estudiada una cualidad que pertenece a nuestra manera de aprehenderlo (Bourdieu 1999:75), cayendo en una reiteración de los antiguos “*pecados etnográficos*”, al ocultar la ansiedad de la biografía y el viaje como fuentes de conocimiento, ya no en la experiencia objetiva, sino en la “*representación de la interpretación de las culturas*”.

Esta investigación pretende tener en cuenta que, más que un medio de conocer una realidad extraña, la etnografía se plantea como una *negociación entre biografías*, donde intervienen varios sujetos, concientes y políticamente significantes, (Clifford *op.cit.*:159) entre los que hay tensiones, avenencias, sospechas y afectos, que inciden en la construcción del producto final; un producto que resume la distancia recorrida entre el momento de los hechos y la escritura final del texto, buscando incluir y aprovechar la diversidad de subjetividades que contiene la experiencia del viaje, transformando la afectividad y la angustia, “*la ansiedad del método*”, en un aliciente que alimente a la etnografía-encuentro con el otro.

En este reconocimiento de la riqueza y los desafíos de la construcción de conocimientos a partir de la propia experiencia humana, es necesario, tal como aconseja Devereux,

(1977) explorar en el interés afectivo que los hechos provocan al investigador, aceptar y aprovechar la subjetividad y los trastornos que las condiciones personales producen en el contexto estudiado, evitando traspasar las fantasías, angustias y desorientaciones personales a ficciones de objetividad o intersubjetividad dialógica que no hacen más que ocultar las dificultades personales que implica el delicado ejercicio de la reciprocidad entre observador y observado. *“Tratamos de evitar la contraobservación porque no nos conocemos a nosotros mismos ni nuestro valor de estímulo... y no deseamos conocerlo. En lugar de aprender a observarnos y entendernos, tratamos de impedir que nos observen y nos entiendan nuestros sujetos”* (op.cit.:52), el desafío es entonces, trazar etnografías que aspiren a la reciprocidad, expongan la negociación entre investigadores y sujetos investigados, y acepten la reconocida rareza de construir *“textos científicos a partir de experiencias biográficas”*.

5.3 De Ushum Lab a Tsakam Lab⁴⁰

Entrada al campo etnográfico



Imagen 9

Como se ha dicho, el trabajo antropológico es una labor que produce ansiedad. Su búsqueda obliga sacar a luz material que el/la etnógrafo/a reprime y trata de purificar de contenido afectivo y humano a través de posiciones metodológicas y artificios que sobretodo funcionan como defensas profesionales que desfiguran la percepción de la realidad y estorban la investigación

(Devereux op.cit). Lo mismo sucede respecto a las condiciones culturales, ideológicas, de etnia, género, clase y edad del investigador que intervienen en cada paso de la tarea antropológica. De ahí que sea tan necesario reconocer la autopertinencia de la investigación, es decir, las condiciones personales que me condujeron hacia ella y el camino de inserción en el campo, con sus dificultades y aciertos.

⁴⁰ En lengua teneek, de ser “la mujer extranjera/mujer que habla español” (ushum lab) a ser la “pequeña extranjera/ la pequeña que habla español” (tsakam lab)

Esta etnografía surgió como una contingencia, o quizás una casualidad profundamente deseada. Poco a poco debía descubrir los misterios de la relación entre el agua y la salud, comenzando a ponerle rostro a la imagen de indígenas mexicanos que, en un primer momento, era incapaz de pronunciar. Teneek, nahuas, Xi'oi. La huasteca potosina. Desentumecer el frío, el miedo, el extravío y emprender la marcha hacia un trabajo de campo de tres meses en México, un mes y medio viviendo entre los teneek y un mes y medio trabajando en El Colegio de San Luís.

El viaje comenzó en septiembre de 2005, cuando partí a San Luís Potosí, capital del Estado donde recorrería por un tiempo los antecedentes bibliográficos de las etnias de la Huasteca, a los que en Chile no había podido acceder. El 28 de Septiembre, partimos Edna, becaria del programa y yo hacia Ciudad Valles, capital de la Huasteca. Desde ahí viajamos a Tancanhuitz, una de las cabeceras municipales más importantes de la región, donde se encuentra la mayor parte de la población teneek y nahua de la zona, además de ser el lugar donde se localizan las dependencias de la Comisión Nacional de Desarrollo Indígena (CDI), contacto establecido previamente en San Luís para desarrollar la investigación.

El día de llegada se celebraba en Tancanhuitz la fiesta de aniversario de la Radio XEANT, emisora indígena que llega a toda la región transmitiendo en lengua hispana, teneek, nahua y xi'oi. Ese fue el primer encuentro con los indígenas de la zona. Todos; músicos, danzantes, organizaciones de médicos tradicionales, mujeres bordadoras, cesteras y artesanas, habían venido desde sus comunidades a celebrar, el aniversario del principal medio de comunicación entre las comunidades. El primer encuentro dejó entrever las dificultades primarias de mi condición de extranjera:

“la gente se ríe cuando digo que soy de Chile... me han aconsejado decir que soy de Tabasco o de algún otro lugar lejano pero de México. Me complica el asunto, he decidido decir que vengo de San Luís y si hay más intimidad explicar mi extranjería. Quizás pierda kilos de información por no ser lo suficientemente amable, por no tener las palabras adecuadas; pero esa es la gracia... reconocer el modo en que se construye la información, mi presencia en el trabajo, la presencia de lo que me rodea, siento que en esto hay una entrega de los sentidos, un interés biográfico. Cargo con mis limitaciones, porque no

puedo salirme de mi cuerpo, de mis años, de mi procedencia; es sólo una perspectiva insoslayable que trata de mirar otras perspectivas” (Cuaderno de campo, 1 de Octubre de 2005).

Luego de pasar un tiempo visitando las distintas comunidades que podían ser pertinentes a la investigación, entre los municipios vecinos de Aquismón, Huehuetlán, Huichihuayán y Tanlajás y orientándome mejor en los caminos, decidí quedarme en una de las primeras que visitamos; San Isidro del ejido de Tampaxal. En términos formales podría decir que San Isidro era un lugar apropiado porque cumplía con los requisitos de la investigación:

✱✱ Población indígena mayoritaria: definida principalmente por criterios lingüísticos y de autodefinición, en San Isidro el totalidad de la población se considera teneek y habla el idioma

✱✱ Múltiples sistemas médicos vigentes: Buscando las múltiples tradiciones médicas que intervienen en la experiencia de salud/enfermedad de gran parte de la población indígena, intenté situar el trabajo en una comunidad cuyos *itinerarios terapéuticos* transitaran por diversos sistemas médicos, de modo que fue importante encontrar estos sistemas médicos como instituciones vigentes en la experiencia de salud de los integrantes de la comunidad⁴¹.

Si bien estos “criterios objetivos” de selección del grupo de estudio fueron válidos y ayudarán en gran medida a discutir el problema de investigación, es necesario expresar también que la elección de comunidad fue un proceso subjetivo, lleno de ansiedades, orientado habitualmente por la búsqueda de un lugar que me permitiera trabajar en calma y no transformar la extranjería y distancia en un obstáculo para la investigación. En ese sentido, San Isidro me ofreció la oportunidad de vivir en un albergue junto a 50 niños y niñas indígenas de la comunidad y de otros sitios más alejados. Ahí fui recibida con cariño por sus dos maestras ecónomas y el director, que no tardaron en incorporarme en las diferentes tareas domésticas; cocinar, repartir los alimentos a los y

⁴¹ Esto no implicó necesariamente la presencia de agentes de salud de los diversos sistemas en la misma comunidad, pues los límites geográficos estuvieron dados por los caminos que los integrantes de San Isidro trazaron en sus historias de salud, en las fuentes de agua a las que recurren, la forma en que perciben las geografías propias y ajenas, etc. y no por límites políticamente trazados

las niños/as, dormir con ellos, convivir y aprender a imaginar las familias que estaban esperándolos en sus casas cada fin de semana.

Observé y acepté lentamente la enorme diferencia que hay entre la infancia indígena y la que yo conocía en Chile. Vivir con ellos fue una intensa manera de sumergirme en parte del cotidiano indígena, confrontar mis temores, aceptar las asperezas de la realidad, husmear en las relaciones sociales de la comunidad, entrar con tímidos pasos en ella, ser presentada en una asamblea comunitaria, expresar mis intereses y poco a poco se aceptada como extranjera, una “*ushum lab*”, todos pasos fundamentales de lo que se ha llamado *rapport*, pero que para mí significó un proceso de adaptación mutua, de dejar de ser y sentirse observada en todos mis actos, (recibiendo varias burlas por algunos de mis extraños comportamientos y expresiones), para recobrar cierta cotidianeidad. Pasar a ser reconocida por y entregada a, la comunidad.

En San Isidro pasé seis semanas viviendo de lunes a viernes en el albergue y volviendo los fines de semana a Tancanhuitz o a otros municipios, en busca principalmente de organizaciones de médicos tradicionales, clínicas (consultorios) a las que asistieron los/las entrevistados/as y de otros lugares importantes para la salud indígena.

Las últimas semanas de trabajo se realizaron durante la fiesta de muertos, Xantoro para los teneek. Estos días fueron especialmente interesantes por los ritos en que acompañé a las distintas familias, siguiendo a rezanderos, preparando tamales, arcos, caminos de flores, etc. Todas las conversaciones que se dan en este contexto, develan el gran sentido que tiene para los indígenas la relación recíproca con la muerte, con los espíritus de sus antepasados, seres y espacios sagrados, todos vinculados con una cosmovisión en la que la armonía con el espacio natural, social y divino es la principal cualidad para los seres humanos.

El paso del tiempo y la convivencia diaria fueron transformando mi imagen de extranjera en una figura más familiar. Las visitas, la compañía, las largas conversaciones, los viajes, fueron abriendo la posibilidad de la confianza, de secretos y comprensiones. Poco a poco, y gracias a algunas estrategias de inserción como ayudar en curaciones, asistir a fiestas comunales, hablar por la radio Xeant, etc., los habitantes

de San Isidro fueron reconociendo en mí a una persona más cercana, que baila, se ríe y a veces amanece con algo de la nostalgia. Pasé de ser una “mujer extranjera” a ser una *tsakam lab*, una “pequeña extranjera”, nombre que me seguía situando fuera, pero con el cariño cultivado en la convivencia.

Finalmente, lo que recibí, un poco de su tiempo y de su vida, es un regalo que me confirma la necesidad de la experiencia del otro en el trabajo antropológico y la legitimidad que tiene la convivencia y la afectividad como forma de conocimiento. *“Allá están ellos con sus aguas, con sus leñas cargadas en la espalda, con sus deliciosas tortillas, sus saludos silenciosos, con sus sonrisas sin dientes y sus burlas en otro idioma... ¿qué puedo hacer con todo esto?, eso es lo que me perturba ahora, mi fortuna... la incapacidad de seguir silenciosa... la expectativa que se puede esfumar como el recuerdo. No quiero que esto sea una foto, ni una anécdota de la diferencia. Sólo queda agradecer y seguir adelante... hacer algo con estas palabras”* (9 de Diciembre 2005)

5.4 Estrategias y Azares

Técnicas de Investigación

Observación Participante

Como es sabido, esta técnica va unida a la etnografía y antiguamente representó la fuente principal de la autoridad etnográfica por su vínculo con la experiencia. Según Kluckhohn (1940 en Tudela 2002), la observación participante consiste en un “*proceso consciente y sistemático de compartir en todo lo que le permitan las circunstancias, las actividades de la vida, y en ocasiones, los intereses y afectos de un grupo de personas. Su propósito es la obtención de datos acerca de la conducta a través de un contacto directo y en términos de situaciones específicas, en las cuales sea mínima la distorsión producida en los resultados a causa del efecto del investigador como agente exterior*”. De esta manera la observación implica una intensa y sostenida interacción “cara a cara” entre el investigador y los observados, en el espacio físico y social de éstos últimos.

Al ser una técnica esencialmente experiencial, la observación participante contiene la particularidad de “*experimentar tanto a nivel teórico, como a nivel corporal, las vicisitudes de la traducción*” (Ibíd.), y si bien convencionalmente ha sido definida como un método “empírico” las críticas etnográficas, que dieron cuenta de lo ficticio de la objetividad en el trabajo de campo, también dejaron entrever que la observación participante, más que un método empírico, es *un método sensitivo*, donde se involucran todas las complejidades biográficas y etnográficas, en el acto de la observación.

La observación participante ofrece un rico espacio para acceder a la reciprocidad real o potencial de la relación entre el observador y el observado. Malinowski fotografía a los trobriandeses, los observa, pero uno de ellos mira directamente a su cámara, lo observa a él. En esa mirada se retrata la capacidad de contraobservación y contratransferencia (Devereux 1977) que las ciencias del comportamiento, especialmente la antropología tienen y de la que deben hacerse cargo no sólo tomando conciencia de su propio valor de estímulo específico, sino comprendiendo el conocimiento dentro de su esfera de acción, es decir, dentro de una *situación presencial de convivencia*, que permite surgir abierta y creativamente los hechos propios del compartir la vida. “*La principal ventaja*

del esquema propuesto es la reintroducción del observador tal y como es realmente, en la situación experimental; no como fuente de lamentable perturbación sino como fuente importante y aún indispensable de datos complementarios y pertinentes para la ciencia del comportamiento (Ibíd. 56).

En términos etnográficos la observación participante es una técnica que permite a la antropología oscilar continuamente entre el adentro y el afuera de los sucesos: “*por una parte atrapar empáticamente el sentido de eventos y gestos específicos, y por otro, dar un paso atrás para situar esos significados en contextos más amplios*” (Clifford op.cit.:152). El problema, sin embargo, es que en ella también están inscritas las complejidades de la escritura y la traducción; el observador y su autoridad se basan en un sentimiento hacia el contexto, en su capacidad de comprender la sensibilidad de “su” pueblo y esa sensibilidad ha de ser transmitida al lector a través de lo que se ha denominado “*textos representacionales*”, es decir textos etnográficos que tratan de convencer de su veracidad a través del estilo literario, logrando acortar la distancia de los hechos y las palabras a través de la ficción “*tu estás allí, porque yo estuve allí*” (Ibíd.:154). Tal como plantea Clifford, la observación participante, como la etnografía, se encuentra atrapada en una red de escritura, y sobre ella caben las mismas aproximaciones y dudas respecto quién observa a quien y qué es realmente lo que se observa.

Más que esbozar una respuesta a estas intrincadas preguntas, lo interesante es precisar que la observación participante no es una técnica aislada en términos metodológicos, sino que por el contrario, se encuentra profundamente ligada a la realidad que se observa, a los integrantes de dicha realidad, sus propios modos de mirar y a los estilos de narración que nacen de esas observaciones. Si bien el ejercicio de observar es una práctica permanente en el desarrollo de la etnografía, los lugares específicos sobre los que se trazó la observación en San Isidro fueron:

1. Observación de las estrategias de abastecimiento de agua en la comunidad.
2. Observación de las fuentes y los lugares físicos desde donde se obtiene y almacena el agua, registrando las prácticas que se desarrollan ahí.
3. Observación de prácticas cotidianas asociadas al agua, principalmente aquellas que tienen que ver con el ámbito de los cuidados profanos

4. Observación de ritos de curación y/o prácticas terapéuticas ejercidas por agentes de salud de las diferentes medicinas en sus respectivos territorios

Entrevistas en profundidad

Se ha mencionado en el marco teórico el estrecho vínculo que tienen los relatos, la narración, con la experiencia de la salud/enfermedad, de modo que tratar de aprehender usos y significados del agua dentro de este proceso requiere explorar y reconstruir estos relatos a partir del diálogo que sólo se genera con mayor profundidad a través de las entrevistas. Como es sabido, las entrevistas son técnicas cualitativas de obtención de información por medio de la expresión verbal, en forma de enunciados o discursos de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión (Tudela op.cit.), que se diferencian de una conversación cualquiera por estar orientadas hacia los temas delineados por los objetivos de la información (Balcells 1994). De esta manera, entre investigador(a) y entrevistado(a) se construye una narración que sólo surgirá con esas características en esa instancia, es un diálogo en el que se incorporan ambas biografías y a través del cual surgen relatos motivados por el/la investigador/a, pero creados a través y en conjunto con el/la entrevistado/a.

Para los intereses de la investigación, las entrevistas ofrecen la posibilidad, a través del diálogo, no sólo verbal sino por medio de todas las formas de comunicación, de acceder a un discurso que expresa las relaciones del sujeto con las instituciones, sus creaciones, obediencias e insurrecciones prácticas, apelando a dimensiones tanto sociales como biográficas que, para los efectos de esta investigación, develan enriquecedoramente, la relación y el lugar que tienen los sistemas médicos, en la construcción de la experiencia de la salud.

Entre los tipos de entrevistas clasificadas por diversos autores, ya sea desde el punto de vista de la existencia y sujeción a determinadas preguntas, o del tipo de información que se busca y su grado de profundidad, considero que las entrevistas necesarias para captar los sentidos de la salud en grupos indígenas son **entrevistas en profundidad**, debido a que plantean una temática específica que intenta ser ahondada en la interpretación particular que se hace del fenómeno, evitando por tanto, establecer comparaciones o generalizaciones entre los relatos que vayan surgiendo.

El hecho de trabajar con sentidos de oralidad diferentes, por el elemento étnico que integra la investigación, implica hacer una adaptación de las metodologías buscando aquellas que ofrecen más flexibilidad en su aplicación, sin que ello implique perder de vista los objetivos y preguntas que guían el trabajo. Como es sabido, las entrevistas en profundidad son abiertas, no estructuradas ni estandarizadas, ofreciendo la posibilidad de seguir el ritmo y las direcciones que el entrevistado considera. Sin embargo, al estar sometidas a formas de narración y oralidad que provienen de tradiciones culturales distintas, requieren intensamente de la presencia y atención del/la investigador/a pues en muchas ocasiones éstas derivan a otros temas, sin que las contradicciones o *desvíos* representen, desde mi punto de vista y a diferencia de otros autores (Tudela 2002.), un inconveniente para la investigación, puesto que tanto lo “lógicamente coherente”, como aquello que aparentemente es una contradicción, o incluso un engaño, forman parte significativa del relato y son fragmentos del material que ha de ser complementado con los antecedentes de la observación y en general con las percepciones de la experiencia del campo; elementos que pueden develar los sentidos que la contradicción e incluso el “engaño”, tienen en el relato. En este trabajo las entrevistas en profundidad estuvieron orientadas a la composición de los *itinerarios terapéuticos* de los entrevistados: caminos, alternativas, opciones y significados de la búsqueda de salud y la curación de la enfermedad, en todas las etapas de la vida y bajo todas las circunstancias que son interpretadas como asociadas a la experiencia de salud.

5.5 Retratos y Universos

Universo de Estudio y Muestra

La investigación se orienta sobre el universo de *los integrantes de una comunidad teneek de la Huasteca potosina, Estado de San Luis Potosí, usuarios/as de diversos sistemas médicos*. El universo de estudio en el caso de la presente investigación está determinado por dos variantes identificadas en los objetivos específicos, la condición de **género y étnica**. De modo que dentro del grupo de usuarios/as fue necesario contar con hombres y mujeres, pertenecientes tanto al grupo indígena dominante, en este caso de la etnia teneek, como pertenecientes a otros grupos, principalmente nahuas y mestizos, que son parte o establecen relaciones vinculadas con la salud, en la comunidad. A este universo

se agregan los *agentes médicos representantes de distintos sistemas de salud*, quienes se han incluido con el fin de reconocer voces participantes de la interpretación la experiencia de salud/enfermedad. Entre ellos también hemos privilegiado la variable de género y étnica.

Al tratarse de una etnografía situada en una investigación exploratoria y considerando el tiempo de trabajo de campo y las características demográficas de San Isidro Tampaxal, la muestra ha sido definida como un grupo *de 20 personas integrantes de la comunidad usuarias de diversos sistemas médicos*. Grupo al cual se suman *15 agentes de salud provenientes de los diversos sistemas médicos locales vigentes*.

A lo largo del trabajo de campo, se fueron seleccionando los y las informantes de acuerdo a su pertinencia como parte de la muestra, y su disposición a participar en el proyecto. Los criterios de selección fueron simplemente que fueran hombres y mujeres de la comunidad, preferentemente adultos, entre 20 y 80 años, que manifestaran interés en relatar su experiencia de salud y sus inquietudes respecto al agua. Lo mismo sucedió con los agentes de salud, quienes generalmente fueron contactados en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para el caso de los agentes biomédicos o Encuentros de Médicos Tradicionales, para el caso de la medicina tradicional. También se trabajó con agentes de salud no reconocidos oficialmente por el IMSS, pero que son definidos como tales en los testimonios de los/las entrevistados/as. El hecho de ser reconocidos *comunitariamente* como agentes de salud fue el criterio principal de selección de los agentes de salud.

A continuación se describen los grupos que constituyen la muestra y sus características generales.

<p>Integrantes de la comunidad usuarios de los diversos sistemas médicos</p>	<p>10</p>	<p>9 Hombres de a San Isidro, hablantes de Teneek y autodefinidos como tales, 1 hombre perteneciente al barrio vecino de Alaquich, hijo de matrimonio cruzado teneek/nahua, todos tienen hijos</p>										
<p>Integrantes de la comunidad usuarias de los diversos sistemas médicos</p>	<p>10</p>	<p>10 Mujeres teneek de San Isidro, dos de ellas trabajan en la comunidad y una de ellas es hija de matrimonio cruzado y autodefinida como nahua. Todas tienen hijos y están o han estado casadas</p>										
<p>Agentes de salud representantes de los diversos sistemas médicos</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td>MT⁴² locales</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>MT comunidades vecinas</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MT de los Municipios vecinos</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Agentes alopáticos</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	15		MT ⁴² locales	4	MT comunidades vecinas	2	MT de los Municipios vecinos	4	Agentes alopáticos	5	<p>Agentes de salud por su rol asociado a la promoción de la salud y atención de la enfermedad, reconocidos por la comunidad, el núcleo familiar y/o instituciones dedicadas a la salud</p>
15												
MT ⁴² locales	4											
MT comunidades vecinas	2											
MT de los Municipios vecinos	4											
Agentes alopáticos	5											

⁴² MT : Médicos tradicionales, incluye a curandero/as y parteras

VI. San Isidro: agua y abono teneek

Antecedentes generales de la comunidad

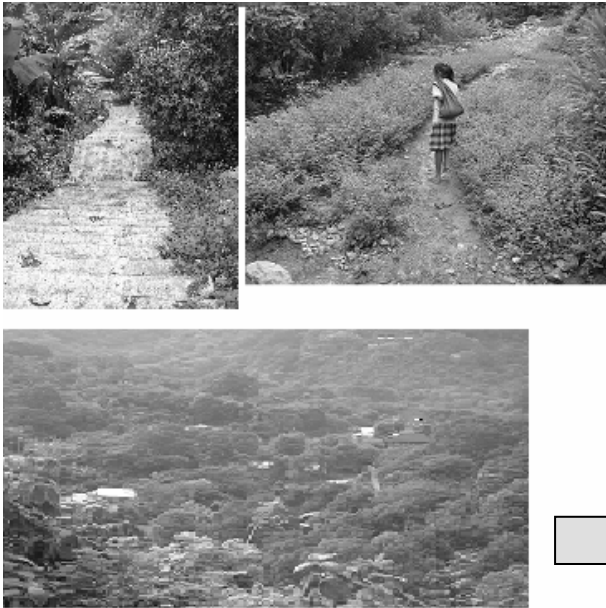


Imagen 10

6.1 El ejido Tampaxal; el espacio de las relaciones interétnicas

“El nombre de Tampaxal se origina, según cuentan nuestros abuelitos, de las cuevas profundas en que ellos se abastecieron de agua, por eso se llama Tampaxal, Porque es el “lugar de las cuevas”, en nuestra lengua”⁴³

San Isidro es uno de los 15 barrios que forman el ejido de Tampaxal, fundado en 1888. En total cuenta con una superficie de 4015 hectáreas repartidas entre 550 ejidatarios con derecho, hombres y mujeres de origen tanto mestizo como indígena, principalmente teneek y nahuas. En este espacio se desarrollan las relaciones interétnicas de mayor envergadura, pues reúne las instancias máximas de toma de decisiones. No obstante, las comunidades cuentan con cierta autonomía en su organización, pues las decisiones internas se adoptan en las *asambleas de barrios*, instancias mensuales de información y participación que reúnen a autoridades y vecinos, permaneciendo siempre en diálogo con los sectores aledaños a través de las *asambleas de representantes*, que convocan a las autoridades de cada comunidad y las

⁴³ Santos Amador, comunicación personal

asambleas de comités que reúnen a los encargados de diversas comisiones, entre ellas las de salud y agua.

En cuanto a servicios básicos Tampaxal cuenta con educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y preparatoria, a la que acuden niños/as de los diferentes barrios, concentrando tanto población indígena como mestiza, aunque existe un predominio de esta última. De hecho la educación en Tampaxal se imparte en español, siendo sólo las escuelas de algunas comunidades indígenas, parte del programa nacional de escuelas bilingües.

Además, en el lugar se otorgan servicios de salud de primer nivel a través de la “Clínica⁴⁴”, la cual, *“sustentada en un modelo de atención integral y preventivo, financiada por el Ejecutivo Federal y administrada por el IMSS, está orientada a las comunidades rurales con mayores índices de marginación en el Estado de San Luis Potosí”* (IMSS s/r). La idea fundamental de esta clínica, inaugurada en la década de los 70, es otorgar servicios de salud médico-preventivos junto con fomentar la participación comunitaria para el autocuidado de la salud, mejorando de este modo, las condiciones de vida de la población rural a la que se dirigen y *“fortaleciendo los principios de solidaridad, universalidad y equidad entre el solidario habiente y el prestador de servicios”* (Ibíd.). El paquete básico de los servicios de salud que ofrece la clínica incluye: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención del embarazo y puerperio, vigilancia de la nutrición y crecimiento de los menores de 5 años, inmunizaciones, manejo de EDAS, IRAS, HAS y DM⁴⁵, tratamiento antiparasitario familiar, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones. Participación comunitaria para el autocuidado de la salud y odontología preventiva.

Además, Tampaxal cuenta con luz eléctrica, tiendas campesinas comunitarias y otras de venta de abarrotes, un tianguis (mercado), agua entubada traída desde el Tancojob, una peña ubicada entre los barrios de La Mesa y Los Hornos, Internet satelital en la preparatoria, y un camino de terracería que sólo se encuentra pavimentado en un

⁴⁴ Equivalente a los consultorios rurales en Chile

⁴⁵ EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas, IRAS: Infecciones Respiratorias agudas, HAS: Hipertensión Arterial Sistémica, DM: Diabetes Mellitus

primer tramo, el que es recorrido tres veces al día por buses y transporte ejidal, únicos medios de movilización con que cuenta la población.

6.2 San Isidro Tampaxal: el lugar de las golondrinas



Imagen 11

San Isidro constituye uno de los barrios con mayor porcentaje de población indígena dentro del ejido de Tampaxal; geográficamente se ubica en la Longitud Oeste $99^{\circ} 02' 15.00''$ y Latitud Norte $21^{\circ} 31' 24.00''$ (INEGI 2005) a una altitud de 500 msnm. La mayoría de sus casas han sido erigidas en una joya, o lo que sus habitantes llaman “*el plan*”, sin embargo muchas otras encuentran alzadas en medio de la serranía, siendo una comunidad amplia de 400 ha que limita al norte con Alaquich, al Oriente con la Pimienta, al Sur con San Rafael y al poniente con Tampaxal.

En términos históricos⁴⁶ la comunidad se origina en el siglo XIX, formando parte de zonas de refugio indígenas, limitantes con haciendas como las de Tampaxal. Desde esos años, tal como hasta ahora, las actividades productivas más importantes han sido el cultivo de café, maíz y frijol. En sus orígenes la comunidad fue denominado como “J'al_con”, lo que en lengua teneek significa *agua y abono*, esto debido a que de la Sierra en la que se ubica, nacen dos arroyos, el Mayté y el Oxibitz, llegando a lo que hoy constituye el centro de Tampaxal, para juntarse ahí con el abono de la tierra. Desde entonces y hasta ahora, una de las fiestas y santos más importantes de la comunidad es justamente San Isidro, el santo del agua y los cultivos, en nombre de quien a partir de 1953, por causas que desconocemos, se re denominó a la comunidad.

Afortunadamente, los últimos años han sido tranquilos y no se han presentado catástrofes naturales, pese a lo cual, en la memoria colectiva abundan recuerdos de

⁴⁶ Información recogida en trabajo de campo y de Secretaría de Ecología y Gestión Ambiental 1998. Cuyo acceso agradezco al Dr. Mauricio Guzmán Chávez del Magíster de Antropología COLSAN.

épocas dolorosas y difíciles, situadas entre la década de los 60 y 70, en las que hubo que recurrir a ayuda de la presidencia municipal para poder sobrevivir. La amenaza de fenómenos naturales es constante por la enorme dependencia que, como población eminentemente agrícola con baja tecnología de riego, tienen de los ciclos naturales; muchas siembras y milpas se arruinan por la acción del clima y de animales de la sierra, perjudicando enormemente las economías familiares de la comunidad.

Los servicios de agua y energía eléctrica comenzaron a llegar a San Isidro durante las décadas de los 70 y 80s principalmente. También durante estos años, construyeron una capilla en la que realizan misas y rosarios, recibiendo esporádicamente la visita del cura del ejido y del obispo. El camino que cruza desde la carretera #85 hasta Tamapatz fue abierto hace muchos años por los primeros habitantes del ejido, sin embargo, sólo hace un año fue ripiado un primer tramo de 8 Km. aproximadamente, sin que hasta la fecha alcance a llegar a San Isidro.

En los últimos años la comunidad ha llamado la atención de muchas instituciones asociadas al desarrollo rural y el turismo, pues dentro de su territorio se erige el *Sótano de las Huahuas*, una hermosa y profunda cuenca en la que duermen golondrinas y otras aves que amanecen cada mañana volando en medio de un bello paisaje, enriquecido además por la variedad de flora y fauna que conserva. Estas características atrajeron la atención del Ayuntamiento y la Secretaría de Ecología y Gestión Ambiental del Gobierno estatal, quienes, junto a la comunidad, lograron la declaración de Patrimonio Natural para el sótano, impulsando así, diversos proyectos que se encuentran en curso para incentivar el turismo en la comunidad y actividades de desarrollo indígena.

En San Isidro el 98.4% de la población mayor de 5 años habla teneek como primera lengua, sin embargo, otras tradiciones vinculadas a la cultura huasteca se han ido perdiendo. Actualmente no existen grupos de músicos que entonen melodías tradicionales, aunque sí existen personas que conocen bien la ejecución de instrumentos y ritmos tradicionales, pero que no ejercen actualmente como tales. Esto no quiere decir que la música y las danzas tradicionales se encuentren ausentes en la comunidad. Por el contrario, aún bailan y tocan músicas propiamente indígenas, ya sean teneek y nahuas como la malinche, el tsakam son, la danza de las varitas, y el Rey

colorado, o de otras tradiciones más bien mestizas, como los huehues y el guapango (Ávila et al. 1988).

En términos religiosos el 99.5% de la población de San Isidro profesa la religión católica, siendo uno de los pocos barrios del ejido en el que no han penetrado los misioneros protestantes de la iglesia cuadrangular. Junto a ella, siguen vigentes prácticas y creencias en deidades prehispánicas como el Mam Lab, dios del trueno, viento y la lluvia y el Mitzu Paxal (gato de las cuevas). Las figuras vinculadas con la religión dentro de la comunidad gozan de gran prestigio y vigencia, existe un grupo considerable de, hombres principalmente, que ejercen como rezanderos, sus servicios son requeridos en ocasiones especiales como rosarios, bautizos, velorios y el día de muertos, Xantoro.

El último censo de INEGI registra 545 habitantes, de los cuales 289 son hombres y 256 mujeres, siendo los 20 años el promedio de edad para contraer matrimonio y formar familias, las que tradicionalmente contaban con entre 6 a 10 hijos/as, aunque en la actualidad hay familias más pequeñas con 4 o 5 hijos, sobretodo las parejas más jóvenes. La mayoría de la población no es derechohabiente a servicios de salud y dependen principalmente del programa Oportunidades, programa de gobierno dedicado a la promoción de la educación, salud y nutrición de la población marginal del país, entre los que se encuentran gran cantidad de grupos indígenas (antiguo PROGRESA)⁴⁷. Sólo el 54.05% de la población mayor de 15 años en la comunidad sabe leer y escribir, mientras que los/las niños/as de entre 6 y 14 años asisten a la escuela en un 63.9%, lo que sabemos, no es correlativo de un manejo fluido de la lectoescritura. San Isidro cuenta con un Kinder inaugurado hace poco tiempo y una escuela primaria bilingüe a la que asisten parte importante de los/as niños/as de la comunidad y de otros barrios. El 84.4% de la población entre 6 y 14 años van a la escuela, aunque esta tasa comienza a reducirse, especialmente en las niñas, al entrar a la secundaria y preparatoria pues éstas se encuentran sólo en Tampaxal, lo que implica más gastos familiares y pérdida de mano de obra necesaria en el hogar.

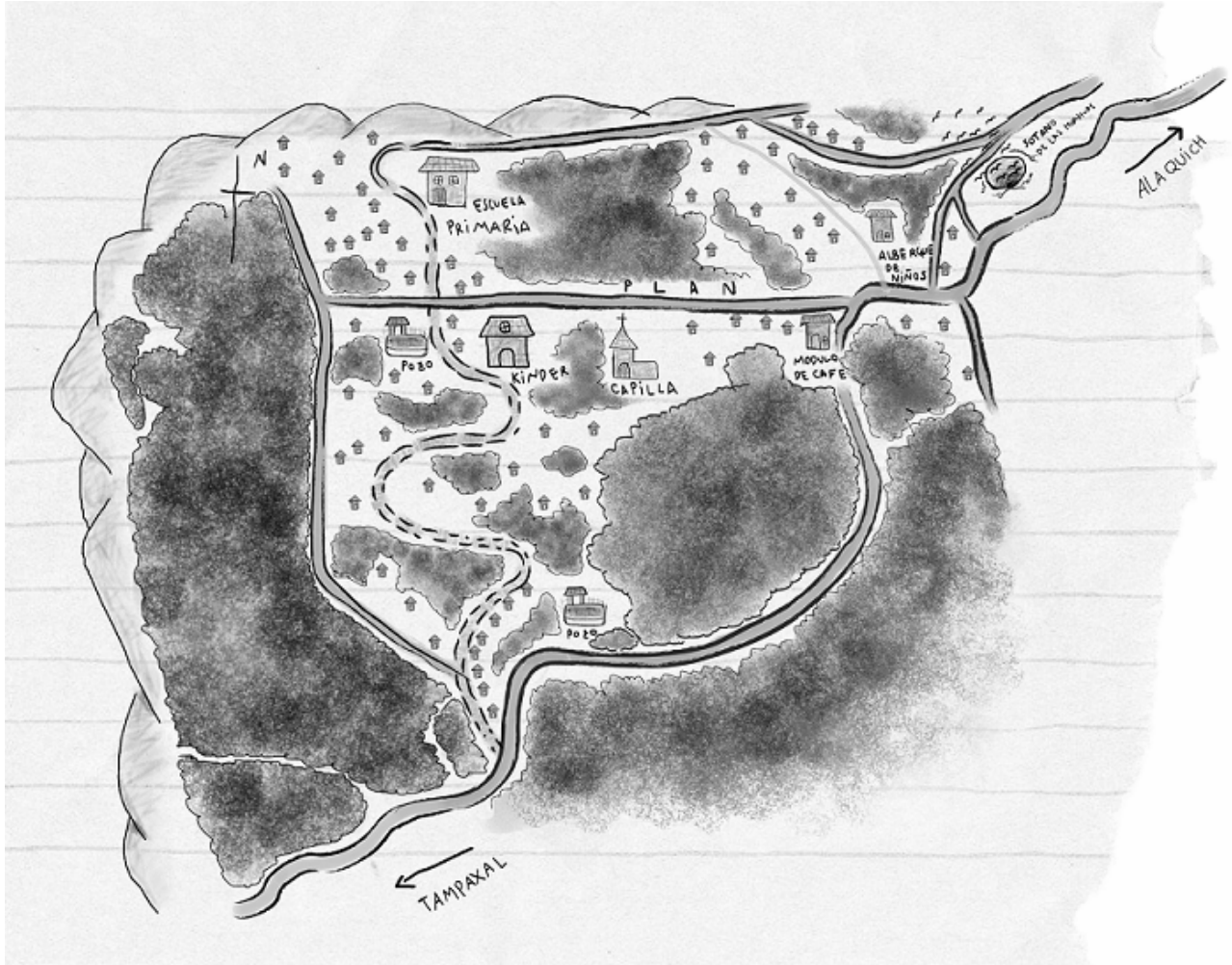
⁴⁷ Para el análisis del funcionamiento del e impacto en la población indígena de San Isidro, Tampaxal, ver capítulo 7.

Además de los servicios ya mencionados, la comunidad cuenta con una tienda comunitaria y un módulo procesador de café⁴⁸. La mayoría de la población cocina con leña, siendo la recolección de ésta una de las actividades cotidianas más duras y difíciles por la progresiva escasez que hay del recurso. El café constituye la principal actividad productiva del sector, lo que implica que sólo una parte pequeña de la población tiene algún tipo de trabajo remunerado por breves temporadas en las que salen de la comunidad. El resto, principalmente vive del cultivo de las milpas y comercialización esporádica de la palmilla, también trabajan como jornaleros en cultivos locales o de otros barrios. Las mujeres casi en su totalidad no reciben remuneraciones y trabajan en las múltiples actividades del hogar, a lo que agregan trabajos de bordados, madera, barro y papel que escasamente ponen a la venta. Esporádicamente, las mujeres jóvenes salen del ejido a buscar trabajo en las ciudades, aunque sus alternativas no son muchas: trabajo doméstico u obreras industriales, generalmente en Monterrey donde hay una gran expansión de esta área.

Las casas de San Isidro aún mantienen su forma tradicional, aunque en algunas ocasiones se ha cambiado el techo de palma por material y lámina, esto principalmente en las familias de más recursos. La mayoría, además de sus cultivos, procuran mantener árboles frutales, principalmente de mandarinas y limas en sus patios, junto a muchas plantas y hierbas cuyos nombres y propiedades curativas conocen; también cuidan animales domésticos, como gallinas, cerdos, pavos y perros, con los que conviven cotidianamente, sin considerarlos sucios ni portadores de enfermedades.

⁴⁸ Perteneciente a la cooperativa de Cafecultores indígenas de la Huasteca Potosina asociados en “*Café Sierra de Aquismón*”, Tampaxal, S.L.P.

6.3 San Isidro Tampaxal⁴⁹



⁴⁹ Ilustración Víctor Cofré

VII A g u a s a d e n t r o : Resultados de la investigación

Estrategias de análisis

A partir de la información recopilada en trabajo de campo y tras el análisis de las entrevistas, en la exposición de los resultados se ha decidido ir hilando los nombres de sujetos integrantes de la comunidad, que en su testimonio dan cuenta de ciertas unidades temáticas, con las experiencias ofrecidas por ellos mismos en sus relatos y/o por otros integrantes de la comunidad sobre la misma unidad temática. De este modo, lo que se busca, más que sólo describir las fuentes geográficas y los referentes de la salud, es destacar la interacción de los sujetos con dichas instancias, la integración de sus biografías, su vida cotidiana, sus recuerdos y condiciones actuales, en un intento de comunicar, a través del texto y la construcción de relatos, las diversas voces y experiencias que los integrantes de la comunidad establecen con respecto a su salud y la obtención, uso y gestión del agua, reconociendo de antemano, los acercamientos literarios que este modo de etnografía presenta.

Luego, siguiendo los *itinerarios terapéuticos* de los/las entrevistados/as, se ha de indagar en los discursos que los sistemas médicos incluidos en la experiencia de salud indígena, construyen sobre el agua, intentando siempre escapar del fetichismo de las instituciones que oscurece la mirada a los sujetos que están tras de éstas. De modo que dichas voces son comunicadas y asignadas narrativamente a sujetos, hombres y mujeres que cumplen las funciones de agentes de salud de los distintos sistemas médicos en San Isidro, por ser personas a las que arriban los itinerarios terapéuticos de los teneek en procura de salud y sanación a sus enfermedades.

Finalmente, como una forma de alcanzar la comprensión de las relaciones entre el agua y la salud indígena, a partir de las *historias de salud* de los/las entrevistados/as, se han de recorrer los espacios que conforman la experiencia de salud de una comunidad indígena actual y el lugar que el líquido obtiene en ellos, discutiendo la trama de los procesos mencionados en el marco teórico.

7.1. El agua de San Isidro

Cómo se consigue, usa y gestiona el agua en una comunidad indígena teneek

Todas las formas, todos los usos, todas las fuentes de agua, junto a sus respectivas geografías, tienen un lugar específico en el imaginario de los habitantes de San Isidro. La procedencia, temporada, textura, temperatura, color, sabor y otras formas invisibles que habitan en cada gota del elemento, determinan una gama de significados que van unidos a los modos de representación del territorio, a distinciones de género aplicadas a la naturaleza y sus usos, a rasgos identitarios que definen lo propio y lo ajeno. En pocas palabras, creaciones culturales que surgen de un elemento tan sencillo como el agua para erigirse como unidades simbólicas de una comunidad indígena.

La relevancia de este recorrido por fuentes y gestiones del recurso, sólo es posible de reconocer en tanto se considere que las prácticas, ligadas a la obtención y distribución del líquido, no existen en el vacío, sino que van atadas a ideas, imaginarios como se han llamado aquí, que sólo adquieren sustancia y realidad en tanto forman parte de la vida y la práctica social. Es aquí donde los teneek, como todos los grupos humanos, distinguen socialmente las calidades del agua, *“en estrecha vinculación a los procesos que legitiman sus diversos usos en relación con la salud, la limpieza de los cuerpos y espacios humanos”* (Peña 2000:19). Cada práctica sobre el agua y el imaginario que despliega, está constituida por complejos procesos de significación que involucran la construcción de relaciones de poder, extendidas en la necesidad comunitaria de resolver modos de abastecimiento y el aprovechamiento de las distintas fuentes de la geografía local.

En una comunidad indígena, donde las palabras y las prácticas son el principal modo de comunicación por encima de la escritura, los escenarios construidos en torno al agua, con sus elementos materiales y sus prácticas culturales, son, a mi parecer, una de las principales *fuentes testimoniales* de los significados asignados al recurso; significados, que esta tesis pretende visualizar. Por ello estos relatos hilan trazos de entrevistas con datos de campo y de la observación participante.

✧ *Anastasia camina al pozo, pero el agua se lleva el alma*⁵⁰

Anastasia tiene ochenta y cinco años, debe ir al pozo todos los días a conseguir agua limpia. Lo ha hecho así desde que era niña, cargando en cubetas el líquido necesario para el día. Tres cubetas diarias para toda la familia, quince a veinte litros para beber, bañarse, lavar los trastes, la ropa, cocer los frijoles, el nixtamal, alimentar al puerco que es el único animal que le queda, y preparar el café de todos los días. Al pozo siempre ha debido ir ella, desde niña acompañaba a su madre y ahora la acompaña su nuera, es mucho peso y hay que caminar bastante. Lo bueno es que *“ahora agua hay donde quiera”*, es Octubre y las lluvias han sido buenas en el año.

En San Isidro hay pozos desde que Anastasia tiene recuerdos, siempre han existido en el plan, también hay otros dos en el camino hacia Tampaxal, pero el del plan le queda más cerca. El pozo es para todos, ahí se comparte el agua, *“quien quiera puede ir si es de la comunidad, no más que no lo ensucie ni tire piedras”*. Eleuterio, el encargado del “comité del agua”, debe estar atento a sancionar a quien atente contra la limpieza del pozo. Para advertir de ello ha escrito con letras verdes en una de sus paredes:



“se prohíbe rallar el pozo y el pared del mismo, no hechar plásticos ni sentarse sobre la banqueta”

Imagen 12

Hace un tiempo los vecinos de San Isidro pidieron a la presidencia municipal que les ayudaran a construir el pozo, pues sólo era barro, sin piedras que lo contuvieran. Con el tiempo se le había caído lodo y ya estaba tapado el fondo, de modo que era necesario repararlo. Al hacerlo, sin embargo, la presidencia municipal le puso techumbre y *“ya la tierra no quiso dar más agua”*, el pozo se secó y ahora hay que abastecerlo con el agua de

⁵⁰ La construcción de estos relatos se ha hecho respetando las particularidades y riqueza de la comunicación oral más que procurando estilos del lenguaje literario y/o antropológico

la tubería, *“se ensució y ya no sirve, es un depósito nada más”*. Por octubre y hasta diciembre no habrá problemas con el agua del pozo, Anastasia y todos los teneek de San Isidro tendrán agua asegurada. El problema vendrá después, cuando en enero acaben las lluvias y comience el estiaje, tiempo en el que los pozos son la única fuente que tarda en secarse, aunque termina por hacerlo.

Aristea, nuera de Anastasia, explica las sensaciones que acompañan el estiaje: *“cuando se seca ahí se pone más difícil, hay que ir a pedir agua y buscar hasta allá arriba, pero aquí el agua se acaba”*. Buscar hasta allá arriba, eso deberán hacer, ir a los otros barrios a pedir agua, escudriñar en las cuevas, entrar varios metros hasta abajo. En esa tarea a veces ayudan los hombres porque son muchos metros los que hay que bajar a buscar el agua, aunque las que más van son las mujeres, conocen todas las cuevas de la región, como la cueva de San Juanita en Tampaxal, donde hay mucha más agua, también la de la Arena en el barrio de San Francisco, en Xolja, San Rafael y en otros barrios del ejido. El



Imagen 13

problema es que es peligroso; *“te bajas y hay agua en el hoyo, (...) dicen que está bien hondo, (...) uno tiene que bajar solito, bajarse uno, luego allá está uno así como uno de tres metros para abajo, hay que colgar un palo para bajar, así una escalera, bajar, esta todo oscuro”*. Agustín, vecino de San Isidro, también tiene recuerdos de las época de sequía, cuando deben recorrer los barrios buscando agua, acarrear en cubetas por horas de camino, hacer fila toda la noche porque en la madrugada hay menos gente sacando agua, viajar a la presidencia municipal para avisar que la comunidad ya

no tiene nada para beber...

El tiempo de la sequía, cuando los pozos, con su agua sabrosa y limpia, se secan, es un periodo de mucha incertidumbre, donde *“se batalla mucho”*. Hay que cuidar el agua lo más que se pueda, usar muy poca, *“ya no se puede andar tanto lavando, a veces uno quiere*

bañarse en la noche para poder dormir y así, hay que estar con poquita (...) cuando no hay agua pues ya no se puede hervir tanto, tampoco se baña ni limpia todo, (además) el agua que traen es sucia, es mejor la del pozo". Aristeo, junto a las otras familias de la comunidad, como Sofía y Margarito, que tienen 4 niños, cuidan a sus hijos/as limpiándolos de a poquito, "pasando tiempo sin bañarse, sin lavarse, no más cuando ya siente que tiene que hacerlo pues se hace, pero lo más importante es para tomar, para hacer los frijoles, el maíz, la tortilla".

Aunque los pozos son buenos porque ahí está el agua de la que viven casi todos los integrantes de San Isidro, especialmente aquellos más pobres que no han podido construir otras formas de acopio, también son espacios muy peligrosos, pues se llevan a los niños y la gente muere. Así le sucedió hace algunos años a una niña del albergue de que CDI tiene en San Isidro. Santos Amador, encargado actual del comité de dicho albergue, recuerda con claridad dos muertes de niños que explican las cruces que se levantan en los pozos *"ya el día viernes que los niños se van para su casa, (...) ese pozo que todavía no estaba construido no era así de fierro, no más un charco hondo, entonces ahí se acercó la niña, para... sacar el agua y de repente se cayó y ahí quedó toda la tarde, la sacaron, pero ya no (estaba viva), por eso la cruz, porque ahí está el alma. Por allá también en Tampaxal hay un pozo grande con cruz, (el pozo de San Juanita) lleno de agua, ahí se cayó también un niño, se quedó también el alma ahí, el agua se lleva el alma".*

Por eso hay que andar con cuidado, no acercarse mucho a los pozos, no tirarles piedras, porque ahí vive el dios del trueno, el mam lab y entonces se enoja y ya es el destino el que decide si has de morir en un pozo o salir de él, como le sucedió a un hijo de Agustín, que cayó a un pozo, pero no murió. Volviendo del jornal, tenía sed y tuvo que acercarse mucho a beber, cayendo varios metros adentro. Afortunadamente Agustín estaba cerca y pudo ayudarlo a salir, pero el joven quedó espantado y días después se enfermó gravemente por el susto que vivió al caer al pozo. Casi ninguno de los habitantes de la comunidad sabe nadar y muy pocos han visto el mar.

Gregorio, rezandero de San Isidro, conoce muy bien el peligro del agua y por eso la trata con cuidado, rezando de vez en cuando, especialmente en época de sequía, novenarios para rogar al santo de la lluvia. Ahora se siente acabado para poder rezar

como lo hacía antes, tiene 74 años y el cuerpo muy débil, la vista a penas le alcanza para leer las oraciones que le enseñó su abuelo en español, aunque “*el castilla*”⁵¹ lo aprendió hace poquitos años. Sin embargo, antes, Gregorio rezaba con mucha más frecuencia, iba a las peñas, a los bosques, “*rezando, rezando hasta que ya viene la lluvia, como un trueno así gigante y ahí cae el aguacero y los pozos se llenan de agua, y ya no hay que sufrir más por la seca*”. Natalia, esposa de Eusebio otro rezandero de la comunidad, está encargada actualmente de organizar los novenarios en los pozos en épocas de sequía. Ahí llevan las ofrendas, el pan, el bolim y rezan rosarios, especialmente el día 14 de Mayo, en San Isidro. Rezan hasta que pronto aparecen las nubes y ya se llenan los pozos porque el agua se aproxima.

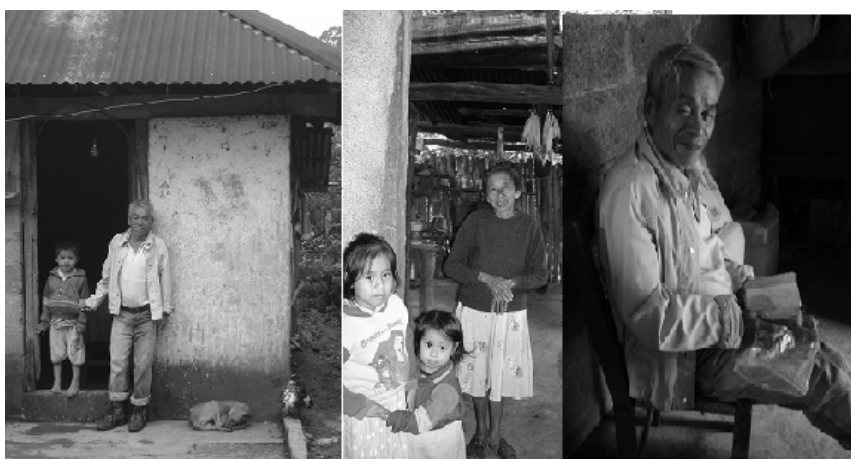


Imagen 14

El agua del pozo es un agua limpia y sabrosa porque viene de la tierra, sirve para todo, cuece bien los frijoles y el nixtamal, sirve para beber, para bañarse, para limpiar, los espacios y los cuerpos. Hervir el agua del pozo es aconsejable “*porque lo dice la clínica del ejido*”, pero no es muy común entre los teneek porque saben que está limpia y buena, porque siempre han bebido de ahí, porque “*nunca nadie se ha muerto por beber agua del pozo*”, como concluye Anastasia.

✧ Buscar a la lluvia, regar la tierra

⁵¹ “El castilla” es la forma en que se refieren al idioma castellano, generalmente las personas más ancianas, tanto teneek como de otras etnias de la región. La gente más joven ya no habla de “el castilla” sino de “español”

Hace 40 años que Gregorio es rezandero, “*no más fui tres años a la escuela, después aprendí a rezar*”, desde entonces sabe llamar y buscar a la lluvia. Y es que ésta es esquiva, nada más aparece por unos pocos meses en que todo se llena de agua, de octubre a diciembre, el resto del año hay que andarla buscando, llamarla en los pozos, en las peñas, para que no se seque el campo, la siembra, las norias, los cafetales, para que no se seque la vida.

Todo cambia en los meses en que llega el agua. Por ser una región llena de cuevas, la sierra de Aquismón se llena de brotes húmedos al aparecer la lluvia. Las cuevas prodigan el líquido por sus canales y de los pozos emergen pequeños hilos que poco a poco se transforman en arroyos. Los caminos se llenan de lodo y los senderos que llevan a las casas se vuelven imprecisos, sin embargo los techos de palma protegen a las familias, su suelo de tierra y la lumbre. Por eso a “*todos les gusta la lluvia*”, como afirma Bernardina, una anciana mujer mestiza, que toda su vida ha hecho negocios con los teneek comprándoles sus artesanías y compartiendo con ellos, de tal modo que maneja perfectamente su lengua y es conocida en muchas de las comunidades aledañas a Tancanhuitz.

Y es que el agua de la lluvia es la más pura, buena y limpia junto con la del pozo. Antes se hacían muchísimas más fiestas que ahora para llamarla, “*ahora nada más los novenarios y el día de los muertitos, pero antes en la siembra, en la cosecha, se deja bolim⁵²... todo, para que venga la lluvia, para llamar al trueno*”, explica Gregorio. La lluvia es el único medio de riego que tienen para los cultivos de la sierra. El café, el maíz, los frijoles, el chayote, las naranjas, etc. todos sus alimentos, dependen de la aparición de la lluvia, por eso es tan importante, “*sin ella San Isidro se muere de hambre*” afirma Eusebio, rezandero y encargado del comité de salud de la comunidad.

Los rituales agrícolas que algunos de los teneek aún realizan antes de la siembra y después de la cosecha, son ofrecidos a la tierra y también al trueno, para que no vaya a faltar la lluvia en el ciclo de la milpa, para que no vengan las enfermedades en la

⁵² Bolim es una comida tradicional huasteca que consiste en un gran tamal, envueltos en hoja de plátano, papatla o maíz. Contienen en su interior masa de maíz, con chile, carne de pollo, puerco o res. Si es de pollo debe llevar el animal entero, especialmente el corazón. Se consumen generalmente en ocasiones especiales y por su gran tamaño y costo son una de las ofrendas más importantes que se pueden hacer. (Gallardo 2004: 16)

familia, ni los accidentes en el trabajo. Santos amateur relató así cómo le enseñó su abuelo a realizar el rito antes de empezar la siembra, rito que cumple cada vez que empieza a trabajar:

“Empiezan a trabajar, a hacer su milpa, llevaban su güingaro⁵³, llevaban su poquito de aguardiente para echarla en el suelo, para poder entrar a trabajar, para poder saludar a los cuatro cardinales vientos. Llevaban un bolim, con un mantel, ahí ponen una mesa, dentro de donde va a trabajar y al medio día ahí se echa el aguardiente, un poco en el suelo, para poder saludar a los cuatro cardinales vientos (...). Así se hace para que reciba bien al señor lo que le ofrecen y se deja en medio de la milpa donde vamos a escarbar la tierra para echar maicito. Ahí se deja el corazón, entero, en el suelo junto al maíz. Así hace mi abuelito, para dar gracias al señor, para que den el producto, para que de muchos maíces. Él dice que si no lo hace así, si no respeta el madre tierra, entonces pues sale un poquito peor el asunto (...). Eso es lo que necesita nuestro dios trueno que se llama así, mam, que trae todas nuestras cosechas. Yo también lo hago así cuando empiezo a trabajar, que no vayan a caer por accidente o nada, (...) esta es la cultura que nuestros abuelos nos dejaron, mi abuelito lo hace y yo también lo hago. Si ya no existen pues se va a perder, y después nos vamos a quedar sin producción sin maíz, sin llover, porque ahí piden todo para llover, para que haiga viento, sabemos que el viento viene para hacer esos todos bien, para nosotros.”

Por la misma razón, Santos le tiene mucho respeto al sótano de las huahuas, porque ahí habita el mam y puede enojarse. Cuando pequeño le sucedió. Había bajado a visitar el sótano siendo un niño, cuando aún no había camino ni llegaban visitantes, como sucede ahora. Caminó solo por varias horas y al llegar al sótano comenzó a aventar piedras. Pronto sintió un trueno muy fuerte y vio venir a las nubes desde el norte, el mam se había enojado por su atrevimiento y la lluvia vendría a mojarlo y enfermarlo. Desde entonces, nunca más se acercó al sótano ni mucho menos aventó piedras a las cuevas ni a los pozos.

Algo parecido le sucedió a Agustín, que en tiempo de sequía decidió bajar a la cueva de San Juanita sin pedir permiso. Todo estaba muy oscuro y como no había llovido en meses tuvo que entrar hasta el fondo, 40 o 50 metros adentro. Cuando estaba ahí,

⁵³ Nombre del cuchillo tipo machete usado en el campo

sacando las cubetas con agua, “*empezó el trueno, oí un trueno así bien grande, allá adentro, un trueno, pero haz de cuenta que yo estaba adentro, acostado así y tuve que echarme a un lado, se oía muy fuerte por dentro (...) cuando salí ya empezó el viento que venía y cargamos el agua, llegamos hasta aquí donde esta la escuela primaria y ahí, ¡no hombre!, ¡es que nos agarra un aguacero!... ¡tremendo aguacero! Y con tanto viento (...) era como un pozo milagroso, porque nosotros sacando el agua de ahí y luego vino la lluvia*”. Al parecer, las cuevas, fuentes de agua en épocas de sequía, son vías de comunicación directa con el trueno y la lluvia.

Adriana tiene 26 años y 5 niños. Es nuera de Jerónima y Gregorio, vive junto a su pareja en una casa vecina a la de sus suegros. Ella asiste a los novenarios cuando hay falta de lluvia, pero su principal preocupación es que haya agua para cuidar a sus niños. Cada día recoge en tambos de 30 litros el agua de la lluvia. Su esposo ha trabajado fuera del ejido, en Monterrey e incluso en Estados Unidos⁵⁴ y ha conseguido dinero para comprar los contenedores plásticos de los que saca agua todos los días. Con el agua de la lluvia cocina, lava trastes y ropa, hace el café y baña a los niños. Afortunadamente la más grande, de 6 años, ya aprendió a bañarse sola con cubeta, se sube al fregadero que está en el patio, se baña y lava el pelo con hierbas y el jabón que le dieron en la escuela. El problema de los tambos de Adriana es que están siempre abiertos, transformándose con los días en aguas estancadas que, en la clínica le han explicado, son peligrosos para la salud de sus hijos. Aunque sabe que con el término de la época de lluvias vendrán difíciles días de sequía, debe botar el agua, si no quiere ser sancionada por los programas de salud del gobierno.

Vivir del agua de la lluvia es común en San Isidro. Casi todas las personas que han podido comprar tambos plásticos y cubetas, que sólo se consiguen en la cabecera municipal de Aquismón o eventualmente en Tampaxal; aprovechan el líquido de este tiempo, lo guardan mientras pueden. Lo mismo pasa con quienes han podido construir piletas en sus casas, aquellos con más poder económico, que logran acopiar muchos más litros para su familia y asegurarse el recurso para la época de estiaje. En los

⁵⁴ Un 58,2% de la población masculina económicamente activa en San Isidro, agricultores y no agricultores, se dedican al menos esporádicamente a trabajar como jornaleros en otras ciudades como Cd. De México, Cd. Valles, Matamoros y Estados Unidos. Ahí trabajan en construcción como albañiles, como cortadores de caña algodón, palmilla etc. El tema de la emigración de las comunidades ha tomado un perfil dramático en la zona pues todas las familias tienen al menos un familiar que ha salido del hogar, sin que en muchas ocasiones, se vuelva a saber de él. (SEGA. Gobierno del Estado de SLP. 1998)

períodos húmedos, los teneek ven caer cantidades importantes del líquido sin que cuenten con formas apropiadas de acopio. Todo depende de la capacidad económica de sus familias, si son pobres y no tienen tambos, verán correr la lluvia sin poder retenerla.

Al contrario de lo que sucede en esta comunidad, otros barrios del ejido, principalmente aquellos con mayor población mestiza, han logrado establecer métodos de abastecimiento doméstico que logran captar mayor cantidad de líquido. Los techos de lámina por ejemplo, que sólo aparecen en las casas de las poquísimas personas asalariadas de San Isidro, permiten, en otros barrios, construir canales que llevan el agua de los techos hacia piletas cerradas, en las que se conserva el líquido sin entrar en contacto con el medio ambiente, manteniéndolo limpio. Esto no sucede a menudo en San Isidro. Los métodos de contención del agua por lo general son abiertos y con el paso de los días los tambos se llenan de hojas y mosquitos, propios del ambiente del lugar⁵⁵. Los otros barrios además, cuentan con algunos arroyos cercanos, lo que no sucede en San Isidro, puesto que los brotes de agua son esporádicos y sólo sirven para que los niños se refresquen.

Si bien la temporada de lluvia es buena por la tranquilidad que supone para las familias la disposición libre de agua, a menudo va relacionada con algunos tipos de enfermedades propias del frío que acarrear. Calenturas, tos, dolor de cabeza, sobre todo en los niños y también enfermedades de filiación cultural como espantos y mal aire, comunes por los accidentes y cambios de temperatura que se producen por el agua. Pese a estas amenazas a la salud y a las advertencias que les hace la clínica respecto al consumo de agua lluvia, los teneek la usan para todo, “es buena, no tiene nada, ¿no ve que viene del cielo?”.

⁵⁵ En la época en que se realizó el trabajo de campo se estaba llevando a cabo una campaña de prevención del Dengue en la zona de Aquismón, debido a que esta enfermedad ya se había producido en la zona de Xilitla. Afortunadamente hasta esa fecha (Agosto-Diciembre 2005) no se habían registrado casos en Aquismón.



Imagen 15

✧ La vigilancia de la tubería

En las estadísticas de INEGI de 1995 San Isidro figuraba como una comunidad con 70.65% de casas con agua entubada. Sin embargo, un informe de la secretaría de ecología y gestión ambiental de 1998 ya advierte que *“la red viene sin fuerza suficiente para abastecer a todas las casas”* (1998:16), almacenándose en dos puntos estratégicos, uno en “la cruz chiquita”, esquina de la zona del plan donde hay una pequeña cruz que indica la parada del bus, y otra en el albergue de niños que se ubica a la subida de aquella cruz. El resto de las casas, aparentemente, queda “sin agua”.

Efectivamente, por San Isidro corren pequeñas tuberías que cruzan caminos y terrenos de las diferentes propiedades. Esta tubería nace en la peña del Tancojob en el barrio de la Mesa, limitando con los Hornos, a unos 20 o 25 kilómetros de San Isidro. Al estar ubicada en la sierra, en la zona más baja del ejido, San Isidro es la última comunidad a la que llega la tubería de la peña del Tancojob, ubicada en la parte más alta. Antes de llegar, debe recorrer los 14 barrios de Tampaxal y pasar por diversos contenedores en los que se almacena y distribuye.



Imagen 16

La organización ejidal del recurso funciona a través de los comités del agua que existen en cada barrio, personas encargadas de informarse del funcionamiento y las necesidades que surgen dentro de las comunidades. El ejido ha organizado un sistema de turnos para las épocas secas, en las que cada barrio cuenta con una cantidad de tiempo en el que el abastecimiento corre exclusivamente para esa zona. Son turnos de treinta horas aproximadamente, en los que las familias deben recurrir a las llaves para abastecerse del agua que requerirán en diez o más días, hasta que vuelva a tocarles el turno. En esas treinta horas los habitantes deben asegurar el suministro sin interrupciones, de modo que un grupo de hombres, generalmente, viaja hasta el barrio de La Mesa a vigilar el agua, que nadie se las quite, ni que se abran otras llaves.

Margarito es uno de los que ha debido ir a vigilar el agua de la peña. Ha observado las tuberías y los contenedores y considera que el agua que les llega es muy poca y no alcanza para todos. Muchas veces ha debido dormir junto a la peña esperando que den el turno, cuidando que no abran otras llaves en los barrios vecinos y una vez que regresa a casa ya no alcanza para él ni su familia. Son situaciones muy complicadas en las que debe volver a buscar agua por todo el ejido, *“empezaba a buscar dónde estaba el brote del arroyo, para después hacer un pozo ahí, así se van buscando, donde ir a sacar el agua”*.

Generalmente el líquido de la tubería no llega hasta las casas. Si bien atraviesa los terrenos y una mirada inicial podría dar la impresión engañosa de que las casas tienen llaves y por lo tanto, agua entubada. Son sólo las pilas del albergue de niños y de la “cruz chiquita”, las que cuentan efectivamente con llaves funcionando. A estas llaves acuden diariamente varias mujeres y niños/as de la comunidad a llenar cubetas y yogas⁵⁶, cargándolas en la espalda, sostenidas con un cinto de cáñamo en la cabeza, tal como se transporta la leña, los elotes o choclos y otros materiales pesados. Las pilas de agua que contienen el líquido traído del Tancojob, deben ser habitualmente cloradas con pastillas que las vocales de salud, encargadas de promover el programa “Oportunidades”, deben agregar semanalmente al líquido.

⁵⁶ Las yogas son bidones de 40 litros aproximadamente



Imagen 17

Si bien las personas que han estado en el Tancojob reconocen que el agua de la peña es pura porque también viene de la tierra y las rocas, el recorrido que hace por las tuberías y la fragilidad del sistema de abastecimiento



convierte a esta fuente de agua en menos confiable y limpia que la lluvia y los pozos. La cantidad de personas de la comunidad, que ha ido creciendo progresivamente, así como las malas condiciones de una tubería de unos cinco centímetros de diámetro, que recorre externamente varios kilómetros de

camino en el que se producen fisuras, goteras y pérdidas de presión, hacen que ésta sea *“nada más un complemento a la que viene de la lluvia y el pozo”*, porque además de ser muy poca, ha recorrido tantos barrios que no viene buena. Quienes más notan este cambio de calidad son las mujeres, como Silveria, que considera que *“esa agua no está buena, no está limpia porque se la dan a los animales, no cuece los frijoles, deja el pelo sucio (...)”*. El agua de la tubería lleva más de treinta años en San Isidro y ha funcionado siempre del mismo modo, por lo que ya no representa una alternativa para las temporadas de secas, ni una solución viable para la gestión futura del recurso en la comunidad.

Cuando la escasez de agua se vuelve extrema se hace necesario llamar al camión de la presidencia municipal que trae agua desde los arroyos de los valles, para repartirla entre los indígenas. Esta agua, traída de muy lejos de su territorio, de arroyos lejanos, fuentes desconocidas para muchos de los integrantes de la comunidad, representa la peor de las calidades del líquido al que tienen acceso. Esta agua, traída de *“quién sabe dónde”*, es blanda y tiene mal sabor, *“aunque se hierva no sirve, porque ahí se baña la gente, lava sus animales, tiran sus basuras”*. Las sospechas están bien fundadas, el recorrido por los arroyos y ríos de la Huasteca permite observar que éstos suelen ser espacios recreativos, de aseo de personas y animales, pesca, e incluso lugares donde se han

intentado verter las cenizas de turistas enamorados de la región, tal como lo comentó Bernardina. El agua de lejos, aunque venga en tuberías y camiones, o quizás por eso mismo, es el agua más peligrosa y sospechosa para los teneek de San Isidro.



Imagen 18

La necesidad de mejorar la gestión del agua y de terminar con los angustiosos periodos de sequía, ha llevado a un grupo de hombres de la comunidad a organizarse para crear nuevas propuestas para el abastecimiento del recurso. Frente a mi presencia y preguntas sobre el agua, trataron de comunicarme sus demandas y proyectos sobre traer el líquido de otros puntos que no tienen tantos problemas de abastecimiento como ellos, aunque se sienten muy desprotegidos y con pocas herramientas para lograr su objetivo: *“Nuestra idea es traer el agua desde Huichihuayán, hemos tenido reuniones donde vemos qué podemos hacer, cuánta gente tiene agua, de dónde se puede hacer una pileta, esto se ve para aprovechar el agua que ya existe, que es el agua de lluvia, que es la más limpia,(...) el problema es que ahorita es así, que hay agua, pero después no, cambia mucho. Entonces como hay otros lugares que no tienen muchos problemas con el agua, entonces pedirles a ellos (...). Aquí cuando falta me da miedo también porque si ya pues se acaba, hay mucha gente, el problema se hace grave (...). Nuestra idea es que esto le va a servir a la gente y pues nosotros así solos pues no... quizás no nos nace la idea de hacer esto, por eso también necesitamos que nos ayude,n porque nosotros así solos pues no, no sabemos cómo... y así es un poquito más fácil también para llevar la información y echarle ganas para que resulte, porque nosotros necesitamos el agua, para nuestros hijos, para vivir”.*



Imagen 19

El problema de abastecimiento de agua y la angustia que provoca el futuro en estas comunidades, es una característica que se suma a las difíciles condiciones de vida en que habitan estos hombres y mujeres. El universo de fuentes, experiencias, recuerdos, prácticas y significados asociados al agua dan cuenta de la situación de vulnerabilidad cotidiana en la que viven y de lo estrechas e ineficientes que resultan las soluciones estatales como lo es el “*agua entubada*” y el “*agua de camión*”, un agua que no sirve y que no es limpia para los teneek, ni en términos científicos, porque ha sido previamente usada e incluso mezclada con aguas residuales, ni en términos simbólicos porque, por su procedencia, no constituye una fuente confiable para sus usuarios/as.

7.2 Itinerarios terapéuticos y discursos de salud en San Isidro

Como en todos los grupos humanos, los itinerarios terapéuticos⁵⁷ de los habitantes de San Isidro transitan discontinuamente entre diversos sistemas médicos e instancias de la vida cotidiana, que son interpretadas como fuentes de adquisición y/o curación de la salud/enfermedad. Al comenzar una dolencia, un malestar, un desequilibrio en el cuerpo o en el espíritu de los teneek, se desatan un sin fin de interpretaciones y caminos que recorren el abanico de posibilidades integradas a su experiencia de salud. A partir de estos caminos y de los discursos de quienes constituyen las alternativas médicas de la vida indígena, se ha de indagar en la relación que las voces médicas establecen con el agua, para posteriormente discutir la forma en que estos discursos se cuelan e insertan en los cuerpos y vidas de los integrantes de la comunidad.

⁵⁷ Que aquí se han definido como caminos, alternativas, opciones y significados asociados, de la búsqueda de salud y la curación de la enfermedad, en todas las etapas de la vida y bajo todas las circunstancias que son interpretadas como asociadas a la experiencia de salud. Ver Marco metodológico

El equilibrio como bienestar

Tal como se ha registrado en la bibliografía (Gallardo 2000; Alcorn 1984; Avila, Bartha y Cervantes.1995, Escuela Normal de la huasteca potosina 2000, entre otros), la salud para los teneek tiene que ver principalmente con los conceptos de armonía y equilibrio con el espacio físico, social y sobrenatural, cualidad que se repite a menudo en los estudios sobre salud indígena en todo el mundo. La principal preocupación en torno a la salud, por lo tanto, radica en la mantención de buenas relaciones entre los integrantes de la comunidad, con la naturaleza y las divinidades, seres y espacios sagrados, preocupación que integra el equilibrio corporal, que mantiene la buena salud física, con el emocional y comunitario.

De esta manera, los teneek introducen en su percepción de salud, signos corporales, comunitarios y espirituales, que pueden ser asignados a las distintas instituciones médicas que funcionan en su entorno: la medicina tradicional y la biomedicina⁵⁸. Si bien por una parte se reconocen dolencias legitimadas por la ciencia, las “*enfermedades de filiación cultural*” (Zolla 2005), definidas por la medicina tradicional, también tienen una gran vigencia e importancia entre los indígenas de San Isidro. Antes de adentrarnos a la discusión sobre la relación que se establece entre estos “modelos” de enfermedad y la forma en que los hombres y mujeres de San Isidro las atienden a través del trazado de sus itinerarios terapéuticos, hemos de observar el panorama general de salud que presenta la comunidad, la epidemiología de sus habitantes y las alternativas de atención con que cuentan, explorando en los discursos que circulan en torno a la experiencia de salud.

En términos epidemiológicos, la comunidad de San Isidro presenta fundamentalmente enfermedades asociadas a cuadros infecciosos: calenturas⁵⁹, diarreas, parasitosis, bronquitis, disentería. Accidentes de trabajo, del hogar, o vinculados al alcoholismo. Caídas, golpes, luxaciones, quemaduras, etc. además de algunas enfermedades crónicas

⁵⁸ La dimensión de los cuidados profanos y la medicina doméstica será evaluada más adelante, por el momento se pondrá atención en los discursos de las instituciones médicas

⁵⁹ Calentura es el nombre popular y más común de la fiebre. Si bien bajo criterios biomédicos en la mención aparecen nombrados tanto síntomas como enfermedades, se mencionan de este modo siguiendo los criterios según los cuales, los integrantes de la comunidad, los agentes de salud e incluso la bibliografía local (Escuela normal de la Huasteca potosina), están definidas dolencias comunes en San Isidro.

como diabetes, hipertensión y enfermedades mentales, como epilepsia y esquizofrenia. También se presentan dolencias ligadas al ciclo reproductivo femenino como las llamadas *caídas de matriz, de ovarios y anemia*. Además, debido a las condiciones de pobreza en que viven los habitantes de la comunidad, se presentan habitualmente cuadros de desnutrición entre los/as niños/as, situación que ha sido centro de preocupación de las iniciativas actuales del IMSS.

A estas enfermedades, reconocidas por la biomedicina, se le agregan las enfermedades de filiación cultural que son comunes entre todos los/as entrevistados/as. La envidia, el espanto, el mal aire, el mal de ojo, la caída de mollera, el empacho, son todas dolencias que aparecen en sus relatos, siendo vinculados a diferentes seres sobrenaturales que habitan el entorno, causas naturales o acontecimientos sociales que producen desequilibrios en sus cuerpos y espíritus, desencadenando sufrimientos que en muchas ocasiones aún no han sido totalmente curados.

Pese a que la bibliografía se refiere generalmente a una dicotomía entre las enfermedades de filiación cultural y aquellas biomédicamente definidas, divididas entre "*enfermedades del cuerpo y enfermedades del espíritu*" (Gallardo op. cit), es necesario mencionar que si bien tienen diferentes formas de manifestación, pues algunas son evidenciadas por el dolor físico y otras por estados de ánimo alterados, los hombres y mujeres indígenas no realizan esa distinción, sino que al contrario, integran síntomas físicos y emocionales junto a ciertos acontecimientos, en la asignación de causas y búsqueda de tratamiento, de modo tal, que muchas enfermedades aparentemente biomédicas, son atendidas por médicos tradicionales, pues van intensamente ligadas a desequilibrios emocionales, cansancio, tristeza, *coraje* y otro tipo de síntomas que alivia la medicina tradicional. La dicotomía entre tipos de enfermedades, se revela como una solución artificial a la integración que hacen los indígenas de múltiples factores, que desborda los límites impuestos por los discursos de los sistemas médicos, (especialmente el biomédico, pues veremos que la medicina tradicional es mucho más flexible en términos de definición y atención de las enfermedades), en su experiencia de salud enfermedad.

Una vez reconocidos la flexibilidad y variedad de acontecimientos y factores que despiertan la necesidad de atención médica y reparación del equilibrio, es posible pasar a visualizar los roles de los principales sistemas médicos reconocidos como instituciones vigentes en San Isidro y su relación con el agua.

✧ *Biomedicina en Tampaxal: Los caminos de Eufemia*

Eufemia vive hace 25 años en Tampaxal, sus pasos la condujeron hacia ahí siguiendo la fundación de la clínica que el IMSS decidió construir en vista de las dificultades de acceso a atención biomédica que tenían los indígenas y la población rural del ejido. Afortunadamente no fue un viaje largo, ella nació y se crió en una comunidad indígena teneek cercana al municipio de Tancanhuitz y llevaba tiempo formando parte del equipo médico que antes recorría la sierra atendiendo a las comunidades indígenas.

Terminó la secundaria en Tancanhuitz y se enteró de un curso de primeros auxilios. Pidió permiso en el hogar para salir de la comunidad prometiendo no producir ningún gasto, ya tenía edad para trabajar en la casa o casarse, sin embargo, afortunadamente su padre aprobó su petición y pudo iniciar su formación médica. Pasó varios años viviendo con la enfermera del IMSS de Tancanhuitz, quien la preparó *“enseñándome todo lo que ella sabía (...), hasta que un día me dijo, yo ya no te puedo enseñar más, tienes que irte y buscar otra parte donde aprender”*. Decidió integrarse a un equipo médico del IMSS que la valoró por su manejo de la lengua indígena, que era de gran utilidad en la comunicación entre el equipo médico y los pacientes, quienes generalmente, manejaban muy escasamente el español. Finalmente, un médico del equipo con que trabajaba le ofreció trasladarse a Tampaxal para inaugurar la nueva clínica del ejido. Eufemia aceptó y partió a vivir a la sierra de Aquismón.

Es soltera porque nunca ha querido ser *“como las mujeres aquí, con un marido que las manda y sin dinero para vivir”*, por ello decidió dedicar todo su tiempo y sus esfuerzos a atender los 15 barrios que al comienzo debía cubrir la clínica. *“Más de mil personas, imagínese”*. Afortunadamente, en la actualidad han inaugurado otro centro médico en La mesa para los barrios altos, y debe atender menos personas, sólo 8 barrios, entre ellos San Isidro, aunque la tarea sigue siendo ardua: son tres encargados, ella, un

médico pasante y otra enfermera, los que deben cumplir labores educativas, preventivas y curativas de nivel básico.

Al entrar a la clínica hay una gran cantidad de mujeres con sus niños en brazos o durmiendo en el aquil⁶⁰, asisten a ponerles las vacunas, vitaminas y a buscar pastillas, desparasitantes que regulan las diarreas, enfermedades comunes entre los niños. También llegan hombres con algunas heridas, generalmente hechas en el trabajo, por el güíngaro o por picadas de animales como las víboras que andan en el campo. Eufemia lleva el registro de las cartillas y llama la atención a las madres que no han llevado regularmente a sus hijos/as. Casi todos los diálogos dentro de la consulta, son en teneek.

En las paredes se exhiben numerosos afiches con recomendaciones sobre el cuidado de la salud. Higiene doméstica, cuidados del embarazo, anticoncepción, uso de preservativos, nutrición de los/las niños/as, etc. todo escrito en español, salvo un muestrario herbario en el que se explican las propiedades medicinales de las plantas: Rosa de Castilla, Toloache, romero, saulla, guayabo, manzanilla, ruda, hierbabuena, chote, espazote, etc. *“fue una doctora que vino aquí y quiso hacer esta explicación de las hierbas para que la gente las aproveche en su casa, yo la traduje para que la entiendan”*, la herbolaria es la sabiduría más vigente que, según la enfermera, aún queda entre los habitantes del ejido.

Eufemia afirma que en el lugar, casi no quedan médicos tradicionales, sólo *los abuelitos* usan curandero pues los demás ya se acostumbraron a la clínica, tras un largo proceso de *“convencimiento”* del que ella misma ha sido testigo. *“Parteras, de todos modos sí hay porque aquí la gente se atiende en la casa”*, si bien el IMSS y el programa Oportunidades exige la atención hospitalaria del parto, ella sabe que esto no se cumple porque la gente tendría que viajar muchas horas para atenderse y gastar dinero que no tienen. Por eso no insiste en exigir a las mujeres que viajen a las clínicas, sólo que se controlen durante el embarazo. Con el fin de conseguir su confianza, muchas veces acude a las mismas parteras y sobadoras para que le informen del estado de salud de las embarazadas de

⁶⁰ Rebozo con que las mujeres cargan a sus niños desde que nacen hasta los 4/5 años aproximadamente, dependiendo de la fortaleza física de la madre

las comunidades. Si bien afirma que la medicina tradicional se encuentra desapareciendo, reconoce, como el resto de los teneek, que es un medio efectivo en el alivio de *“enfermedades emocionales como el espanto, el mal aire, (...), que no tienen que ver con lo que la ciencia cura, sino con lo que la gente siente”*.

Dentro de su labor, lo que más le gusta es educar, tarea difícil pues explica, *“la gente sigue los tratamientos a medias, no hace caso de las recomendaciones”*, por eso el principal obstáculo es *“la cultura, porque son ignorantes y muy pobres y no aceptan lo que uno les dice, (...) que es para su bien”*, pese a ello realiza todas las semanas charlas para los encargados de los comités de cada comunidad y también para las mujeres y adolescentes, en los que toca temas como educación sexual, *“para que entiendan que esto es natural y no tienen que avergonzarse”*, planificación familiar, prevención de enfermedades crónicas, formas de alimentación adecuada para los niños para superar la desnutrición, que se produce porque las madres *“prolongan demasiado la lactancia y los tienen un año sin comer nada más que leche”*. Además de promover las prácticas higiénicas que deben tener las mujeres en sus casas; limpieza, el uso de agua hervida, clorada, la eliminación de los animales al interior de la casa, el uso de zapatos en los niños/as, etc.

En este sentido considera que *“son las mujeres las principales encargadas de la salud porque ellas deben venir por el programa (Oportunidades), buscar las pastillas, asistir a las charlas”*, los hombres en cambio, en ocasiones se transforman en obstáculos para su labor puesto que *“no vienen a las vacunas (...) sospechan y hasta pueden llegar a golpear a una mujer, si ella se baña a menudo y se despreocupa de él”*.

Pese a que los doctores tienen más autoridad que ella por el conocimiento académico que han obtenido en varios años de estudio y a las novedades que le enseñan a las enfermeras, Eufemia recibe gente en su casa a cualquier hora e incluso confirma los diagnósticos hechos por el doctor. Es difícil que los médicos pasantes, jóvenes recién egresados de las escuelas de medicina, alcancen el nivel de confianza y autoridad con que cuenta la enfermera, quien además es teneek y entiende bien lo que pasa en cada comunidad, porque ella también vivió de ese modo. Por eso, sus lazos más estrechos son con los barrios, como San Isidro, con mayoría de población indígena.



Imagen 20

“Los indígenas son muy serios, cumplen con las normas, traen las actas, asisten a todas las pláticas... los mestizos son más porfiados, hay que andarlos mandando”, esto lo sabe porque en sus 25 años de trabajo en el lugar, ha debido mantener una estrecha relación con los comités de salud a través de los cuales se informa de todo lo que pasa al interior de los barrios: “San Isidro es un muy buen barrio, es que los teneek son muy serios, siempre toman con mucha seriedad la salud”.

✧ Sanadoras, curanderos, parteras, adivinos y rezanderos: el universo médico tradicional de San Isidro

“Cuando empezó la clínica, como hace 25 años, hubo un ley de que la gente ya no tenía que curarse con hierbas, nos privó del servicio de las hierbas, entonces si se llegaba uno a morir por falta de atención, porque no se quiso atender con el médico, era una responsabilidad de la familia. Ahí es donde se fue perdiendo..., se fue perdiendo, hasta la fecha, (la hierba) ya es menos. Hay algunos que todavía sí usan, bueno sí hay algunos que se dedican a lo que nosotros le llamamos curanderos, hay unos que manejan la hierba, pero la gente como le digo, ya no tiene confianza. (...) Luego últimamente sí se abrió esa ley de que nosotros como indígenas tenemos que valorar eso de la hierba, así nos pidieron eso a nosotros, de que si se le hace más fácil con hierbas pues con hierbas, si no pues ya medicina compuesta, pero ahora la gente se acostumbró a la pastilla”. Eusebio relata, de esta manera, la evolución que ha tenido en San Isidro el uso de la hierba, que refiere no sólo a la herbolaria, sino a todos los espacios de la medicina tradicional.

Tal como explica Eusebio, en el pasado hubo un tiempo en que, como forma de asegurar la aceptación de la recién instalada clínica de Tampaxal, se prohibió el uso de hierbas entre los indígenas, intentando imponer al sistema biomédico como única alternativa de atención de la salud. Tras años de repensar y de comprender los medios posibles de atención de la salud indígena, los años 80 dieron un vuelco en las políticas

médicas, aceptando e incluso promoviendo el surgimiento de médicos tradicionales, parteras, curanderos/as y todo tipo de agentes de salud que se entendieron como “complementarios” a la biomedicina. Sus logros y conocimiento herbolario, además de la confianza comunitaria con la que contaban, no podían ser más ignorados y el IMSS inició las políticas de registro y catastro de las alternativas tradicionales con que contaba la población indígena de México.

El panorama que ofrecían las comunidades Huastecas, estaba lleno de especialistas médicos que habían envejecido sin traspasar sus conocimientos pese a la legitimidad con que contaban dentro de sus grupos étnicos. Curanderos, hierberos, parteras, hueseros, rezanderos, adivinos, etc. habitaban los rincones de la sierra, recorrían las comunidades sanando y eran solicitados incluso por población mestiza de las cabeceras municipales. Pese a la especialidad a la que se dedicaban todos compartían el hecho de ser seres especiales dentro de la comunidad, capaces de contactarse con entes sobrenaturales, de *ver* la enfermedad, diagnosticar hierbas, danzar y tocar música como una muestra más de sus cualidades extraordinarias. La formación de estos agentes de salud se da por aprendizaje, por posesión de un don expresado en la niñez, como el *panau*, trozo de cabello que se manifiesta desde la infancia detrás de la nuca y que indica que el niño/a está consignado/a a ser una persona importante para la comunidad, ya sea un curandero, rezandero, músico, o sencillamente, tener un oficio en el que se va a destacar. También aprenden a través de los sueños, de antepasados o por medio de sus propias enfermedades infantiles, que pueden haber sido un camino de enseñanza sobre la curación.

El reconocimiento comunitario de estos dones permite que los agentes tradicionales de salud sean personas políticamente importantes dentro de las comunidades, influyentes en las decisiones y conocedores de “*el costumbré*”, ritos y tradiciones de los grupos indígenas. Si bien hay agentes tradicionales hombres y mujeres, la bibliografía (Gallardo 2000) y el trabajo de campo, retratan diferencias y complejidades de género en estos roles, pues está mejor visto que las mujeres sean parteras en lugar de curanderas y rezanderas, siendo muchas veces estas últimas opciones, motivos de conflicto con sus maridos, que no ven con buenos ojos el ejercicio femenino de dichos roles de salud. Muchas veces las mujeres deciden iniciarse formalmente en las labores

de salud, una vez que sus maridos han fallecido o abandonado sus hogares por otras circunstancias. Algo parecido sucede respecto a la apreciación que tienen los curanderos y rezanderos hombres de sus pares femeninos, pues en algunos casos las subestiman sutilmente acusando falta de habilidad en el manejo de la hierba o de tiempo para atender a sus pacientes. Pese a ello, en la actualidad son muchas las mujeres que cumplen roles tradicionales de salud, combinando labores de parteras, sobadoras con curanderas y hueseras.

En San Isidro la medicina tradicional, si bien no es reconocida como vigente por los agentes de la clínica, sí se considera entre los/las usuarios/as como una alternativa válida de atención médica, que en múltiples ocasiones prefieren sobre la asistencia biomédica. La mayoría de ellos/ellas, conocen y acuden o han acudido a curanderos, parteras y rezanderos para resolver alguna dolencia entendida como un problema de salud, ya sea una enfermedad reconocida por la biomedicina o “enfermedades de filiación cultural”. Lamentablemente, por efecto de las políticas de prohibición de la medicina tradicional, los antiguos agentes de salud de la comunidad fueron desapareciendo, encontrándose en la actualidad sólo cuatro personas reconocidas como tales.

El bajo número de médicos tradicionales al interior de San Isidro, obliga a buscar alternativas de atención en otros municipios, más allá de las fronteras políticas de la comunidad, trazando itinerarios que incorporan lugares como Huehuetlán, Aquismón, Tancanhuitz o Tanlajás, donde viven y sanan los agentes tradicionales que en San Isidro se reconocen y utilizan; estableciendo un abanico amplio de posibilidades de atención, en la que las relaciones de confianza entre médicos/as y pacientes, median las diferencias étnicas y de género que surgen de la extensión de los itinerarios terapéuticos indígenas⁶¹.

Los relatos que siguen pertenecen a algunos de los agentes de salud tradicional con que se atienden o han atendido, los habitantes de San Isidro, y/o que pertenecen a las organizaciones de médicos tradicionales de la zona y que si bien, no están íntimamente

⁶¹ La pluralidad cultural de la zona y el contacto entre tradiciones médicas es tal, que es posible observar la existencia de curanderos y parteras, mestizos/as atendiendo a teneek, teneek atendidos/as por nahuas, teneek que atienden a nahuas, a mestizos/as, a otros/as teneek e incluso a pames y otomíes.

ligados con los itinerarios terapéuticos de la comunidad en estudio, portan importantes retazos del discurso que constituye a la medicina tradicional indígena en la Huasteca.

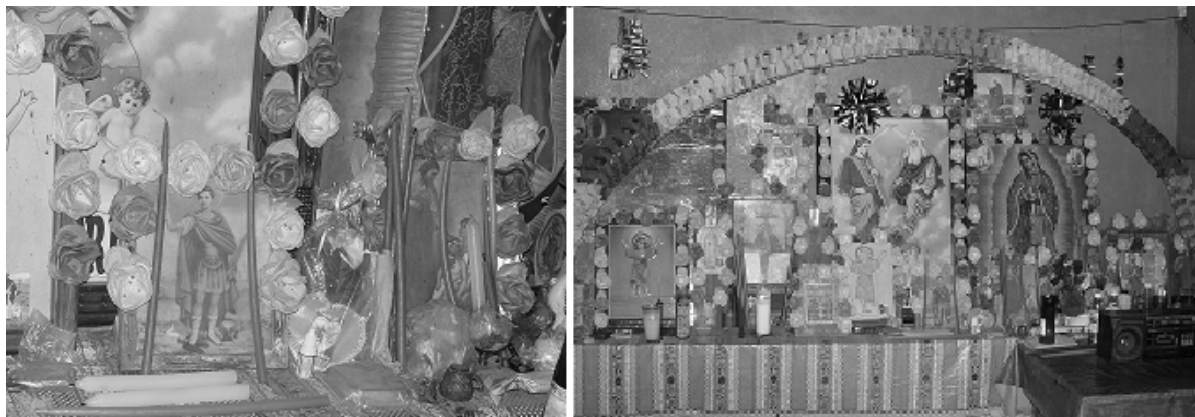


Imagen 21

Alba es una de las ecónomas del albergue de San Isidro, es nahua, pero trabaja hace años con niños teneek de Tampaxal. Conoce las tres lenguas (nahuatl, teneek y español) y amamanta a su hija de 6 meses mientras prepara la comida de los niños y niñas que pronto volverán de la escuela. Hace tiempo conoció a Antonio, el curandero del barrio de La Mesa. Tenía las manos llenas de granos, con una picazón que no se le quitaba nunca. Pese a sus ungüentos con hierba, no había modo de detener el sarpullido que poco a poco comenzaba a extenderse hacia los pies. Le comentó de su molestia a Fidel, un vecino de la comunidad que le aseguró encontrar alivio con Antonio, *“el mejor curandero del ejido”*. Al examinarla, el médico le preguntó si no había alguien cerca de ella que quisiera hacerle mal. Alba recordó que tenía malas relaciones con su compañera de trabajo de entonces, ella le había provocado la picazón por algún objeto que compartían en la cocina. Tuvo que hacerse varias curas con hierba, ofrendar un bolim para revertir el mal, aplicarse emplastos y barridas, hasta que finalmente sanó gracias al curandero, *“también le curó la hepatitis a Crisanta, (una de las niñas del albergue), es muy bueno y no cobra mucho”*.

Antonio desde pequeño sintió que tenía el don de la hierba, cura hace muchos años y por eso lo conocen en todo el ejido, se registró en el IMSS y habitualmente asiste a las

“capacitaciones”⁶², aunque no le gustan mucho pues hay que ir con los doctores⁶³, en quienes no confía pues siempre terminan trasladando a la gente a ciudad Valles, operando y luego las personas fallecen, “*sacan a los enfermos con policía y luego se mueren en el camino*”. También sospecha de los diagnósticos de los doctores, pues le dijeron que tenía hipertensión, argumentando razones en las que él no cree: “*una vez fui a hacerme el chequeo y me dicen “usted toma y fuma mucho” y cómo si yo no fumo ni tomo, ellos no saben lo que dicen...*”. Sin embargo, frente a enfermedades que con medicina tradicional no se pueden curar, como cáncer o enfermedades del estómago, Antonio reconoce que debe acudir a la biomedicina: “*ya que tenga hígado que ha tomado mucha pastilla ya se manchó, ya se inflamó, lo mando para allá, (a los doctores) porque no se puede hacer nada. Sí hay remedio para curar pero tiene que ser a tiempo, si ya está pasado hay que mandarlo para allá, ahí se muere luegüito (...)*”.

De esta manera, Antonio ha evitado tener problemas con sus pacientes, pues si nota que están muy mal, ya no les da hierba pues “*se ve que no tienen remedio*”. Este diagnóstico lo logra a través de un cristal que, como muchos curanderos, usa para ver la enfermedad. “*Éstos son aparatitos para curar, cristales, ahí se ve... hay muchas personas que ven, hay otras que no ven (...), éste es el que le pongo a la gente, en las manos... ya se ve cómo anda la enfermedad, si trae algo, si ya se vio con el doctor...*”; es decir no sólo ve la enfermedad, sino los caminos que ha seguido el paciente en procura de la curación y el destino que tiene el padecimiento, si tiene remedio o no.

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad y del mal que la causó, Antonio busca las hierbas en su jardín y realiza la curación, si son granos, hinchazón, diarrea, o mal de aire, espanto, empacho, etc. es más fácil, mientras que si es diabetes o hepatitis, es más difícil, pero “*todo se puede curar*”, mientras haya tiempo de hacerlo.

⁶² Reuniones en las que los curanderos adquieren ciertos conocimientos de la biomedicina en el tratamiento de las enfermedades, organizadas por el IMSS y requisito para ser registrados en el catastro de médicos tradicionales.

⁶³ En la exposición usaremos el concepto doctores referidos a agentes biomédicos de salud y médicos como agentes tradicionales de salud. Esta es una distinción que aparece en todos los testimonios, tanto de población de San Isidro, como de los propios agentes de salud.

✧ La herencia y los consejos de Miguel

Miguel también tiene un cristal para curar, pero él no atiende en su casa, sino que en OSMIT, la organización social de médicos indígenas tradicionales de Aquismón. Es curandero registrado hace muchos años, desde que el IMSS empezó a “reclutar” agentes de salud en las comunidades. Fundada en 1994, la suya fue una de las primeras organizaciones de médicos tradicionales, y en parte, se siente pionero y responsable del proceso de divulgación de la medicina tradicional como un derecho: *“ahora comprendemos que la medicina tradicional, es uno de nuestros trabajos, es uno de nuestras oportunidades, es uno de nuestros derechos, por eso desde 1970⁶⁴ que nosotros ejercemos y luchamos por la medicina”*. De ahí la importancia de fortalecer la organización y defender el conocimiento médico indígena *“al trabajo de nosotros debemos dedicarnos en nuestra vida, yo creo que lo más inteligente es fortalecernos como organización, como dueños de tierras que fuimos, porque nosotros somos los verdaderos dueños de esta tierra...”*.

Para evitar que lleguen personas que no sepan realmente de la medicina, OSMIT si bien acepta a médicos de cualquier etnia, sólo lo hace con la condición de que sean reconocidos por toda la comunidad: *“las pruebas tienen que avalar su procedencia, el médico tiene que venir con un acta en que su comunidad afirma que él es médico tradicional y que ha curado, y que hace bien, que no lucra, no basta con decir que uno es médico, cómo sabe si hacen un mal por ahí, se va para abajo la organización”*, es la comunidad la que determina las capacidades del médico y es a ésta a la que se deben los especialistas, no pueden *“salir por ahí”* ni atender en otras partes, pues su responsabilidad residen en la comunidad.

Igual que Antonio, Miguel siempre supo que debía ser curandero, es la herencia que recibió de su abuelo Ventura Morales, uno de los médicos más conocidos de la región⁶⁵. El don de sanar viene en el destino, él a los 12 años ya comenzó a aprender de las plantas, a soñar con sus guías que por las noches hacen viajar a su espíritu y le enseñan de la medicina, ha estado toda su vida aprendiendo y lo seguirá haciendo hasta

⁶⁴ 1970 es el año que Miguel reconoce como la fecha de su iniciación como médico tradicional

⁶⁵ Ventura Morales es uno de los curanderos más famosos de la zona al que acudían, según informes de campo, personas de otros estados e incluso de Estados Unidos. Bernardina Vidales, mestiza de Tancanhuitz, narró haber sido testigo de la curación de un caso de leucemia gracias a los tratamientos de dicho curandero.

morir, cumpliendo una tarea que le exige ser muy cuidadoso, observar el cuerpo, la voz de las personas, su manera de hablar, etc. además de comportarse correctamente, "*cuidarse de todo, de las reglas, las disciplinas, no debe andar bebiendo, con mujeres, no debe andar por ahí*", para conservar el respeto comunitario.

Pese a que gran parte de los padecimientos pueden encontrar alivio en la medicina tradicional, Miguel al igual que Antonio, considera que hay enfermedades que son para los doctores, "*como las del hígado y el cáncer*", a menudo envía a sus pacientes a la clínica, estableciendo con la biomedicina, a diferencia de Antonio, una relación de "*amistad y cooperación, una relación muy hermosa con todo lo que significa salud, con el IMSS que fue la primera institución que nos abrió la puerta, donde nos avalan, nos capacitan (...)*".

Esta misma relación de respeto y cooperación cree que debe haber entre las distintas etnias que habitan la zona, los mestizos, extranjeros, pames, nahuas, teneek, todos pueden atenderse con la medicina tradicional, pues "*la enfermedad pega igual y el tratamiento es el mismo, (...) sin colores, ni religiones, ni tintes políticos*", es la calidad de su atención y los buenos resultados los que aseguran la confianza de los pacientes en el médico. Miguel sabe que la capacidad de integración y diálogo de la medicina tradicional indígena con la biomedicina o "*medicina de los doctores*", es fundamental para la sobrevivencia de un conocimiento que considera un "*derecho y el futuro de los pueblos indígenas*", por eso antes de despedirnos, me pide grabar un video con "*consejos para los indígenas de su tierra*":

"Cuando llegue usted a Santiago su tierra, nosotros los teneek les mandamos un mensaje a todos los hermanos indígenas de aquel lugar, de aquel hermano país y les invitamos a que se organicen, a que rescaten sus usos y costumbres, principalmente la medicina tradicional que es un futuro muy grande y, tanto le hace provecho al indígena como al mestizo, es la medicina del futuro, les mandamos un cariñoso saludo y un abrazo a todos nuestros hermanos indígenas de nosotros los teneek de San Luis Potosí"



Imagen 22

✧ Naciendo en manos viejas: Guadalupe, Epimenia, Máxima y sus nietos de parto

La inexistencia de parteras trabajando actualmente ha obligado a las mujeres de San Isidro a atender sus partos en casa, asistidas sólo por sus maridos o vecinas, o viajar a buscar parteras a las comunidades aledañas. En esos viajes Máxima ha sido una de las más solicitadas en San Isidro, pues vive en Alaquich, comunidad vecina, que pese a su cercanía, pertenece al municipio de Huehuetlán, aunque eso no importa demasiado, pues es teneek y está registrada como partera y curandera en la organización de médicos de Tancanhuitz. Máxima, como Guadalupe y Epimenia, otras parteras de la región, asiste a los encuentros de médicos tradicionales con médicos alopáticos. Se prepara y sigue todas las indicaciones del IMSS: desinfectar las tijeras para cortar el cordón umbilical, usar agua hervida para toda la atención del parto, enviar a las mujeres con complicaciones a las cabeceras municipales, donde pueden atenderlas mejor. Afortunadamente no ha tenido *fracasos*, todos sus nietos de parto, han nacido bien y sanos. Máxima es joven, tiene 45 años, además de su función médica es madre y abuela, música y danzante en ceremonias religiosas. Aún le quedan muchos años de ejercicio de la partería, lo hará hasta que se canse y ya no pueda viajar a atender a sus pacientes de San Isidro y de otras comunidades vecinas.

Epimenia a pesar de sus 86 años sigue recorriendo los lugares donde se esperan niños y niñas. Es nahua de Xilitla, pero visita a las mujeres que se lo solicitan, sin importar la etnia, ni la distancia, a veces de noche, si se sienten mal y vienen a buscarla. Viaja mucho, pero antes andaba más porque había menos parteras, ahora cada comunidad

tiene la suya, por eso puede descansar más tiempo en su casa. Para atender el parto hay que tener mucha fuerza y ella la está perdiendo.

Aprendió del nacimiento por necesidad, *“pues yo no se leer, no se escribir, yo no sabía hablar en castilla, yo andaba de chiquilla con mi mamá puro nahua, tuve que aprender cuando estaba sola, viviendo con mi señor y luego una ahijada que estaba por aliviarse, no pudo ir con partera y la tuve que ayudar yo, ahí fue como aprendí. Después aprendí como se le hacía con el ombliguíto, la tripita se corta así con los deditos, como amarrarla y no se me ha muerto, de grande no se me ha muerto ninguno, han llegado niños muertos, pero eso, les falta la vida porque venía ya pegada la placenta a la criatura, la placenta se pega y pues ahí vienen muertos (...), tengo nietos de parto por dondequiera por aquí”*. Para atenderlas va a sus casas sin cobrar nada, a veces le dan el dinero para el camión, pero hay gente que no le da nada y *“hay que hacerlo igual, porque si no es una, pues quién”*.

Para atender el nacimiento usa la hierba *“hay para todo”*, para apurar el nacimiento, para el alumbramiento, para los pezones, la leche, para ayudar con el dolor. Las mujeres caminan, están en sus casas con sus familias, Epiménia les da sobadas y les habla a los/las bebés *“para que quiera venir al mundo, para que me ayude en mi trabajo, para que salga sin hacer sufrir a la mamá, (...) los niños escuchan, escuchan y me ayudan en el parto”*. Una vez que ha nacido el bebé se duerme con la mamá y se limpia todo con aguardiente y alcohol, sólo un rato después cuando ha bajado el calor, se podrán bañar el/la bebé y su madre, Epiménia volverá días después a visitar a sus nietos de parto y recomendar las hierbas de la leche, si hace falta.

Aunque sólo está registrada como partera, Epiménia sabe curar muchas otras enfermedades, por las que le consultan a menudo, tanto en la organización de médicos indígenas de Xilitla, a la que pertenece, como en su propia comunidad, Petatillo. Cura el mal de aire, que se agarra cuando los pájaros o gallinas vuelan, se anda en los panteones, o en lugares peligrosos; el empacho que les da sólo a los hombres cuando *“usan a la mujer sin descansa después de comer mucho”*, es decir, mantienen relaciones sexuales con *exceso* de comida. Esta enfermedad es muy difícil porque a los hombres les da pudor decir lo que sienten y lo que han hecho, por lo que ella les toma el pulso, les observa el cuerpo y *“les platico, les doy la hierba con jeringa, por atrás, con hierba fresca,*

porque esa enfermedad es caliente, entonces esa pura hierba también se quita la calentura, si tiene fiebre". Le ha sucedido, algunas veces, que después del tratamiento sus pacientes hombres no la saludan por la "humillación" que sufrieron al ser curados por lavados estomacales con hierbas, hechos por una mujer.

Otra enfermedad que cura, y que ella misma sufre a menudo, es el espanto: *"me desperté con el corazón así, porque me espanté durante el sueño y me lavé la cabeza con aguardiente, me levanté y estaba así espantada pero me dije (apretándose la cabeza) no te espantes, es un sueño, y ahí pues se me pasó"*. Si bien en estas ocasiones toma hierba para beber y para bañar y se cura rápido, el espanto puede llegar a producir la muerte, como le sucedió a su hijo que se *"espantó con el agua, él iba a trabajar a la faena y pasó con el río, pero no me dijo nada, nada más yo después supe, que se había caído y casi se ahogó, tiempo después se puso enfermo, se espantó, se le fue el alma, con el arroyo que estaba grande, venía el agua de acá, estaba grande, pero nunca me dijo que se espantó, y después se enfermó y murió, se enfermó grave del espanto que le dio"*.

Las temporadas de lluvia y frío, si bien traen el agua necesaria para la vida, son muy peligrosas para la salud porque producen enfermedades como éstas ligadas a accidentes en las fuentes de agua, y otras relacionadas con el frío, la fiebre y los acontecimientos que suceden con la lluvia: *"cuando caminamos, y caminamos lejos y nos cae un aguacero y un trueno horrible, se pone malo uno, se enfría todo el cuerpo, viene el frío, viene la lluvia, le da hierba, para beber y para bañar, para untar, se frota, se pone cuando da un dolor fuerte, se pone la hierba o alcanfor en aguardiente y así, se le quita"*.

Encuentra las hierbas en el cerro, en su jardín y en el campo, las lleva hasta el lugar del parto y las curaciones. Usa todo tipo de hojas, raíces, tallos, flores e incluso *"animalitos que sirven para curar: hay un grillito que lo usan, también las hormigas, aquí todas las hierbas sirven, en el monte hay muchas, para todo"*, también usa mucho el aguardiente, recurso que ha debido ser defendido por la Organización de Médicos indígenas de Xilitla, pues, debido a los altos índices de alcoholismo, especialmente en población masculina de la región, se trató de prohibir. Ella como partera, necesita el aguardiente en la atención del nacimiento y en sus curaciones, *"no es para emborrachar, es para curar, la organización estaba en contra de eso, y ahora pues ya lo dejaron usarlo por nosotros"*.

Por esta capacidad de defender y promover la medicina tradicional, es que Epimenia pertenece y participa en la organización de médicos. Nació hace 15 años, por iniciativa del IMSS de realizar un registro de todos los agentes tradicionales de salud de la zona. En ese entonces, ella no conocía a las otras parteras de la región, nada más iba a las casas donde la llamaban, con la Organización ha conocido muchos otros médicos/as y compartido su conocimiento sobre las hierbas, además de viajar a encuentros con doctores donde *“le hacen preguntas a uno de cómo cura, de cómo ve la enfermedad, hacen preguntas”*, ella les contesta y a veces los visita, pues *“ellos ponen vacunas y saben de otras enfermedades”*. No obstante, ahora está contenta, porque sale a curar y anda por todos los sitios, debe cuidarse, *“no andar corajuda ni triste”*, para poder seguir curando y ayudando a nacer a los niños/as nahuas, teneek y mestizos/as de la región.

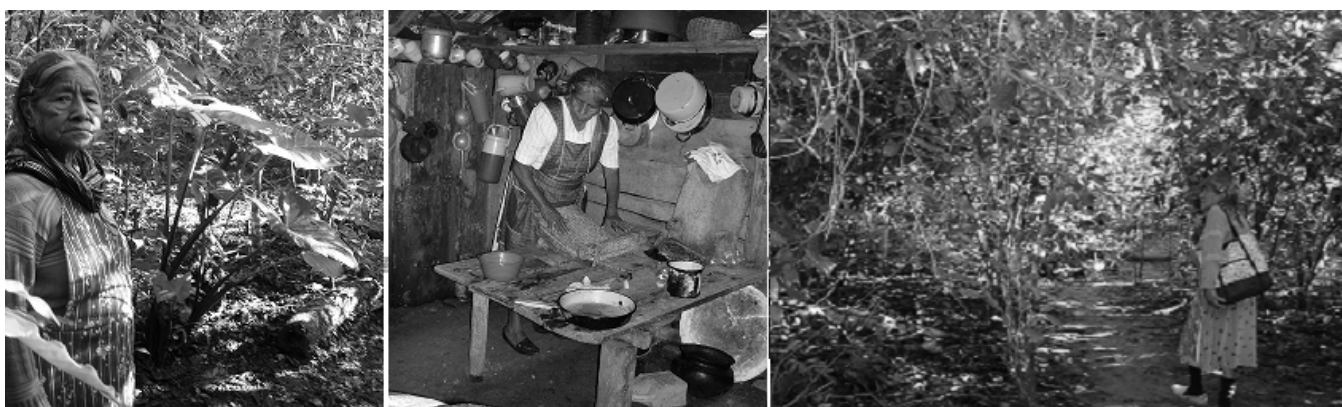


Imagen 23

Guadalupe es más joven que Epimenia, pero también tiene muchos nietos de parto que han nacido en la casa que construyó, cerca de su hogar, especialmente para atender los nacimientos. Se inició como partera debido a que en Tzacanam, su comunidad de residencia y en las zonas vecinas no había quién atendiera los partos, y la gente venía a buscarla y a pedirle que les aconsejara la hierba. Adquirió sus conocimientos desde pequeña, completó su formación con otra partera y con el IMSS, que la capacitó para atender los partos con algunas medidas higiénicas. No obstante, la inquietud siempre la tuvo, fue sólo después de la partida de su marido, que pudo ejercer como partera. De él no guarda buenos recuerdos, era alcohólico y la golpeaba a menudo, por eso perdió dos hijos durante el embarazo, tuvo largas enfermedades durante la juventud, y no pudo ejercer como partera. Ahora que vive sola con sus hijos y nietos es más feliz, porque ha viajado reuniéndose con médicos, doctores y autoridades estatales y pudo construir la casa de parto, un proyecto que ha despertado la admiración de su comunidad, compañeros de trabajo y autoridades médicas.



La idea de la casa de parto nació de la necesidad de tener un lugar donde cultivar las hierbas del parto y atender a las mujeres sin tener que viajar hasta sus casas *“en sus casas no tengo donde agarrar las hierbas, yo tengo aquí toda la hierba, no compro ninguna”*. Hasta ahí llegan las mujeres con sus familiares o parejas y tienen a sus bebés *“en cuclillas o como quieran”*, en el petate (estera de palmilla donde comúnmente duermen los teneek), en las sillas o la cama. *“Cuando yo le siento que ya está abajo entonces le digo que puje, que puje que ya va a salir, y pues ya nace. Después lo agarro y se lo doy a la mamá, lo pongo en la pancita de ella y entonces ya no va a llorar, se acuesta en la cama para que descanse”*. Con el tratamiento del ombligo y la placenta sigue las recomendaciones que le han dado en el IMSS, lo corta

Imagen 24

con tijeras esterilizadas y lo limpia con alcohol *“cuando deja de brincar el ombligo pues ahí se le corta, luego se toma hierba para que sale la placenta, si no sale la placenta yo le aprieto de aquí* (de la parte

superior del abdomen) *para que salga y así yo lo hago, (...) el obligo se le amarra aquí en la panza así con dos dedos (...)*. Afortunadamente no ha tenido muchos fracasos, sólo complicaciones cuando los/las bebés vienen sufriendo de antes o la mamá no se controló bien en el consultorio. Cuando el niño viene en mala posición para el parto, *“con la fuerza se voltean, se endereza hasta que se ponga derecho, se toca por dentro que esté la cabeza ahí, entonces ya pues sí. También le hablo al niño, que se de vuelta. Cuando yo lo hablo, le digo que no se enoje porque lo estoy volteando, que no haga sufrir a su mamá, y así me va oyendo”*, también ayuda a pasar el dolor del trabajo de parto caminando, se sienta, habla, *“va a ser rápido, no tiene miedo, sino cómo”*.

Una vez que el nacimiento se produce, se deja descansar por un tiempo a la madre y su hijo/a y luego se lavan pero con agua tibia, pues el agua fría *“no está buena porque viene el aire”* y enferma los cuerpos que aún permanecen calientes por el parto.

Pese al reconocimiento comunitario, que le permite atender a mestizos/as, nahuas y teneek sin distinción, la labor de partera le ha traído varios problemas de salud por la envidia que despierta entre las personas que *“no me quieren”*, además anda por todos lados, con gente que no conoce y eso la hace más vulnerable. A menudo padece dolencias producto de las palabras calientes que dicen sobre ella, las palabras son calientes *“porque salen con el humo de la boca”*, por eso enferman. Cuando una persona no dice lo que siente, también se puede indisponer pues se llena de coraje y se pone triste, por eso hay que andar con cuidado con lo que se dice, *“no andar muy triste, muy corajudo, ni tampoco muy contento, porque mucho contento también se enferma”*.

Para protegerse de éstos peligros Guadalupe realiza regularmente visitas a las cuevas de Huichihuayán, cuevas sagradas en las que realiza ofrendas con *“aguardiente, agua, corazón de pollo y bolim”*, limpia su espacio, su casa y la casa de parto y antes del parto saluda al norte, *“porque ahí está el viento, que cura y que también puede enfermar”*.

7.3 El uso y significado del agua en los discursos médicos

7.3.1 La imposición de la tradición higiénica

La biomedicina, representada por la clínica de Tampaxal y sus agentes de salud, ha construido un discurso en torno al agua asignándole un lugar relacionado con los conceptos de higiene y salubridad. La clínica, articulada con el programa Oportunidades, promueven la limpieza como medida fundamental de mantención de la salud y prevención de las enfermedades, ligada al uso de agua hervida o clorificada para consumo, a los baños cotidianos de hombres, mujeres y niños, mantención de animales encerrados y lejos de los espacios familiares, quema de basura o “descacharrización”, construcción de letrinas lejos de las viviendas, etc. todas categorías incluidas en las visitas mensuales que las promotoras de salud, integrantes de la comunidad, deben realizar a las casas que les corresponden. Como se ha indicado, el programa Oportunidades es un programa gubernamental orientado al mejoramiento de las condiciones de vida de la población más pobre de México, entre la que se encuentran gran cantidad de grupos indígenas. En San Isidro, los ingresos que reciben gracias al programa forman casi la única fuente de dinero, sobretodo para las familias que carecen de productos comerciables, siendo profundamente afectados cada vez que son castigados por alguna falta al programa, que implique la disminución del apoyo económico. Su población objetivo son las familias, entre las que reconocen a *las mujeres* como principales agentes responsables del cuidado de la salud, alimentación y educación.

Es por esto que a ellas se les han asignado múltiples obligaciones que van desde la asistencia a chequeos médicos, charlas informativas, vacunas, cuidado del hogar; hasta la participación en faenas de limpieza en la escuela y otros espacios comunitarios.

El agua hervida ha sido promovida continuamente en las campañas de salud y saneamiento de la población indígena. Doctores, enfermeras, asistentes médicos y el programa Oportunidades se preocupan de reiterar la necesidad de hervir el agua o clorarla con materiales que ellos surten con cierta frecuencia. Si bien frente a estos agentes de salud todos los integrantes dicen cumplir con este requisito higiénico, es

fácil percibir que el agua hervida no constituye una necesidad ni una prioridad para los habitantes de la comunidad, siendo escasas las ocasiones en que ésta realmente se hierve, pues pierde calidad y requiere de una cantidad importante de leña que cuesta mucho trabajo conseguir, especialmente a las familias más pobres de la comunidad. El agua cruda por su parte, si proviene de fuentes como la lluvia o los pozos, es concebida como sabrosa y limpia, buena para todos los usos, de modo que en estas valoraciones ya es posible percibir cómo los habitantes de la comunidad hacen una distinción de las categorías del agua, que está sobre criterios técnicos y científicos que pudieran otorgar principios “*objetivos*” de calificación del recurso. Evidentemente, en estas apreciaciones están inmersos valores y significados, que radican en las distinciones culturales de la calidad del recurso.

Las voces biomédicas sobre el correcto uso del agua, son portadas a través de un programa cuyo discurso pretende controlar y homogeneizar prácticas concebidas como salubres, que los indígenas, específicamente las mujeres a quienes va dirigido el programa, aún “*no han aprendido*” o no han “*querido hacer caso*”; tanto el registro de asistencia a la clínica como las visitas de las promotoras, pretenden que la población se integre obligatoriamente a un programa que promueve la legitimidad de un sistema médico único. Más que cuestionar la evidente necesidad de mejoramiento de las condiciones de salud que presentan las condiciones de vida indígena, y evitando caer en un relativismo interesante que podría justificar su condición actual por una especie de “*fortaleza del estómago nativo*” (Peña 2000:23), lo que interesa aquí es distinguir y traslucir, a partir de los conceptos revisados en el marco teórico, qué hay tras el discurso de *los usos y significados correctos del agua* que ha construido la biomedicina frente a la población campesino-indígena de la que debe hacerse cargo.

En primer lugar queda manifiesta la vigencia de la idea, en los discursos biomédicos, de ser la medicina tradicional parte del pasado de la que sólo se valora el manejo herbolario, quizás por el reconocimiento que ha hecho la botánica y las ciencias biológicas de la eficacia de este saber, o por la ya mencionada tendencia de la antropología médica de asociar medicina tradicional a herbolaria indígena.

Pese a la instauración de políticas de registro y reconocimiento de la complementariedad de las distintas medicinas, e incluso la “petición” que relata Eusebio “*de que nosotros como indígenas tenemos que valorar eso de la hierba*”, es evidente que la composición del discurso biomédico no incluye la posibilidad real de valorar la medicina tradicional más allá de las fronteras del uso herbario. De hecho, las referencias a la complementariedad médica no vienen de sus agentes de salud, sino de los curanderos y parteras registrados/as que se han sumado a los discursos “*interculturales*” del gobierno federal y el IMSS.

Las enfermeras de la clínica, si bien conocen, por su origen étnico, las particularidades culturales de la población que atienden, ejercen sobre ésta, las mismas categorías con que la biomedicina leyó la diferencia étnica: los campesinos e indígenas tienen tendencia a la suciedad, no saben seguir los tratamientos médicos, ni hacen caso de las prácticas de la salubridad. A esto se suma el hecho de ser los doctores -máximas autoridades dentro de la pequeña jerarquía de la clínica- personas con poca experiencia en el ejercicio médico⁶⁶, que desconocen la lengua y cultura local, sus tradiciones médicas, y que escasamente tienen tiempo de observar las condiciones y características de la vida indígena, estableciendo una barrera a la posibilidad de comprensión y construcción de relaciones de confianza con los pacientes que atienden, deshabilitando así, la promovida complementariedad entre tradiciones médicas.

Al seguir siendo el discurso biomédico, un discurso que se impone en desmedro, o a través de la desautorización de las otras tradiciones médicas, como la medicina tradicional, sus imaginarios del agua y las asociaciones que ha de tener ésta con el cuerpo, adquieren los mismos matices que se relataron anteriormente respecto a su relación con los espacios, las etnias y los géneros. La construcción de la idea de higiene en este contexto, pasa por un exhaustivo control biopolítico de las vidas indígenas. Barrios, caminos, casas, baños, cuerpos, animales, etc., todo ha de ser saneado y regulado según los paradigmas científicos de la correcta higiene y uso del agua, en la búsqueda de imposición de limpieza bajo el argumento de la salud de la población. Esta regulación se da a través del mecanismo básico que permite actuar al Estado, promotor del programa Oportunidades, como proveedor y castigador a la vez: da subsidios

⁶⁶ Son médicos pasantes recién egresados de las carreras de medicina de las universidades de los Estados de SLP y vecinos, por lo tanto son sus primeras experiencias del ejercicio de la profesión

económicos a las familias indígenas que cumplen con las normas regulatorias de la civilidad, pero castiga a través de la suspensión del pago a aquellos que se mantienen habitando lo que aquí se ha llamado “*sistemas de trasgresión*”: espacios *sucios*, aguas sin hervir, niños con pies desnudos, etc. Evidentemente la suspensión del pago, que constituye el castigo a las “*malas prácticas*”, agudiza la situación de pobreza indígena y recae sobre los sectores más vulnerables de cada comunidad: ancianos, que no pueden juntar la leña para hervir el agua, mujeres analfabetas con muchos hijos que no asisten regularmente a la clínica, ni firman las actas etc.

Por otra parte, como queda manifiesto, el castigo sobre la trasgresión indígena, no va aplicado igualitariamente sobre los géneros. Son *las mujeres* las indicadas como responsables de la salud familiar, y por lo tanto son ellas las culpables de la desobediencia. En el programa Oportunidades están inscritas sólo las mujeres de cada unidad familiar, de modo que en sus premisas ya hay una orientación sobre los roles de género que considera lo femenino como único agente responsable de los espacios de la salud familiar.

Es interesante observar aquí, cómo se repite la asignación de responsabilidades entre los géneros, apelando a mecanismos de *violencia simbólica* que reproducen en la figura del dominado las premisas del dominador (Bourdieu 2000). En las entrevistas de las agentes biomédicas, (mujeres en su mayoría que se encuentran subordinadas a la figura médica del varón pasante, e insertas en un discurso científico históricamente androcéntrico), ellas vuelven a acusar a las mujeres como quienes “*no cuidan bien a sus hijos*”, “*no limpian bien sus casas*”, “*no hierven bien el agua*” “*no visten bien a sus niños*”, “*no los alimentan bien*”. Es decir, a pesar de compartir el origen étnico y el género, las enfermeras indígenas adoptan las premisas del discurso biomédico sobre los géneros y etnias, acusando a las mujeres indígenas de no cumplir la obligación de ser “limpias y civilizadas”.

En la observación de los mecanismos de culpabilización de las mujeres por no adquirir las prácticas “correctas” del agua, se hace profundamente visible la hipótesis de Douglas respecto a la intensidad de control del cuerpo y las normas sociales de pureza. Como ha sido reconocido, las sociedades altamente medicalizadas, como las modernas

actuales, que han llevado a la higiene y la desinfección a ser principios vivamente valorados, van acompañadas de un agudo control del cuerpo y de una cientificación de sus lenguajes fisiológicos. Al parecer, el hecho de que las mujeres indígenas no adhieran en sus prácticas cotidianas a estos paradigmas de higiene, al uso de detergentes, cloro, aerosoles desinfectantes y toda la gama comercial de acceso a la pureza; las transforma inmediatamente en mujeres impuras, *sucias*, promotoras de una forma de vida “parecida a la de los cerdos”, como acusó un médico en una reunión hecha en San Isidro, meses antes de que se realizara el trabajo de campo y que Sofía recordó de la siguiente manera: *“dijo él aquí, son ustedes bien cochinos, como los puercos, yo lo reconozco porque uno no hierve el agua, nosotros lo que hacemos es llegar y tomar, no nos fijamos en lo que está sucia o si puede enfermar, pero puercos... a veces simplemente, no podemos”*.

Las mujeres indígenas, sus prácticas cotidianas y la forma en que se relacionan con su cuerpo y sus procesos fisiológicos, constituyen para el discurso biomédico el centro donde se enfrenta el poder y sobre el cual se han de desplegar las más agudas estrategias de control.

El hecho de promover el higiénico vínculo entre el agua y el cuerpo médicamente construido, va acompañado de otras consecuencias menos evidentes, pero que se traslucen en los estudios dedicados a los cambios de tecnología de abastecimiento y distribución del agua (Peña 2004). La alta valoración que en las sociedades occidentales se le ha dado a las tuberías y llaves como símbolos del agua pura y tratada, produce que en el discurso biomédico se refleje la valoración de estos símbolos de modernidad, en desmedro de las fuentes de agua tradicionales de las comunidades, que generalmente son acusadas de ser sucias. Municipios y consultorios, Estado y Medicina, promueven y proclaman el cambio en los sistemas de abastecimiento, llegando a exagerar cifras de casas que disponen de tuberías, como signo de un progreso que no es correlativo con las prácticas de agua⁶⁷.

Este hecho repercute en una deslegitimación de las calidades locales dadas al líquido, esta vez no sólo articulada por el argumento médico de la presencia o ausencia de

⁶⁷ Ver exageración de cifras de casas con agua entubada en el capítulo 6

microorganismos, sino por las características de las fuentes y modos de abastecimiento: El Municipio, conducido por las élites mestizas de la zona, “*soluciona*” los problemas traídos por la sequía a las comunidades indígenas, a través de camiones que trasladan el líquido desde zonas foráneas e insiste en la extensión de las redes de tubería, en desmedro de las categorías locales que consideran estas fuentes como menos puras y de inferior calidad en relación a las existentes en su territorio, con las que tienen problemas para acopiar y mantener, como sucede con el agua de lluvia y la mantención de los pozos.

La disonancia de estas voces que, por una parte promueven fuentes, calidades y modos de suministro que pertenecen a un “imaginario hegemónico” sobre el recurso, al tiempo que desautorizan médicamente las estrategias locales de abastecimiento y resuelven escasamente el problema real de la carencia de agua en determinadas épocas, es a mi parecer, el conflicto interno que impide aprovechar y volver sustentables las fuentes existentes en las comunidades del área. Como se observa, y de acuerdo con Peña⁶⁸, la imposición de modos de gestión del agua que homogenizan la idea de “*tuberías para todos*” está más basada en mecanismos de imposición de ciertos imaginarios y discursos sobre el líquido, que en una intención real de mejorar la gestión del recurso respetando el hecho que todas las comunidades humanas crean estrategias y artefactos para el suministro local del recurso. Muchas veces la extensión de una única forma de gestión del agua, produce la desaparición de tecnologías locales mucho más exitosas y sustentables. Recordémoslo, las poblaciones indígenas que hoy se afligen cada vez que falta la lluvia, tuvieron, en alguna parte de su historia, altas tecnologías de gestión del agua que fueron exterminadas y desplazadas por los procesos de conquista y formación de los Estados Nacionales.

Finalmente, es preciso destacar que los procesos que se han dado cuenta aquí, suelen invisibilizar, bajo la “*lucha*” por el agua hervida, la cloración del líquido y la adopción de prácticas higiénicas; las condiciones objetivas que impiden que estos pueblos pueden efectivamente mejorar las condiciones en que se encuentran y que los llevan a tener “*el doble riesgo de enfermar y morir que la población urbana*” (IMSS 2006). Las dificultades diarias de la pobreza, la exclusión social y cultural son, evidentemente, las causas

⁶⁸ Comunicación personal

principales de su deteriorado estado de salud. Orientar el discurso hacia las acusaciones de “ignorancia, suciedad y falta de higiene”, sólo es una forma de ocultar, en un proceso propio de la biomedicina del que ya se ha dado cuenta, las relaciones sociales que están insertas en los hechos de la salud.

7.3.2 Camino a las cuevas sagradas: La medicina tradicional y el agua

La medicina tradicional contempla al agua como un recurso fundamental tanto en la definición de la salud/enfermedad, como en las prácticas que requiere el reestablecimiento del equilibrio que define a la salud. El agua en la armonía entre cuerpos, espacios, naturalezas y divinidades, juega un papel fundamental, pues es el elemento que permite la vida y la salud de todos los seres vivos, siendo la sequía del cuerpo el equivalente a la enfermedad y la muerte. Esto no implica que sólo sea concebida como un recurso asociado al bienestar, sino que también tiene relaciones con la concepción de lo mórbido. El agua puede enfermar por ser sucia y contaminada, una categoría que no se refiere necesariamente a presencia de parásitos sino también a la contaminación que provocan las maldiciones, las malas palabras y los malos espíritus de ciertas fuentes de agua. También adolece por enfriar el cuerpo, desestabilizando así la armonía entre frío y caliente que asegura la salud y que debe habitar todo el espacio físico y social de los teneek. Como explica Guadalupe: *“el agua unas veces cura y otras enferma por el frío, cuando lava (...) pero luego va uno a buscar el agua de la cueva, esa sí, sí cura... ¡no ves que el agua es la medicina!”*

En términos preventivos, los médicos tradicionales procuran siempre tener en sus altares vasos con agua y recoger de las iglesias y capillas agua bendita, ésta especialmente buena para la prevención y curación de enfermedades. A veces la van a buscar a las iglesias o le piden a los curas que bendigan el agua del pozo, como explica Antonio: *“yo la llevo en una jarra, con el padre Alfredo, en Tampaxal, no la de la iglesia no, ahí dejan agua bendita, mejor me llevo el agua de aquí, del pozo y ya tengo bastante”*. También requieren de agua para realizar las limpias con que protegen sus hogares, sus familias y a sus pacientes liberando el espacio de la amenaza de la enfermedad, lo mismo sucede con las cruces que trazan en sus cuerpos antes de salir a lugares peligrosos o de tratar a enfermos que puedan transmitirles su mal. *“Con la barrida se lo quita, pero se lo puede*

pegar la persona que está barriendo, yo ahí me echo agüita para que no se me pegue, sino, pues me puedo enfermar yo, calambres y entonces, el enfermo se alivia y el curandero se muere..."

Es interesante ver en el caso de Máxima, Guadalupe y Epimenia, cómo han adquirido, aparentemente sin reparos, las prácticas fomentadas por la biomedicina que han aprendido en las capacitaciones del IMSS y en las diversas instancias de diálogo con el sistema médico alopático. Ellas requieren de agua hervida para desinfectar las tijeras y el material con que atienden el parto, previniendo infecciones con las que han bajado considerablemente las tasas de mortalidad materno/infantil de los partos domiciliarios. También necesitan agua tibia para bañar al recién nacido y realizar las sobadas con las que manejan el dolor y acomodan al bebé.

En el caso de San Isidro, la mayoría de las mujeres han dado a luz solas, atendidas por sus maridos o por parteras y eventualmente con la ayuda de otra mujer de la familia o incluso vecinas de la comunidad. Como en la mayoría de las comunidades indígenas-campesinas, el parto es un evento natural dentro de la cosmovisión teneek, que ha sido difícilmente incluido en el dominio de la biomedicina. Si bien las mujeres cumplen con sus chequeos médicos por la obligación que les impone el programa Oportunidades, prefieren vivir el nacimiento en casa. El conocimiento sobre la atención del parto se encuentra extendido entre las mujeres e incluso entre los hombres teneek que algunas veces lo asisten. En este procedimiento el agua es requerida para las sobadas y baños del bebé y de la madre, actividad que se realiza al día siguiente o tiempo después del parto, cuando el cuerpo caliente de la mujer haya recobrado su temperatura normal.⁶⁹

En términos diagnósticos el agua es utilizada para disolver el huevo con el que se quita el mal y que refleja la enfermedad que porta el/la paciente. También se guarda en agua

⁶⁹ La atención de partos indígenas requiere de un tratamiento que hasta la fecha no ha recibido suficiente atención, pues las políticas de salud actuales promueven la medicalización de un evento que históricamente en las comunidades ha permanecido en la intimidad del hogar donde se realizan prácticas que son recriminadas en la atención biomédica del parto. Si bien éstas prácticas no dejan de pertenecer a tradiciones culturales que evidentemente deben ser respetadas en los programas de salud, la situación de marginalidad y pobreza en la que viven las mujeres teneek las expone a altas tasas de morbilidad materno-infantil que la biomedicina ha demostrado ser capaz de manejar. Si bien las parteras de la región se encuentran preparadas para enfrentar el parto, no hay un número suficiente de ellas y para muchas familias, son de difícil acceso. Urgen entonces, reflexiones sobre políticas interculturales de atención del parto y de salud reproductiva, que cuiden de no perpetuar la introducción homogénea de un modelo dominante, el que no haría más que acentuar los problemas actuales, como se ha visto en otros casos.

el cuarzo con el que se ve el padecimiento, la que debe ser bebida para aumentar la capacidad de diagnosticar del médico tradicional. Se han registrado en otros estudios (Gallardo 2000) que los médicos tradicionales teneek utilizan el agua de la iglesia para develar la dolencia que aqueja al usuario/a: *“lo pongo en agua y luego veo el mal que tiene, se ve como una suciedad que sale, y entonces ya se cura la persona, porque se le pide al viento que se lo lleve, a San Isidro que está aquí en el altar”*.

Uno de los aspectos más interesantes del uso del agua en la medicina tradicional es la dimensión terapéutica que despliega nuevos significados para el recurso:

¿Cómo curas con agua Lupe? Pues el agua se bebe, esa agua donde vas a hallarla se bebe, se baña, se hace sobada, la hierba, todo (...)

¿Y con qué agua curas tú?

Pues con agua limpia, ahí en el nacimiento no sale, hay que ir a buscarla hasta allá lejos, sino ya no sirve, no está limpia, se bañan ahí, limpian los caballos

¿Tiene que ser pura?

Sí, pura, el agua de lluvia esta buena, está pura

¿Para curar el agua la hierves, la cueces?

No, no se necesita, así no más, el agua está buena, viene del norte con el mam, ahí se siente, aparece, por eso se saluda al norte para curar

El agua es usada en las limpias, principalmente agua bendita, agua de las cuevas de Huichihuayán y aguardiente, también en los baños que se recomiendan, ya sea en la cabeza con hierbas para espantar los malos sueños, la calentura y el dolor de cabeza, o en el cuerpo como tratamiento a enfermedades principalmente vinculadas con el calor. A esto se agrega, la extensa necesidad de agua que tienen los médicos tradicionales para la preparación de recetas y el cultivo de las plantas y hierbas que usan en las terapias, las que se encuentran en sus casas, en los cerros y también en jardines botánicos que organizaciones han cultivado en sus dependencias. Sin embargo, existe dentro de la región un lugar específico que concentra la variedad de significados y asociaciones mórbidas y terapéuticas que tiene el líquido en el imaginario indígena: las cuevas de Huichihuayán.

La concepción del espíritu como una propiedad que se proyecta sobre otros seres y/u objetos de la naturaleza, implica, entre otras cosas, que los lugares de agua tienen vida y en ellos habitan espíritus que pueden provocar daños al mismo tiempo que son capaces de sanar. Uno de estos espacios lo conforman las Cuevas de Huichihuayán también llamadas de Xumunxcu, o del viento y la fertilidad. Como han registrado otros autores (Otegui y Torres S/r) estas cuevas se ubican en las cercanías de Huichuhauyán, municipio de Huehuetlán y desde tiempos prehispánicos han sido espacios sagrados de peregrinación, rogativas y rituales para la población indígena de la región, tanto nahuas como teneek, pames y mestizos, además de lugares de formación y fortalecimiento de los dones curativos. Conjuntamente, en la actualidad conforman una atracción turística de la zona.

Ubicadas en las alturas de los cerros, han adquirido su carácter sagrado principalmente por su vinculación con “El nacimiento”, río que, como lo explica su nombre, nace de las profundidades de sus rocas. A partir de esta ubicación, todos los espacios que rodean a las cuevas están vinculados con el agua y con la presencia de divinidades asociadas al elemento.

Como lugares sagrados, en los que habita el mam lab para los teneek, además de La virgen de Guadalupe y la sagrada familia; las cuevas del viento o del brujo y de San José o de la fertilidad, convocan a muchas personas por diversas razones, las que acuden libremente, en compañía de un guía o bajo las indicaciones de alguien que las haya conocido, realizando distintos recorridos por las diversas zonas que aparecen en el camino. Entre las personas que acuden se encuentran músicos, danzantes, rezanderos y otros sujetos que por su oficio se encuentran estrechamente vinculados con la sacralidad, ellos acuden a dar gracias o a pedir por su don, realizando en ciertas fiestas y reuniones, visitas masivas que preparan en sus respectivas organizaciones. También asisten médicos tradicionales y parteras, solos o en compañía de otros especialistas para buscar agua, realizar ofrendas, limpiezas y otros rituales en los que renuevan su compromiso comunitario de curar. Ruegan y agradecen por su sabiduría y por el don que les ha sido otorgado. Igualmente a las cuevas concurren *brujos* para realizar algún daño o *travesura* a algún enemigo, ya sea directo o indirecto por encargo de otras personas. La principal manera de realizar el daño es anotando en la cueva del

viento el nombre de quien desean que se enferme o muera, también el nombre de sus familiares y si es posible llevan pedazos de ropa o pertenencias de sus víctimas.

Apolinar, curandera de gran prestigio de Tancanhuitz asiste a menudo a las cuevas: *“la cueva esta así en medio del cerro y ahí se cura porque viven los dioses, entonces ahí se hace la curación, hay que llevar una ofrenda, también no hay que comer cosas regaladas (...) pues, como te la dan diferentes manos (...), es para evitar el daño”*

“¿Y luego se dejan cosas ahí?”. “Claro, dejan ropa, dejan fotografías, nombres... también dejan cosas para hacer la brujería, pero eso es en la cueva del viento, la de abajo (...). Hay gente que hace mal, quien sabe por qué (...). Es que ahí viven los espíritus, entonces le van a pedir que hagan bien y también que hagan mal, por eso ahí viene la enfermedad y también ahí se cura”.

¿Los espíritus ayudan a curar? “Si, ellos ayudan, ellos curan, uno ayuda nada más. Son espíritus de sueños que vienen y que pasan y por ellos uno aprende, porque ahí uno sabe de dónde está la enfermedad, también son del trueno, de la lluvia, allí mismo, ahí están (...). También nos cansamos porque es mucho trabajo, hay que ir con la ofrenda, llevar el bolim, los tamales, si no hace con fe, si no lleva ofrenda, va a seguir la enfermedad.

La visita a las cuevas con fines terapéuticos está llena de pasos y pequeños signos indicadores de la entrada a un territorio sagrado, que pese al gran significado que tiene en el imaginario indígena, ha adquirido simultáneamente un cariz de atractivo turístico que los grupos étnicos no niegan, sino que más bien promueven. En el trabajo de campo, esta experiencia se llevó a cabo acompañando a Máxima en la curación de dos pacientes de su comunidad; Sabina, mujer adulta teneek que había sido afectada últimamente de diversos malestares y su pareja Pedro, hijo de teneek y nahuas de la zona.

⁷⁰El camino se inicia en los alrededores de las cuevas, zona boscosa y de alta vegetación en la que a veces se hace difícil caminar, por la gran cantidad de hiedra, barro y mosquitos que circulan por la proximidad de las lluvias pasadas. *“Máxima siempre va adelante, dirigiéndonos, la siguen Sabina y Pedro, luego voy yo. Nos ha pedido que*

⁷⁰ El relato es una recomposición de las notas de campo sobre la visita a las cuevas de Huichihuayán

traigamos velas, yuco⁷¹ y ofrendas de pan o tamales, fósforos y copal, también algo de dinero para financiar su viaje de regreso. Vamos bordeando la ribera del río, el agua suena tras nuestros pasos". Al llegar a una roca en la que brillan varias velas prendidas, Máxima se detiene, prende el copal, y nos pide que prendamos nuestras velas, nos barre con un racimo de hojas que recogió en el sendero y hace pasar adelante a Sabina, quien debe abrir el camino hacia las cuevas.



Imagen 25

Al pasar por una boca del arroyo en el que se observa el nacimiento del agua desde la piedra, Máxima se detiene, invitándonos a rodear los árboles mientras ella va rezando, presentándonos. Dice mi nombre y el nombre de mis padres entre oraciones en teneek, menciona al mam lab, a San Isidro, a la virgen de Guadalupe. Nos asperja con aguardiente y da pequeños golpes por todo mi cuerpo con el racimo de hojas que lleva en sus manos, *“el contacto con las hojas me calma, hemos caminado mucho y mis alergias comienzan a expresarse, la humedad junto a mi cara y las oraciones de Máxima detienen mis estornudos”*.

En el nacimiento Máxima nos baña con abundante agua, moja nuestras cabezas y pelo, también nos hace beber del arroyo, debemos limpiarnos antes de subir a las cuevas, por eso es necesario este baño *“que te sanará de tu resfrío, me explica, aunque la sensación de frío en mi espalda me hace dudar de su afirmación (...). Comenzamos la ascensión por un camino pedregoso y lleno de lodo, es muy difícil avanzar, mis zapatos no me ayudan demasiado, miro los pies de Sabina y Máxima, calzan huaraches, delgadas sandalias plásticas con las que se afirman a la tierra resbalosa. Pedro prefiere caminar descalzo*”. Al llegar a las cuevas descansamos y bebemos del agua que recogimos en el arroyo, antes de entrar deberemos saludar con el copal a la cueva, para que nos de permiso de bajar. *“¿A qué*

⁷¹ Nombre del aguardiente local

cueva prefieres ir Alejandra, a ésta o a la de más arriba?, miro la abertura de la roca muy escarpado en lo alto, sin árboles al rededor y siento que es imposible llegar hasta ahí, “-no, creo que entrar a ésta estará bien”. Hablan en teneek entre ellos y sin decirme nada comienzan a caminar hacia la cueva más alta, se trepan por las raíces que cuelgan de los árboles; no me queda salida, tendré que seguirlos”.

La cueva de San José está llenas de velas, sólo cuenta con la luz que entra por su pequeña abertura y con el brillo del fuego. Hay muchas ropas puestas alrededor de las velas, son de personas enfermas que no han podido viajar a las cuevas y envían a parientes con sus vestidos para rogar por la curación. En el centro, dos grandes rocas representan las figuras de San José y la Virgen de Guadalupe. Pedro le enciende una vela a San José, Sabina y yo, a la Virgen. “*Nos adentramos al interior buscando un espacio para la barrida y la ofrenda, todo se vuelve profundamente oscuro y sólo llevamos velas, las linternas no alumbran nada en una negrura que se devora la luz. El suelo está resbaloso, Sabina está afligida y se queja con suevas gemidos. Pedro, la afirma y le dice pulik... tranquila... pulik, lentito*”. El momento de la barrida al interior de la cueva tiene una gran connotación ritual, debemos guardar silencio y dejar nuestras ofrendas en el centro del lugar, para luego compartirlas en el acto de comer. Todo está lleno de velas y de restos de ofrendas, hojas de papatla y botellas de yuco, nos situamos cerca de un punto donde caen gotas desde el cielo de la roca y Máxima nuevamente nos barre, asperja, marcando con cenizas cruces en el cuerpo: nuca, antebrazos, muñecas, rodillas, ombligo y frente. Es entonces cuando tiene lugar un diálogo revelador sobre los valores del agua:

“¿Traes agua Alejandra? Me pregunta Máxima,

- sí, compré agua embotellada en el camino, ¿quieres beber?”, le contesto

- no, bótala y llena el bote con el agua de la cueva, está más limpia.

Pese a mi sorpresa, me veo obligada a botar el agua comprada y limpia para cambiarla por el líquido que se acumula en la sinuosidad de las piedras”.



Imagen 26

La visita a la segunda cueva, la del brujo y/o del viento, llamada así por el aire frío que emana de su boca y por la figura en estalagmita del mam lab que se encuentra en el interior, es el paso final para terminar con la curación. Debemos bajar a buscar nuestros nombres, que escritos ahí, son los responsables de los malestares y la prueba infalible del origen del mal que alguien ha enviado. *“Al bajar observo la gran cantidad de nombres escritos en las paredes, miles, miles de nombres tallados en diferentes tamaños, también hay ropas de personas, velas encendidas, amuletos, cintas rojas con lecturas como “líbrame de mis enemigos”. Sabina y Pedro buscan sus nombres con gran aflicción, yo les ayudo a leer”.*

Caminamos varios kilómetros hacia dentro, Máxima me

indica una roca con forma de pecho de mujer y me explica que ahí se hacen las curaciones para recobrar la fertilidad. Sabina y Pedro encuentran y borran con alivio sus nombres de las paredes. Ya pueden volver seguros porque han desecho el efecto del mal que los aquejaba. *“¡Cómo hay gente mala!”*, comentan lamentándose.

Las cuevas y la ritualidad que albergan permiten retratar, cómo el agua, que habita en distintos estados los variados rincones de las cuevas y del territorio que las rodea, se transforma en un elemento asociado en la cosmovisión indígena, tanto a la obtención y mantención del bienestar como a la posibilidad del daño y la enfermedad. Al estar habitadas por deidades asociadas al líquido y por figuras católicas claves en la religiosidad y terapéutica indígena⁷², las cuevas representan una posibilidad de comunicación, en la que son los agentes de salud principalmente, los encargados de realizar el vínculo que permitirá la obtención o distorsión del equilibrio, según sea su objetivo.

⁷² La virgen de Guadalupe, San Isidro y San José, figuras presentes en las cuevas, junto al “el Santo niño”, el “Jesús médico” y San Miguel Arcángel, son las principales figuras de los altares medicinales

En sus distintos estados: de humedad del aire dentro de la cueva del viento, líquido naciendo de las rocas en el nacimiento, gotas cayendo de las estalagmitas, etc., el agua de estas cuevas se encuentra “activada” por la sacralidad que la rodea, siendo especialmente buena para beber, sanar y utilizar durante las limpias. Esto no es excluyente de la realización, en estos mismos espacios oscuros, húmedos y mojados y con este mismo elemento, de acciones que contaminan a las personas y perturban los equilibrios. El bien y el mal, la salud y la enfermedad se encuentran enlazados habitando los espacios de agua. En éstos, el recurso sigue funcionando con las tres cualidades que se observaron en los mitos y ritos expuestos en el marco teórico, es *dadora de vida, purificadora y destructiva*. Dadora de vida en tanto fertiliza, recupera la salud y promueve la vitalidad en los cuerpos débiles, como el de los enfermos, o “*secos*”, como el de las mujeres infértiles. También es purificadora en tanto literalmente “*limpia*” el mal y equilibra la aflicción, aunque igualmente representa un peligro destructivo por su capacidad de enfermar e incluso matar a las personas que han sido afectadas por maldiciones y brujerías.

Los símbolos que aquí se encuentran desplegados actúan, tal como se definió anteriormente, como medio de expresión de sentidos, de valores compartidos por una población que si bien, no necesariamente pertenece a una etnia específica, pues a las cuevas acuden tanto mestizos, como pames, teneek y nahuas, sí se encuentra participando de sentidos comunes en torno a la experiencia de salud/enfermedad, una creencia que funda el “*campo gravitacional*” en el que funciona la *magia*, y en el que el agua se activa como elemento de salud en una dimensión diferente a la antes revisada respecto al discurso biomédico.

La aflicción de Sabina y Pedro se cura, se *alivia* en todo el sentido de la palabra⁷³, cuando encuentran sus nombres en las paredes y anulan el mal, cuando son barridos y comen la ofrenda, cuando beben del agua que los va a curar. En este contexto, están todos los elementos de la eficacia simbólica desplegados, la creencia de la “*hechicera*” en el vigor de sus técnicas, la de él y la enfermo/a en el poder de la “*hechicera*” y sobretodo, las exigencias de la opinión colectiva (Cf. Levi Strauss 1987); el acuerdo de

⁷³ Aliviar en la Real Academia de la lengua se define tanto como “*Quitar a alguien o algo parte del peso que sobre él o ello carga*” como “*Disminuir o mitigar las enfermedades, las fatigas del cuerpo o las aflicciones del ánimo*”

las etnias que habitan la zona, de ser éstos espacios de curación y enfermedad, además de tener otros significados y funciones asociadas como la iniciación de capitanes de danza, músicos, bautismo de autoridades rituales, invocaciones de lluvia, etc.

El funcionamiento simbólico de las cuevas tiene efectivamente, y tal como lo reclama Bourdieu para el tratamiento de la eficacia simbólica, una connotación política que queda en evidencia al observar integradamente las funciones que cumple y los discursos que se legitiman en este espacio, de marcado carácter étnico. Las cuevas son lugares en los que la autoridad indígena despliega todo su poder y exhibe la legitimidad de sus atribuciones por ser seres especiales dentro de cada comunidad. Tanto médicos tradicionales, como músicos, rezanderos, brujos, danzantes, etc. son figuras fundamentales en la regulación étnica de las relaciones de poder y por lo mismo hacen de estos espacios escenarios de legitimación de su labor y del campo en que ésta funciona. La comunidad, siempre presente en esta exhibición de poder, se libera a través de ella, de la amenaza que representa tanto la aflicción de uno de sus integrantes como la inexistencia de instancias que renueven el orden indígena en un contexto social que los convierte diariamente en subordinados/as y excluidos/as , amenazando permanente la sobrevivencia de su diferencia cultural

Imagen 27



En consecuencia, las cuevas se revelan como escenarios de reivindicación étnica, no sólo por los rituales que se realizan en ellas, sino porque también geográficamente representan un territorio donde abundan elementos de las culturas indígenas de la región. En torno a las cuevas hay gran abundancia de vegetación endémica que es usada en

la cocina y medicina indígena. Además, gracias al cuidado que por años se le ha dado al lugar, se han conservado las características prístinas de los bosques que abundaron en la región y que han sido destruidos en otras áreas. En la zona circulan muchos mitos que vinculan a Xumunxú con otras cuevas cercanas, como las de Can já y La máscara, en las que se realizan ritos parecidos al recién relatado, además de ser similares las

normas de pureza que se deben cumplir al ingresar: abstención sexual, limpieza corporal, no ingesta de alimentos regalados, permiso a través de la vela y el copal, etc. La abundancia de significados que adquieren las cuevas en las etnias de la región, confirma la potencia del imaginario indígena sobre el agua y la traducción que encuentra al posarse sobre los cuerpos afligidos por la enfermedad.

7.4 Historias de salud y agua en San Isidro

Una vez definidos los discursos que cada sistema médico proclama en torno al lugar del agua en su vínculo con el cuerpo y la salud, es posible internarse en los recorridos que componen las historias de salud de hombres y mujeres teneek de San Isidro. La visión de estos caminos trasluce la condición en que se encuentran sus biografías, frente a los discursos antes esbozados, el uso que le dan a los sistemas médicos y la forma en que interpretan en el cotidiano, el cuidado de la salud. Estos retazos de historias están hilados siguiendo condiciones comunes de los/las entrevistados/as, poniendo atención en sus diferencias de género y aclarando la posición social en la que se encuentran, para más tarde comprender la situación de estas historias dentro de la experiencia comunitaria de salud, la que al develar el sentido de las prácticas médicas, refleja con ellas, el lugar que adquiere el líquido en la búsqueda y preservación del bienestar en una comunidad indígena actual.

7.4.1 Los recorridos de la salud

Las elecciones médicas de José y el aprendizaje de Santos Amador

José sufre del azúcar, padece diabetes desde el año 2004. Esos años fueron un tiempo muy oscuro, *“no quería comer y no sentía ni un sabor la comida y borracho de la cabeza y siempre... siempre caliente aquí la cabeza y borroso así mi vista y tomaba así mucha agua, mucha agua, ocho litros diarios y al baño seguido, y bien flaquito, yo pesé 54 kilos, no, no a gusto nada, y no me daba mucho sueño, poquito, cada vez que me despierto y de ahí pa’ fuera y así hasta que amanece, y al siguiente día pues a curarse, a tomar agua a tomar hierbas y vamos al curandero otra vez”*. Visitó muchos curanderos y médicos de toda la región, algunos no hicieron nada aunque le cobraron mucho dinero, otros le diagnosticaron la

enfermedad pero *“sin que las hierbas hicieran provecho”*. Iba y venía por muchos lugares gastando el dinero que había juntado mientras era comerciante, poco a poco fue quedando *“desacreditado”* por los exámenes y los altos costos de la atención médica. Finalmente, encontró remedio en la Clínica de Tampaxal, donde una doctora le diagnosticó diabetes severa, lo instó a cambiar estrictamente su dieta y a tomar pastillas de por vida, *“porque este es un mal que dura para siempre”*.

Si bien en esta enfermedad le *“hizo provecho”* la medicina, tiempo atrás tuvo *mal de orín*, una enfermedad que lo hizo sufrir mucho y que lo obligó a acudir a más de doce curanderos, recomendados por sus familiares y vecinos, además de varios doctores, hasta que finalmente, *“una señora de Huehuetlán, con el popote, chupó el mal, pasa por las venas, el antebrazo, el corazón, la sien, la cabeza, toma el pulso y con la hierba me curó”*. En este caso fue la medicina tradicional la que le *“hizo provecho”*.

La debilidad y el sufrimiento que le han producido estas enfermedades lo llevan a preguntarse *“¿porqué me pasa esto a mí?, si yo no he hecho daño a nadie, no soy peleador ni pido dinero, ni tomo yuco, pero ya ve... así como tengo amigos tengo enemigos y el mal pega así, viene y no se va, como cuando murió mi hija...no sé, será mi destino creo yo. (...) Seguramente diosito sabe, Dios es el que sabe, el que sabe todo, si diosito nos presta todavía, el permiso, la licencia, vamos a vivir. Si diosito nos dice que ya no, uno no puede hacer nada, porque la vida no tenemos comprado nosotros”*.

La hija de diecisiete años de José murió en Reinosá, mientras trabajaba como empleada doméstica. Desde los quince años comenzó a tener ataques de epilepsia, se caía *“se privaba, echaba espuma por la boca”*, por eso dejó de ir al colegio, pues *“¿para qué si estaba enferma?”*, prefirió trabajar para poder pagarse la pastilla que le recetaron en el consultorio, y luego murió, iniciando un tiempo de tristeza y enfermedades en la vida de José.

Afortunadamente uno de sus hijos tiene *panau*, la colita que aparece en los niños que han de ser especiales en el mundo teneek. Nació con los cabellos juntos en la nuca y José, haciendo caso de los consejos de su abuela que también tuvo *panau* y *“suerte en la vida”*, no permitió que se lo cortaran, y hasta la actualidad debe pedir permiso en la

escuela para que el niño de nueve años pueda asistir con el *panau* a clases; “*por suerte pronto se le caerá*”. Ha tenido varios problemas, pues la gente lo mira mucho y luego se enferma porque lo *ojean*, además “*a los doctores no les gusta el panau porque dicen que tiene piojos, pero no, yo no dejo que se lo toquen ni que se lo mochen, porque sólo así va a tener suerte, quizás que sea curandero también*”.

Las dolencias de José y su familia son atendidas tanto por médicos tradicionales como por doctores. Cada vez que un mal lo aqueja acude a curanderos que conoce por los datos que le dan la familia, sus vecinos, sus amigos, “*con las enfermedades de los otros, ahí va conociendo uno*”. Sin embargo, hay curanderos buenos y malos igual que los doctores, que a veces piden puro dinero, por eso la elección del tipo de curación “*consiste (depende) según la enfermedad (...), no puedo decir yo que el doctor no sabe, el médico tradicional no sabe, no puedo decir yo porque según consiste la enfermedad... así sí es*”. La enfermedad es la que le ha permitido comprobar la eficacia de las hierbas y las pastillas, es una forma de conocimiento, “*el que no se enferma no sabe nada, no sabe de la hierba, de las plantas que curan, ni del mal, no sabe nada*”.

Santos y Aurelia, sí saben. Perdieron a un niño pequeño por una fiebre fulminante que no mejoró con la atención de la clínica, “*murió chiquito, yo no sabía curar, por eso murió el niño, porque la señora se fue a la clínica y ahí no, no dan nada, como nosotros no sabíamos de hierbas pues así lo deja, lo deja no más que vaya a la clínica, dieron pastilla pero no, no se calma... y con eso se murió*”. Desde entonces Santos se preocupó por aprender a curar con las hierbas, tiene cinco hijos y debe cuidarlos del frío, de las diarreas y la calentura que les da a menudo en los meses de lluvia. En este aprendizaje descubrió dos tipos de fiebres diferentes, una que es del corazón, “*se pone la boca seca y está todo acabado*”, otra que es de fuera, “*se pone colorado y bien caliente, pero no llora*”. Cada una requiere de hierbas diferentes con una limpia y cruces de limón en la frente, en los brazos, en el corazón, hasta que “*suda y suda y luego se calma (...) no se deben bañar con agua fría, los doctores dicen que sí, pero yo creo que no, porque se enfría*”.

No sabe muy bien cómo aprendió a curar, fue como una “*idea*” que tuvo y luego ya empezó a conocer las hierbas y a curar el espanto, el mal de aire y la fiebre “*me pongo a rezar, a sobar, las hierbas y luego ya se quita ese espanto. Cuando te espantas te da sueño, da*

coraje, y no tiene hambre, nada más coraje y poquitas palabras, se pone bien enojado, eso es porque uno no está bien, no come uno, y da sueño se duerme. Si no te curas rápido te va a ganar la enfermedad, y luego la enfermedad te va a cambiar, te va a doler el estómago, te va a doler tu pie, después ya no te van a poder curar”.

Aunque no quiere hacerse curandero y sólo se preocupa de la salud de su familia, Santos ha debido atender a algunas vecinas que han llegado a pedirle ayuda con sus niños, sobretodo en las noches, cuando se hace imposible acudir a otras instancias. Afortunadamente, las veces que ha atendido a vecinas, todo ha salido bien, aunque en una ocasión *“la niña venía grave porque no le brincaba el espíritu aquí en el brazo”*, no obstante, pudo calmar la fiebre y acallar a personas que hablan mal de él por ejercer como curandero.

El aprendizaje de la curación vino después de ser catequista, cuando aprendió a bautizar, *“con la palabra de Dios que está en el agua”*, a leer la Biblia y también a rezar. Rezar en los novenarios, en la capilla, mientras cura y también mientras atiende el parto de su mujer, con los cinco hijos e hijas que han tenido. *“Yo le agarro a la señora, unto mis manos, así caliente mi mano con aceite, lumbre y empiezo a mover así (frota los costados del abdomen y el vientre verticalmente) hay que mover, toda vez con aceite, sino viene pues hay que tomar una hierba, yo le rezo, yo le rezo a la virgen María por el nacimiento, que me ayude para que todo salga bien, (...) luego que nace el niño yo lo levanto, le corto el cordón y entierro el ombligo y la placenta, para que no se lo comen los perros. (...) Luego se limpia todo, para el siguiente día le busca la hierba otra vez para sobar, para curar, con hierba bota, palo de chacra, otras hierbas de allá y otras que no le conozco el nombre en español, después ya se puede bañar, yo le atiendo, le preparo la comida”*. Prefiere que los partos de su esposa sean en casa, porque en la clínica es probable que envíen a su esposa a Ciudad Valles y no podría acompañarla por el precio del pasaje, además de que no la dejan moverse ni caminar, por eso es mejor en casa.

Aunque conoce de la hierba, en el pasado estuvo muy enfermo por el espanto que le causó una víbora en el campo, mientras trabajaba en la limpia del café. Afortunadamente pudo matarla, sin embargo pronto vinieron los síntomas del espanto: *“dejaba de comer y quedaba yo bien enfermo, y ya no puedo caminar (...), en la boca me empezó*

a salir sangre, granos y no podía comer nada, chiles, ni tortilla ni caliente, nada, ya no puede ni trabajar (...). La víbora le quita a uno el alma, son muy venenosas, le quita el alma del hombre”. Sólo se sanó con unas hierbas que le dio su madre, aunque no ha podido recuperar la fuerza desde ese encuentro, porque además ha sufrido otros males, como el que le hizo un hombre que se encontró en el campo y al que le cobró tres pesos por la leña: “me habló mal la última vez que traje la leña por el camino, él me vio y ahí me pegó la enfermedad y duele, duele en la noche, se me pegó un pedazo de leña en el pie. Duró como seis meses, no puedo trabajar, no puedo comer, yo creo que fue eso, yo lo limpiaba con hierba, también con el huevo, el rezo, para que salga la basura; lavaba pero nada, fue un mal que me hicieron por cobrar la leña”.

Para cuidarse de todos estos males Santos no anda “hablando por ahí”, se protege en las noches y en el monte, porque por ahí andan las personas que pueden hacer el mal, también saluda al viento, al sol y la luna antes de hacer la milpa.

“Todos son Dios, tienen que estar, si no hay Dios pues no va a amanecer. La luna también es Dios, dicen antes peleaba con el sol la luna porque también quería ser Dios, quiere ser hombre pero no le dejaban, entonces le dijeron, tú te vas a hacer Luna, vas a ser Luna, vas a ser así más bajito, más calmadito, también eres sol pero más bajito, fresca, el sol también es fuerte, es dios, es caliente, la luna ¡no!, también da luz pero poquito, es bajito así, por eso es femenina”. No obstante estos cuidados, Santos sabe que la enfermedad es un destino, viene cuando uno nace, “así como nace, muere porque es el destino.”

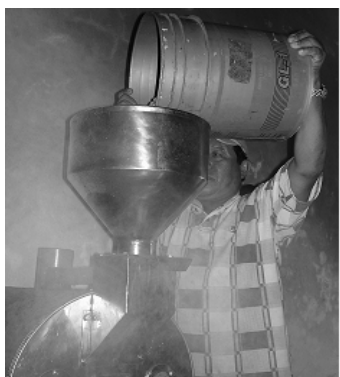




Imagen 28 y 29

✧ Jerónima huele a hierbas: salud en cuerpos femeninos

Jerónima ha tomado un baño de hierbas porque se siente mal, amaneció *“borracha de la cabeza”* por el espanto que le dio hace pocos días al caerse en el camino. Desde entonces ha estado mal, le duelen los huesos, a penas puede caminar, su delgado cuerpo y sus largos años le están pasando la cuenta. *“Las hierbas cuando quieren hacen provecho, el doctor dice que no es nada pero yo estoy débil, me caí en el camino, no tengo hambre, siento que me voy a morir”*. Se disculpa por su español, hace poco tiempo que habla castellano y no lo usa a menudo.

Antes tenía más fuerza, andaba sola por el monte, iba a buscar leña, café, ahora ya no tiene fuerza *“ni para ir al pozo”*. Afortunadamente, su compadre Donato la puede atender sin cobrar, *“los otros curanderos siempre cobran y el doctor da pastillas caras”*, por eso él es su única opción para ayudarle a recuperar el espíritu que se le ha salido en el camino con el golpe. Debe conseguir medio litro de agua ardiente. Luego, harán limpias y barridas en el lugar, y beberá las hierbas que ella conoce, pero que ahora son más difíciles de encontrar en el camino, se han ido secando y cada vez se esconden más en lo alto, *“yo no puedo subir hasta allá y la gente de ahora no sabe, nada más me queda bañarme con estas hierbas de aquí y esperar a mi compadre”*.

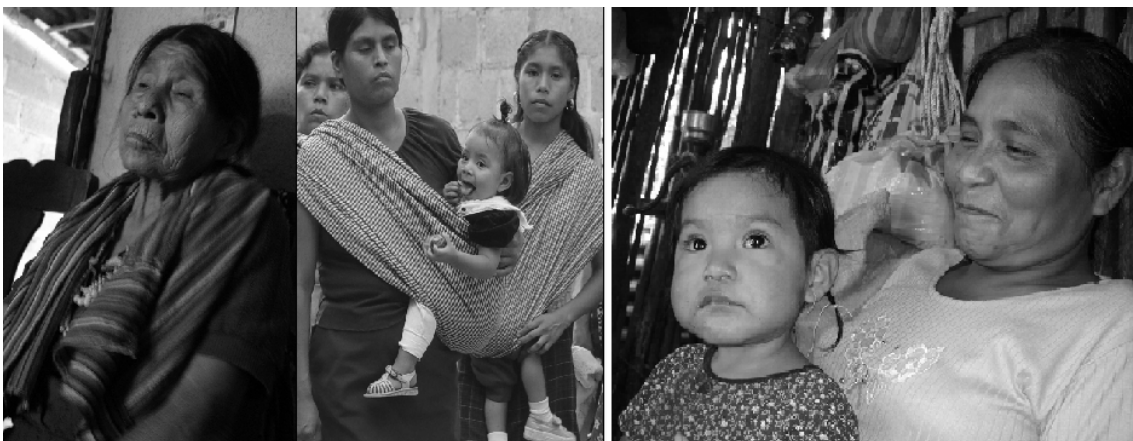


Imagen 30

Toda la comunidad sabe que Jerónima está enferma, *“se cayó regresando de la iglesia”*, explica Silveria mientras sirve el café que le ha pedido su esposo, Agustín. Silveria es

joven y tiene la energía que Jerónima extraña, va a buscar leña, lava ropa, cocina y cuida el hogar para todos los hijos que aún quedan en casa. Sabe de espantos, porque de niña tuvo que dejar la escuela a causa de un animal que la persiguió cuando tenía cuatro años, tal fue el susto que se enfermó, se hincharon sus manos, perdió el apetito, decidió dedicarse a trabajar en casa, sirviendo a su padre.

A los siete años ya lavaba la ropa, trastes, sabía preparar tortillas y atole. Cuando Agustín la pidió en matrimonio su padre estaba enfermo y pronto murió, de modo que pasó de cuidarlo a él a atender a su marido y criar a los niños que poco a poco fueron naciendo. Rápidos y con poco dolor, casi todos vinieron al mundo en la noche, mientras su esposo trabajaba en las ciudades, repartiendo el café de la cooperativa por todo el Estado. Ella, por lo tanto, estuvo casi siempre sola, a veces llamaba partera, pero no venían, se tardaban porque venían de muy lejos.

Una vez nacidos, los bañaba con agua tibia y descansaba un tiempo, abrigada antes de enfriar su cuerpo después del parto. Luego venía la crianza, *“los cuidaba, los cargaba en el rebozo, los bañaba, les daba la comida, luego se acostumbran a estar siempre así, dormidos en el aquil y ya no quieren caminar, lo cargamos, mientras hacemos el nixtamal (...). Uno se acostumbra, no duele la espalda, nada más se cargan”*, los bañaba con hierbas para quitarles la calentura, las diarreas, les ponía las vacunas. Antes los niños se morían mucho, a ella sólo se le murió uno.

Ha pasado el tiempo, sus hijos están grandes y ahora la cuidan a ella, a veces, los que trabajan fuera envían dinero, lo que, sumado al trabajo de Agustín, les permite estar en mejores condiciones que el resto de las familias de la comunidad. Tener piso de material y varios kilos de leña, aunque el agua deben seguir acarreándola desde el pozo. El problema de esta bonanza, es que genera envidias y enfermedades. Desde hace algunos días Silveria se siente mal, *“de noche, me pegó una calentura y un friazo, pero más porque estaba bien caliente, yo sentía que hacía frío, ya no aguantaba, ahora me pegó así de mi cabeza, andaba con borrachera de la cabeza, luego me pongo triste, no quise comer, no hice tortillas, nada”*. Los síntomas, parecidos a los que en otras ocasiones han enfermado a toda la familia, son los propios de la envidia, *“debe ser la envidia que me tiene así, porque a la gente quiere tener lo que uno tiene, no está a gusto y así hacen mal”*, para curarse tendrá

que visitar a Máxima, la curandera más cercana a la comunidad, a quien le explicará sus síntomas corporales, sensaciones y sueños, para que ella le de hierbas y le pida a los santos de su altar, que la curen y la protejan.

Natalia no es curandera, pero sabe sanar algunas enfermedades. Tiene un altar muy grande y colorido. Todos los teneek de San Isidro tienen uno en su hogar, es una forma de protegerse y de vivir con Dios, cada vez que llegan las fiestas los llenan de flores, velas y ofrendas de pan, que invitan a compartir a quien los visite.

Ella está siempre ocupada, con las actividades de la iglesia, y el trabajo de la casa, sabe hacer comales de greda, rezar y bordar, además de cuidar a sus seis hijos/as y ayudar a hacer atole para los niños/as desnutridos de la comunidad. Natalia a penas susurra y siempre está moviéndose en su casa, de tanto criar y atender niños/as aprendió a curar las enfermedades más comunes, el espanto, la caída de la mollera, la diarrea, la fiebre. A veces las vecinas acuden a ella para preguntar, *“más sufrimos por los niños porque no los podemos cuidar bien, porque andan mojados o toman mucho agua y luego se enferman, si tienen mucha calentura rápido los llevamos a la clínica o se les da algo, pastilla, hierba, lo que tengá”*.

A la clínica va siempre, su esposo es asistente médico rural, de modo que tienen pastillas y conocen bien a la enfermera, no así al médico, que *“lo cambian a menudo y no son todos iguales, unos trabajan y otros no tanto, luego si no se puede atender, pues aquí no más, porque es muy caro ir a Valles”*. Sin embargo, todos sus partos fueron en casa, menos el último que fue más peligroso porque tuvo un accidente a los siete meses de gestación, mientras trabajaba en el campo se cayó, de modo que tuvo que controlarse seguidamente y atenderse con el doctor, aunque *“usted sabe, a veces hablan golpeado, no dejan caminar ni dan sobadas”*. Natalia también ha atendido partos, de sus vecinas, de sus parientas, *“porque viene rápido y bien, y entonces lo atendí yo”*. El último tiempo se ha sentido cansada y tiene *“pocas defensas, dicen los exámenes de la sangre, yo a veces me siento así, cansada y con tristeza, un poco”*.

Adriana, como Natalia cuida cada día con esmero a sus niños. Es silenciosa, pero sonrío a menudo. Lava su ropa cada mañana y se preocupa de que tengan zapatos para que no *“estén arrastrándose junto a los gallos y gallinas”* que cría en su patio. Asiste con

regularidad a las asambleas y a las obligaciones del kinder y la primaria, también a las vacunas de sus hijos/as y a las charlas comunitarias. Cada vez que se enferman acude a la clínica, aunque si es muy tarde y no da el tiempo, le pide hierbas a Donato, que *“si no está borracho, cura muy bien”*.



Imagen 31

A diferencia de Adriana, Aristeo sufre a diario por el alcoholismo de su marido, que lo *“deja tumbado todo el día sin hacer nada, sin trabajar, nada más toma”*, por eso ella debe buscar trabajos esporádicos en otros barrios, limpiando casas, *“cuidando señores grandes”*. Pero el trabajo es esquivo y ella debe preocuparse de su niña de seis años, la única que tuvo después de volver de Monterrey, donde pasó su juventud trabajando como empleada doméstica. Pese a que el trabajo y la vida en la ciudad le gustaban mucho, hubo un evento que la marcó para siempre, enfermándola y cambiando el rumbo de su vida. En la casa donde vivía sucedió un robo violento que la dejó impresionada, tanto que perdió la fuerza y se espantó, ya no quiso trabajar y volvió a su comunidad en busca de una curandera que la sanara, pues la pastilla ya no hacía provecho. En San Isidro la encontró y ahí se quedó luego de contraer matrimonio con un hombre del lugar. Ahora divide su tiempo cuidando a sus suegros y a su hija, que en ocasiones se enferma y hay que llevarla *“al curandero o al doctor, según sea la enfermedad, a veces se espanta porque es muy pequeña, luego le ladran los perros o la persiguen los guajolotes cuando camina solita al kinder”*.

Los hijos de Sofía también se espantan a menudo, son pequeños y caminan solos por la comunidad. Sin embargo, la gran preocupación de Sofía es su hija mayor, quien nació con retardo mental y nunca ha podido hablar, *“sólo se alimenta y grita mucho, pide comida, pero yo siempre le estoy dando”*. Margarito, su esposo, tras escapadas de la niña al campo

que la tuvieron perdida largas jornadas de lluvia, decidió encerrarla en una pieza, donde actualmente vive la niña: *“la llevamos a curaderos de por aquí y de otros lados, también le hicieron limpias. Ella nació enferma, con ataques, eso me obligó a tenerla encerrada porque tiene debilidad mental, en Tampaxal le sacaron los exámenes y dijeron que no podían hacer nada, estaba mal y la trajimos aquí y así siguió, así siguió, fui allí con máxima que la curó, pero no se curó, a veces está mejor, a veces peor, pero no se curó así bien, y aquí está. (...) No se si lo mejor es tenerla así, pero de otro modo cómo, si se escapa también... está mal, pero yo trate de curarla”*. Sofía guarda silencio mientras Margarito cuenta la historia de su niña, reconoce que después de su nacimiento no quiso tener más hijos por miedo a que todos tuvieran esos problemas, pero Margarito no se lo permitió, pues *“uno de cualquier modo quiere tener hijos”*.

7.4.2 La construcción comunitaria de la salud

Al observar las sendas que recorren los habitantes de San Isidro en procura de su salud, se manifiesta, con toda su potencia, la diversidad de hechos, acontecimientos, sensaciones que, ocurridas en el cuerpo, en el espacio o en las etéreas y delicadas relaciones sociales, alteran el bienestar de hombres y mujeres que día a día, luchan por mantener las frágiles condiciones de equilibrio, por las que, como remanso del pasado, transitan sus vidas cotidianas.

Frente a la aflicción del cuerpo, de los sueños, de las sensaciones, la debilidad y la tristeza, los teneek despliegan un abanico de alternativas de interpretación, que transita por todos los espacios mediadores de su experiencia de salud/enfermedad: malas palabras, fríos, calores, envidias, sustos, destinos, castigos, ausencias, pérdidas, etc. junto a una larga lista de situaciones relacionadas con el desorden del cuerpo, la trasgresión de la norma o la acción del laberinto de la naturaleza y sus espíritus.

La construcción de esta experiencia de salud, por lo tanto, dista de estar centrada en las premisas de las definiciones institucionales de los sistemas médicos, para instalarse justo ahí donde estalla la tensión entre las subjetividades indígenas y el orden científico dominante; en las tramas que se hilvanan entre los/as sujetos y la comunidad; en el lugar que adquieren en su interior y en los deberes que deben cumplir para la perpetuación de ésta.

Al plantear que es la comunidad el núcleo, el campo gravitacional sobre el que se suspenden los sentidos de la salud, se comprende la pluralidad de los destinos de los itinerarios terapéuticos, que transitan indistintamente, entre la medicina tradicional, las prácticas domésticas y los consejos de la biomedicina, siguiendo distintas categorías de aprecio y evaluación, categorías que, “a flor de agua”, dan la impresión de una anarquía en las opciones médicas, pero, que si se observan con detención, develan sus desplazamientos en torno a las redes de relaciones que sustentan la comunidad, la reciprocidad precisada por la armonía que genera⁷⁴

El funcionamiento interno de los sistemas médicos en San Isidro, deja traslucir el modo en que las relaciones sociales, y con ellas el cuerpo social, se imponen como sustento de las opciones médicas e interpretaciones de la salud que promueven, en sus prácticas, los teneek actuales.

La biomedicina, a través del programa Oportunidades, se ha encargado de montar una red de canales por los que comunica sus conceptos de salud/enfermedad, y con ello, las apreciaciones del vínculo “correcto” entre agua y cuerpos. Para ello, exige a las comunidades, so pena de castigos monetarios, organizar a un grupo de mujeres que funcionan como vocales y promotoras de salud, a cargo del comité de salud, Eusebio, quien es la vía de comunicación entre ellas y la enfermera y médico de Tampaxal.

Vocales y promotoras, elegidas comunitariamente, deben supervisar mensualmente las “prácticas higiénicas” de sus vecinas, las que pueden ser sancionadas por una falta al programa con la suspensión del pago en dinero. En estas “inspecciones”, las mujeres tienen un cuidado especial en no transgredir las buenas relaciones sociales del grupo. Nada se inquiera, ni se desconfía, sólo se anotan los datos exigidos en un formulario, cuidando siempre no sobrepasar las fronteras de las buenas maneras y buenas

⁷⁴ En la construcción de los itinerarios terapéuticos de los/as entrevistados/as es posible observar la multiplicidad de agentes a los que recurren y cómo los van eligiendo según las características de la enfermedad y según la efectividad que vayan manifestando, no hay necesariamente un sentimiento de lealtad hacia un curandero o médico exclusivamente, si bien tienen preferencias por el prestigio y los beneficios que han recibido de ellos/as, como en muchas otras dimensiones, los indígenas teneek de San Isidro están dispuestos a cambiar y flexibilizar sus opciones según las particularidades de su experiencia y las condiciones que imponga la comunidad.

distancias, “*es que la gente luego se enoja, y eso no está bueno*”, explica Margarita, promotora del programa, mientras visitamos las casas que le han sido asignadas.

En el ejercicio de la medicina tradicional sucede algo similar. Si bien, rezanderos, curanderos y parteras han ido desapareciendo, aún persiste la interpretación del mal como desequilibrios asignados a enfermedades de filiación cultural, de modo que muchos de los integrantes de la comunidad requieren de terapéutica tradicional, que es aplicada por los “*vecinos que saben*”, como Santos Amador y Natalia, aprendices por necesidad, y Donato que “*algo sabe de la hierba, no más que toma mucho por eso no le gusta a todos*”. Estas personas, si bien no se aprecian de ser profesionales, asisten en caso que alguien lo requiera, llegando incluso atender situaciones tan intensas y delicadas como los nacimientos, las fiebres graves, o los espantos que han hecho escapar el alma.

La flexibilidad en el otorgamiento de terapéutica tradicional, se debe por una parte, al mismo principio que obliga a las promotoras de salud a no inquirir ni anunciar las desobediencias de sus vecinas, es decir, al principio de las buenas relaciones comunitarias, al tiempo que deja descubierta la precariedad de las condiciones de vida indígena, que carecen de alternativas de atención especializada frente a situaciones de emergencia, debiendo recurrir a los saberes y favores, sin costo, que gente de confianza, como sus parientes políticos, compadres y vecinos/as, les puedan ofrecer. El intento de imposición de la biomedicina, como sistema médico hegemónico en la región, tiene gran responsabilidad en este proceso que terminó por hacer desaparecer a los especialistas tradicionales de la comunidad, extinguiendo con ellos/as, parte de los conocimientos médicos o más bien, dejándolos convertidos en retazos que en la actualidad retoman personas como Santos, Natalia y Donato, para volver a ponerlos a disposición de la comunidad.

El reconocimiento de las relaciones sociales, como sustento de la experiencia de salud/enfermedad, permite el regreso sobre lo que Taussig anunció respecto a las medicinas indígenas, que no tratan a los síntomas como cosas en sí mismas, sino como “*signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales*”, donde el cuerpo y sus palabras, no están desgarradas de sus contextos, trazando un camino directo entre la pregunta por el *¿qué me pasa?*, que José, Santos y Silveria responden a través de sus

síntomas: sed, granos en la piel, debilidad en el cuerpo, hacia el *¿por qué me pasa?*, que alude directamente a la forma en que las grietas del cuerpo social se expresan en el malestar del cuerpo físico: los enemigos, las malas palabras, la envidia. La eficacia del tratamiento, por lo tanto, requiere hacer visible, aquel surco oscuro y secreto que altera el bienestar. No se trata sólo de curar la herida, controlar la diabetes, desanudar los efectos de la envidia; se trata de manifestar su causa social, develar la trasgresión que la causó, actuando sobre el cuerpo social y el fisiológico al mismo tiempo, de modo que la percepción de la eficacia no recaer en los hechos del organismo, que con su “objetividad fantasmal” desentraña al cuerpo social de la enfermedad.

La comunidad por su parte, advierte, recomienda y legitima la curación, aconseja curanderos/as; observa, aun cuando no está presente físicamente, la envidia que sale por el huevo frotado en el cuerpo de Silveria y el destino “que le ha dado Dios” a José, sin que esta intervención reste libertad a las elecciones terapéuticas de los sujetos, que viajan, buscan, prueban y procuran la eficacia simbólica y material, nuevamente anudadas, de las prácticas de salud.

Frente a esta racionalidad, que entiende la terapéutica como una arqueología y corrección de lo implícito, la biomedicina, con sus pretensiones de descontextualizar relaciones sociales de cuerpos enfermos, instala, a través de sus propias bases, obstáculos al entendimiento e intervención en la salud de los pueblos indígenas. Centrada en la experiencia del individuo y su aparición a través de la muerte, la biomedicina oculta y escapa de las relaciones sociales, posándose, como aparato biopolítico, sobre los cuerpos y las vidas de los sujetos que atiende.

En su exageración fisiológica y su obsesión por el control y la normalización de los cuerpos físicos, la biomedicina pierde de vista la trascendencia que tiene el cuerpo social para la experiencia de salud de los teneek, y el desplazamiento del límite de la muerte, tan temida por la sociedad mestiza, hacia el espesor y la complejidad del mal, un mal que no se relaciona necesariamente con el fin de la vida, -el cual es entendido

como destino, en el que, “*como los abuelitos y los angelitos iremos a parar nosotros también*”⁷⁵- sino que se vincula con el agravio a la armonía de los seres.

Evidentemente, debemos escapar de la seducción romántica de la que la noción de equilibrio suele estar empapada. Lejos de ser sólo una evocación a las antiguas nociones de salud prehispánicas que funcionaban bajo el acoso diario de las distintas fuerzas de la naturaleza y los espíritus, la búsqueda del equilibrio en población indígena actual se entiende en un contexto donde la vida, se teje en hilos de incertidumbre sobre el futuro, el destino de los/las hijos/as, el éxito de la cosecha, la permanencia del agua. Sus condiciones de vida siguen situándolos en la espera diaria de un bienestar que se escurre sobre las aguas de su diferencia étnica y su posición política y social de excluidos. Además, en la perpetuación de las relaciones sociales en procura del equilibrio, actúan fuerzas internas, que como en toda sociedad, interpretan y ordenan las diferencias de los cuerpos y los géneros. Las relaciones sociales que aseguran el equilibrio establecen el lugar de hombres y mujeres en la comunidad, construyendo simbólicamente los imaginarios locales de los géneros indígenas.

Durante el trabajo de campo, fue difícil acceder a los testimonios de mujeres de la comunidad por ser personas acostumbradas a establecer comunicación con el mundo mestizo a través de sus maridos, que acudían presurosos a sus casas cada vez que sabían que la “señorita ushum lab” había llegado a visitarlas. Ellas saben menos español, pasan menos tiempo en la escuela y tienen el destino marcado por la crianza de los hijos/as, el trabajo doméstico y el servicio al marido. Pocas veces trabajan remuneradamente, salvo que salgan a hacerlo siendo jóvenes u opten por labores como las de la medicina tradicional y partería que, como se explicitó en ocasiones trae problemas en las familias, por la subversión que significa a los roles de género culturalmente atribuidos.

⁷⁵ Pese a que la concepción de la muerte conforma un tema que excede los límites de esta tesis, el hecho de haber realizado parte de la investigación durante la fiesta de muertos, permitió comprender parte de los alcances que tiene la percepción indígena de la muerte que la comunica estrechamente con la vida, considerándola un evento simultáneamente sagrado y natural e incluso necesario, pues, con en ella habitan los “*abuelitos y angelitps*”, antecesores del presente y progenitores del futuro de la comunidad.



Imagen 32

Pese a que se podría relativizar el rol exclusivo de la mujer como agente de salud familiar, por el conocimiento que tienen varios hombres del uso de la hierba, del cuidado de las enfermedades de los niños/as e incluso de la atención de partos, es posible afirmar que las mujeres son asignadas, tanto desde el discurso de la biomedicina como desde las categorías locales de género, como las responsables del cuidado de la salud, naturalmente subordinadas en un simbolismo que las asocia con *“la luna que es más baja y suave”* y con las fuentes acuáticas de la tierra *“que son fértiles y calmas, como las mujeres”* en oposición al trueno que es *“masculino y fuerte”*. A esto se suma el hecho de ser sus enfermedades interpretadas habitualmente como

“cansancio y tristeza”, sensaciones que se podrían

analogar con lo que científicamente se entiende como depresión, que como sabemos, es uno de los diagnósticos más comunes entre mujeres de sociedades mestizas actuales. Al parecer, indígenas y mestizas, ambas habitantes de sociedades patriarcales y androcéntricas, padecen y traducen el mal a través de sensaciones de tristeza y angustia.

Paradójicamente, esta subordinación a los jardines domésticos, emplaza a las mujeres como las encargadas de aquella dimensión más importante en el cuidado de la salud familiar: los cuidados profanos. Cada día, estas mujeres, médicamente acusadas de porfía y suciedad, realizan actividades que procuran el bienestar.

Los días comienzan temprano, antes incluso de que el sol aparezca y se inician con la preparación de los alimentos, para lo que es necesario disponer de leña para la lumbre y agua para el café; los hombres parten a sus actividades diarias, mientras las mujeres cuidan a los niños, buscan el agua, limpian la casa, lavan ropas, trastes, alimentan a los animales, siembran las plantas que necesita y también cortan leña. Si bien todas estas

actividades parecen estar fuera de los ámbitos sanitarios, representan un núcleo de significados de la salud, pues es aquí donde se previenen y curan las enfermedades, pese a que cada sistema médico ofrece también sus propios territorios para la terapéutica, como altares de curanderos, cuevas, pozos y la consulta médica de la Clínica de Tampaxal.

Otras formas de cuidado de la salud están representadas, por los altares que cada casa tiene, en los que abundan los santos, vírgenes, velas y ofrendas permanentes a través de las cuales se procura la mantención del equilibrio y el bienestar en la familia. Lo mismo buscan a través de tradiciones como el “panau” que José mantiene cuidadosamente en su hijo, o por medio de diversos amuletos, limpias con hierbas y el trazado de cruces en el cuerpo que se deben hacer antes de salir a trabajar, de andar solos/as, de caminar por ciertos espacios que son peligrosos para el cuerpo y el espíritu: *“Hay una hierba de aquí que se pone aquí (muñecas, pecho), todas las mañanas amaneciendo hay que persignarse con la hierba, nombre sea de Dios hay que trabajar, a donde quiera que uno vaya va protegido, hay que llevar esa hierba en una bolsita y guardarla y así se cuida uno”*.

Estos medios simbólicos de protección son procurados en cada hogar, sin intervención de especialistas, principalmente entre los integrantes de una familia, que es la unidad fundamental sobre la que los teneek procuran la salud. No obstante los cuidados profanos y las mencionadas prácticas “simbólicas” de protección se aplican sobre todos los integrantes de las familias, resulta evidente que en estos espacios, las mujeres adquieren protagonismo como agentes de salud. Por el rol culturalmente asignado a lo femenino, ellas son las encargadas de la ejecución de la mayoría de las prácticas recién mencionadas, siendo también quienes conocen las hierbas medicinales más usadas y las principales responsables de la salud familiar.

La construcción de la experiencia de salud en San Isidro, navega por aguas que hablan de diversidad y pluralismo, al mismo tiempo que buscan mantener el orden de las relaciones sociales entre las etnias y los géneros. Las asociaciones del agua con la salud, por lo tanto, están cubiertas por esta “diversidad normativa”, por sus conflictos y por los cauces recónditos que surgen en la confrontación de imaginarios sobre el agua.

7.4.3 El agua en la experiencia de salud



Imagen 33

La dificultad biomédica de intervenir en todos los espacios de la definición de salud /enfermedad, implica, evidentemente, una dificultad en extender los higiénicos vínculos entre el agua y el cuerpo, en grupos que insisten en mantener prácticas alejadas de lo médicamente aconsejable. Sin embargo, la ya expuesta flexibilidad de los itinerarios terapéuticos indígenas, indica que existe un interés por adquirir aquellos consejos biomédicos que pueden mejorar, efectivamente, sus condiciones de vida, especialmente la de niños y niñas, que son las principales víctimas de las diarreas y parasitosis propias del uso de aguas infectadas.

Natalia lo expresa claramente, *“lo que más nos cuesta aquí es cuidar a los niños como quisiéramos”*. La seriedad con que asumen las responsabilidades que les asigna la clínica a los/las encargados/as, la regularidad de las visitas, el cumplimiento con las vacunas al día e incluso la aceptación de las jerarquías biomédicamente establecidas entre médico, enfermera, comité de salud y promotoras, -que tiene una evidente graduación por géneros- no sólo se explica por la presión del gobierno estatal, a través de las políticas de premio y castigo, sino que son prácticas que develan la gran preocupación que tienen los teneek por mantener y mejorar sus condiciones de vida.

Sin embargo, las concepciones del vínculo entre el agua y el cuerpo, que promueve la biomedicina, llegan o son asumidas por los teneek, a través de sus propios imaginarios del recurso, como integradas a un universo de significados que, como quedó expuesto, despliega por otros espacios las categorías de limpieza y pureza del líquido, privilegiando las fuentes que tradicionalmente los han surtido del líquido y que tienen

un poderoso lugar en los imaginarios indígenas, como las cuevas, los pozos, la lluvia, etc. No se trata entonces de que los indígenas no “quieran aceptar” las higiénicas indicaciones de la biomedicina, que evidentemente, son necesarias para mejorar sus condiciones de salud, sino de que estas indicaciones, al privilegiar ciertas fuentes y ciertos parámetros de limpieza, asignados principalmente al hervor o clorificación del líquido y la extensión de las tuberías, excluyen las condiciones económicas y culturales de los “receptores” del discurso, transformando la intención de avanzar en las políticas de atención de salud indígena, en una forma de hegemonización de un sistema médico y reproducción simbólica de la condición subordinada de los grupos étnicos, que recaen en las categorías de sucios e ignorantes.

El agua, además de vincularse con la prevención de enfermedades, sigue teniendo un lugar privilegiado en la búsqueda de salud en términos de equilibrio, al estar asociada a nociones de nacimiento, purificación y destrucción, lo que se refleja en el uso que hacen los teneek de las fuentes del líquido, como medios de acceso y reparación del bienestar, no sólo a través del uso de medicina tradicional, sino también en las dimensiones cotidianas, que integran al recurso a una noción tan múltiple e insurrecta, como las propias prácticas de salud de los teneek.

Si bien las cuevas y los pozos son espacios sagrados, donde habitan los espíritus del agua y asechan peligros para el cuerpo y el alma, hombres y mujeres indígenas recurren a menudo a estas fuentes en procura del líquido para funciones cotidianas, se lavan y preparan el café de cada día con él, prácticas que, más que contradecir el discurso de la medicina tradicional respecto al agua, lo enriquecen, al integrar, un elemento aparentemente sagrado, a ámbitos profanos que invierten la relación entre lo humano y lo divino, acercando este último espacio a la intimidad del hogar, donde las vidas de niños/as, adultos/as y ancianos/as, participan, a través de elementos como el agua, de la experiencia de la divinidad.



Así como el vínculo entre el agua y el cuerpo está empapado de la pluralidad de significados que implica la experiencia de salud/enfermedad en población indígena actual, es posible reconocer ciertas normatividades en las que vuelve a resonar el murmullo de la perpetuación de las relaciones sociales. Por una parte, la gestión interbarrial e incluso la posibilidad de obtener aguas de otros municipios, es un tema

Imagen 34

circunscrito a los ámbitos masculinos, que por tener la palabra, son quienes asisten y deciden los modos de planificación y acceso al recurso, ya sea en reuniones ejidales o municipales, como sucede en épocas de sequía. Ellos cuidan el agua, hacen turnos y llegan a acuerdos con los mestizos de los otros barrios, comunicando categorías de asignación de calidades al recurso, que están en estrecha vinculación con las fuentes de las que provienen, enfatizando la sospecha desplegada sobre las fuentes que, como el Tancojob o los arroyos de Huichihuayán, “*son sucias porque están fuera*” de los territorios considerados como propios.

Por otra parte, las mujeres son artífices de la mayoría de las prácticas ligadas al agua. Dueñas de los campos domésticos, son las encargadas de llevar a cabo los cuidados profanos antes relatados. Este hecho, se refleja en el modo en que asignan categorías al recurso, que si bien, tienen muchas coincidencias con las categorías masculinas, apelan a razones que los hombres desconocen: “*las aguas que traen no limpian bien el pelo, ni cuece el nixtamal, la de la lluvia sí está limpia*”. Categorías que se estrellan con las formas de valoración del líquido que impone la biomedicina, que las controla, premia y castiga por seguir sus consejos.

No obstante esta situación, es importante reconocer la flexibilidad y los diversos matices que las lecturas del agua en la salud indígena, nos dan a las formas de vivir lo masculino y lo femenino en este contexto cultural, pues si bien hay una reconocida doble exclusión de las mujeres por la biomedicina que perpetúa su discurso andro y etnocéntrico, ellas, al ser las “dueñas” del uso del agua en la vida cotidiana, son quienes ejercen la mayor cantidad de insurrecciones y trasgresiones, develando la capacidad indígena de incluir y construir, en sus prácticas de salud.

Pese a ser médicamente catalogadas de sucias, las mujeres indígenas se bañan y limpian a sus niños/as a diario, peinan sus largos cabellos con frecuencia y siempre están recogiendo hierbas para untarse; se preocupan de buscar fuentes de aguas limpias, lavan los tambos de recolección de la lluvia y mojan periódicamente el suelo, bautizan a sus niños/as y les quitan el espanto cada vez que los ven afligidos/as, etc. desarrollan en su cotidiano estrategias que develan la multiplicidad de significados del líquido y la amplitud de los caminos de la salud.

Como vemos, el vínculo entre el agua y la salud indígena, recorre vías mucho más amplias que las que aceptan y promueven tanto los discursos biomédicos, como los tradicionales. El agua es un recurso de limpieza, de purificación e higiene, también de enfermedad, aflicción, transmisión de males y muerte. La salud, al representar el bienestar de las relaciones de una comunidad entre sus miembros, con su espacio, con sus antepasados y con Dios, se traduce y extiende entre los cuerpos, territorios y elementos, brindando al agua, la capacidad de intervenir en todos los aspectos que la conforman, interpretándola como elemento corporal, territorial y divino, cuya existencia y permanencia permite y engendra la vida.

Las dificultades que se han observado aquí, para aceptar y reconocer la existencia de imaginarios de agua diversos, tienen que ver con la complejidad que implica la construcción de una mirada intercultural de la salud. Si bien las políticas que aquí se han manifestado tienen ciertos aires de interculturalidad, por el progresivo reconocimiento que se ha hecho de la medicina indígena, es importante considerar que tal como lo plantea Albó (2004) no hay interculturalidad en salud hasta que no haya *“relaciones de alteridad (...) entre los que son distintos, con un sentido positivo”* (Ibíd.:65) y, como hemos visto en el presente trabajo, la mirada sobre la diferencia cultural, de parte del discurso médico y de la sociedad mestiza, dista de ser positiva entendiéndose más bien como medio de “ordenamiento de las creencias y la ciencia”, que finalmente, es la que se espera, adquiera un lugar principal en los imaginarios indígenas.

VIII A modo de Corolario: Imaginarios interculturales del agua

En la presente tesis se han intentado recorrer los surcos que cruza el agua en la composición de un vínculo, estrechamente anudado, con la experiencia de la salud y enfermedad. En este camino, a veces sinuoso por la complejidad de desatar lazos tensos llenos de “higiénicas obviedades”, fue necesario reconstruir las líneas imaginarias que hoy vinculan tan estrictamente al líquido como un vector de salud, develando la arbitrariedad del lazo y desnudando las sensibilidades inscritas en prácticas naturalizadas que están lejos de pertenecer exclusivamente al mundo contemporáneo; *“aquí se impone una primera constatación: el cuidado del cuerpo o incluso la actitud preventiva contra el mal no han sido inventados por el mundo actual. (...). Fuerza y voluntad de depuración, dos principios que, desde hace mucho tiempo rigen el cuidado del cuerpo”* (Vigarelli 2006:9).

En esta reconstrucción de las prácticas de salud se integró aquel factor que complica y enriquece nuestra condición mestiza actual, la etnicidad y los conflictos actuales que pueblos indígenas tienen en la defensa de sus fuentes de agua. Al abordar este bajel fue necesario comprender los remansos y canales que constituyen la experiencia de salud y enfermedad de grupos indígenas actuales, intentando descubrir qué hay, tras los pretendidos discursos de interculturalidad, en el padecimiento y el bienestar indio de nuestros días, cómo se forma esa experiencia, qué discursos incluye y cuáles son las prácticas de las que son artífices.

La diversidad y pluralidad demostrada se sostiene intensamente en las redes de relaciones sociales que proveen de salud al cuerpo social, y con ello a los cuerpos, almas y espacios de los teneek de San Isidro, comunidad en estudio. La complejidad de esta noción de salud explica las dificultades de intervención que los discursos biomédicos tienen en los espacios indígenas, obstáculos articulados por la vigente incapacidad de reconocimiento de concepciones y estrategias de salud que funcionan en universos culturales distintos, cuya diferencia amarga los intentos homogeneizantes de una ciencia, que, desde sus inicios requiere de la normalización de los cuerpos que habitan los espacios de trasgresión: indígenas y mujeres, son objetivos favoritos por su evidente “suciedad y contaminación” frente a preceptos aparentemente científicos y ocultamente andro y etnocéntricos.

El trabajo de campo, la negociación biográfica que implica la convivencia, permitió observar el modo en que se construyen las categorías y calidades del agua, las prácticas que llevan asociadas y los imaginarios que promueven. En esta pregunta por la diversidad del agua, brotaron numerosas fuentes, como lluvia, pozos, cuevas, tuberías, asociadas a la percepción de un espacio intensamente integrado a los imaginarios que funcionan en la búsqueda del equilibrio, que significa la salud. En ellos fue posible visibilizar las diferentes percepciones y significados del recurso, además de la vulnerabilidad en que se encuentra, al estar escasamente intervenido por tecnologías que, además de no asegurar el suministro necesario para la vida indígena, desaprovechan las condiciones de abastecimiento locales y vulneran las percepciones particulares del recurso.

Al volver los pasos sobre las líneas imaginarias que forman el vínculo entre el agua y la salud, fue posible reconocer en las prácticas de los hombres y mujeres de San Isidro, la diversidad y pluralidad que promulga la interculturalidad. Fueron ellos y ellas quienes, desprovistos/as de alternativas suficientes para atender sus necesidades médicas, y situados en un contexto de exclusión y fragilidad, crean, a través de sus itinerarios terapéuticos, conceptos de salud que integran y reinventan los discursos y ordenanzas de los “usos correctos” del recurso. En ellos y ellas habitan imaginarios interculturales de agua que no han sido reconocidos por la sociedad mestiza, la que insiste, a través de los mecanismos de la desautorización, en asignar a los cuerpos indígenas, apelativos que los/las acercan a la *impureza* y la *contaminación*, deslegitimando de este modo, y por argumentos “científicos” la voz de grupos que requieren de ser silenciados por transgredir, a través de su diferencia étnica, los discursos dominantes de la gestión del agua, que en los conflictos actuales, promueven una mirada mercantil del recurso.

El silencio de la antropología en estos temas, no hace más que perpetuar el mal que han azotado por décadas los estudios de la salud indígena, reflexionar desde la periferia de la ciencia, sin saltar al atrevimiento de insertarse en territorios por los que la ciencia ya ha corrido la voz. Internarse en ellos, es abrir los círculos que han planteado la salud como el resultado de sistemas, para adentrarse en las narraciones e historias que cada individuo traza respecto a la salud. El agua es un elemento científicamente

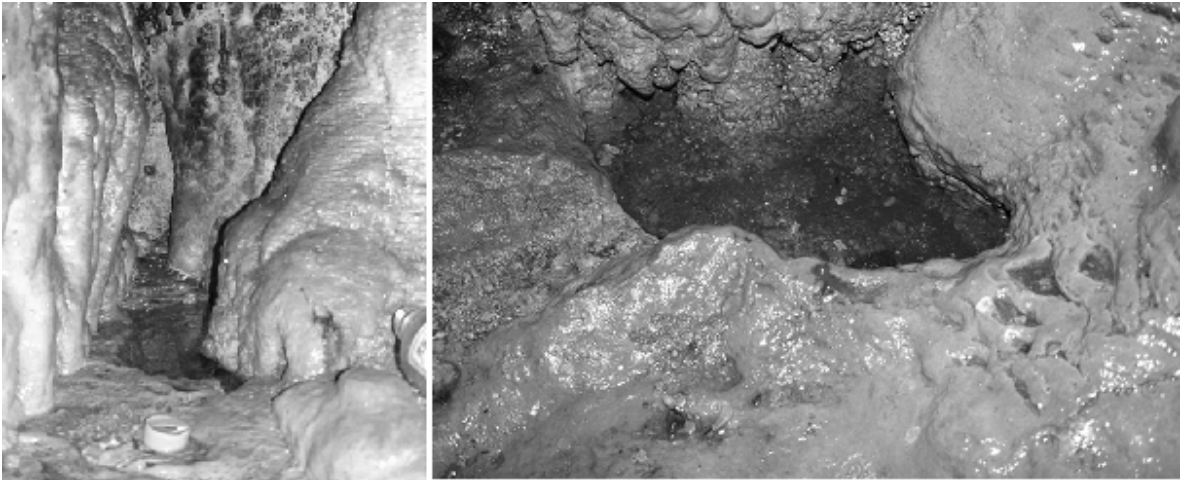
definido y situado en los discursos científicos hegemónicos. Preguntarse sobre las vinculaciones médicas que le dan los/las usuarios/as es escharbar en un territorio consensuado del que pretendí extraer sentidos que habitaban en relatos omitidos de este discurso sobre el agua. Sólo esta perspectiva, que cuestiona lo consensuado y no se limita a los límites, plantea nuevas preguntas como disciplina, descorriendo los *tupidos velos* de lo que se ha fijado como modelos únicos y hegemónicos de comprender la salud.

Finalmente, creo a modo personal, que las reflexiones aquí esbozadas constituyen una invitación a permitir, a reconocer la existencia de imaginarios velados, naturalizados, entumidos en sensibilidades que perpetúan la subordinación de grupos étnicos y mujeres, posando sobre estos cuerpos, premisas de higiene que reclaman a gritos el control y la normalización de seres inquietantes. El agua, con su refrescante y placentera limpieza, su abrumadora diversidad, sus vínculos ocultos con el placer y su inquietante escasez, es un elemento de la naturaleza, que, situada en el contexto de la otredad teneek, (que culmina no siendo tan otredad, cuando los amores se reconocen como medios de conocimiento), *“no sólo sirve para comer sino también para pensar”*.

Pensar y permitir, suspender los sentidos homogéneos y dar cabida a una diversidad de la que acaso, somos sólo frutos.

Imagen 35 y 36





IX BIBLIOGRAFÍA

1. ALBÓ XAVIER
2004. *Interculturalidad y salud*. En Fernández Juárez Gerardo. **Salud e interculturalidad en América Latina, perspectivas antropológicas**. Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador
2. AGAR MICHAEL
1991 *Hacia un lenguaje etnográfico*. En **El surgimiento de la antropología posmoderna**. Carlos Reynoso. Editorial Gedisa Barcelona
3. AGUIRRE BELTRÁN GONZALO
1955. **Programas de atención en situación intercultural** Editorial Fondo de Cultura Económica. México
1986. **Antropología médica sus desarrollos teóricos en México**. Editorial Fondo de Cultura Económica. México
4. ALCINA FRANCH JOSE
1995. *El agua en la Cosmovisión mexicana*. En González Alcantud, José Antonio Y Malpica Cuello, A. (Coords.) **El agua: mitos, ritos y realidades**. Ed. Antropo Disputación de Granada, Barcelona. España
5. ALCORN, JANIS
1984 **Huastec Mayan Ethnobotany**. University of Texas Press, Austin
6. ANZURES M° DEL CARMEN
1988 *La medicina tradicional*. En García Mora C. Villalobos M. **La Antropología en México, panorama histórico N° 4. pp227-261** Instituto Nacional de Historia y Antropología INHA. México
7. ÁVILA, BARTHAS Y CERVANTES
1995. *Los huastecos de San Luis Potosí* en **Etnografías contemporánea de los pueblos indígenas de México Región Oriental**. INI México DF
8. BALCELLS I JUNYENT
1994 **La investigación social**. ESRP-PPU Barcelona
9. BARKIN DAVID
2004. *La Gestión Popular del Agua: Respuestas locales frente a la globalización centralizadora* en **Revista Futuros** No 7. 2004 Vol. II <http://www.revistafuturos.info>
10. BOELEN RUTGERD

2002. **Derechos de agua, gestión indígena y legislación nacional.** La lucha indígena por el agua y las políticas culturales de la participación. Universidad de Wageningen, Países bajos
www.indigenouswater.org

11. BORDIEU PIERRE

2000. **La dominación masculina** Editorial Anagrama. España

1999. **Meditaciones Pascalianas.** Editorial Anagrama. España

12. BROWN PETER

1988. **El cuerpo y la sociedad. Los cristianos y la renuncia sexual.** Muchnik Editores.

Barcelona, España

13. CASTRO ROBERTO

2000. **La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza.**

UNAM, Centro regional de investigaciones Multidisciplinarias, México

14. CDI COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO INDIGENA

2006. Serrano Carreto (Coord) **Regiones indígenas de México.** CDI, PNUD, MÉXICO.

www.cdi.gob.mx

15. CITARELLA LUCA

1995. **Medicinas y culturas en la Araucanía.** Editorial Sudamericana. Santiago de Chile

16. CLIFFORD JAMES

1995. **Dilemas de la cultura.** Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna.

Editorial Gedisa, Barcelona

17. COMELLES, JOSEPH MARÍA Y ANGEL MARTÍNEZ.

1993. **Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina.** Editorial Eudema. Madrid

18. COMINSKY SHEYLA

1983. *El pluralismo médico en mesoamerica* en: Kendall. Hawkins y Bossen (eds). **Heritage of conquest. Thirty years later.** Universidad de Nuevo México.

19. CHARTIER ROGER

2001. **Escribir las prácticas. Foucault, de Certau, Marin.** Editorial Manantial, Buenos Aires. Argentina

20. DE CERTAU MICHEL

1996. **La invención del cotidiano, Artes de Hacer.** Universidad Iberoamericana. México

21. DEVEREUX GEORGE
1996 **De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento.** Editorial Siglo XXI. México
22. DOUGLAS MARY
1978. **Símbolos naturales, exploraciones en cosmología.** Editorial Alianza. Madrid España
1973. **Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.** Editorial Siglo Veintiuno. Madrid, España
23. DUCH LLUÍS
2004. **Estaciones del laberinto: ensayos de antropología,** Editorial Herder, Barcelona, España
24. EHRENREICH BARBARA Y ENGLISH DEIRDRE
1998. **Brujas, comadronas y enfermeras: Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad.** La Sal, Ediciones de les dones. Barcelona, España
25. ELIADE MIRCEA
1996. **Tratado sobre la Historia de las Religiones Ediciones.** Ed. Era, México
26. ESCUELA NORMAL DE LA HUASTECA POTOSINA. TAMAZUNCHALE. SLP
2000. Angélica Hernández Martínez. **Las plantas medicinales y sus usos en San José Xilatzen. Municipio de Tanlajas**
2000. Maria del carmen Martínez Hernández. **Plantas medicinales huastecas y sus usos. Tampemoche, Municipio de Aquismón**
27. ESPINOSA GABRIEL
1996 **El embrujo del lago. El sistema lacustre de la cuenca de México en la cosmovisión mexicana.** Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas. Instituto de Investigaciones Antropológicas
28. FOUCAULT MICHEL
1990 **La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación.** Ediciones de La Piqueta. Madrid
1996 **Genealogía del racismo** Editorial Altamira. Buenos Aires, Argentina
2003. **El nacimiento de la clínica** Siglo XXI Editores, Argentina
29. GALINIER JAQUES
1990 **La mitad del mundo: cuerpo y cosmos en los rituales otomíes.** UNAM, INI, Centro de estudios de México y Centro América. México

30. GALLARDO ARIAS PATRICIA
2000 **Medicina tradicional y brujería entre los teneek y nahuas de la huasteca potosina**, Tesis para obtener el grado de etnohistoria. ENAH.
2004. **Los huastecos de San Luís Potosí**. Pueblos Indígenas del México contemporáneo CDI, PNUD. México
31. GEERTZ CLIFFORD
1989 **El antropólogo como autor**. Ediciones Paidós Barcelona, España.
32. GRAULICH MICHEL
1990. **Mitos y rituales del México antiguo**. Colegio Universitario. Ediciones Istmo Madrid
33. GOOD BYRON
2003. **Medicina, Racionalidad y experiencia**. Una perspectiva Antropológica. Ediciones Bellaterra. España
34. GOMEZ GOMEZ ELSA
2002. *Equidad género y salud: retos para la acción*. En **Revista Panamericana de Salud Publica**, May/June 2002, vol.11, no.5, p.454-461. ISSN 1020-4989.
35. HARO ENCINA JESÚS
2000. *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud en Perdiguero y Comeles* ed. **Medicina y cultura**. Editorial Bellaterra. Barcelona. España
36. INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA INI
1994. Carlos Zolla, Soledad Mata (coord). **Diccionario Enciclopédico de la medicina tradicional mexicana**. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. DF. México
1999. Zolla Carlos (coord.) **El agua en la cosmovisión y terapéutica de los pueblos indígenas de México**. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. DF. México
2000. **Programa de Organización y Capacitación social comunitaria. Curso de aplicación de metodología**. Centro Coordinador Huasteco Nahuatl, Tancanhuitz/Aquismón. México.
37. INSITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
S/R Programa IMSS Solidaridad. **Región II Huasteca. Zona Xilitla**
38. INEGI Instituto Nacional De Estadística Geográfica e Informática
2005. **Conteo de población y vivienda**. En www.inegi.gob.mx
39. LE BRETON, DAVID
1995. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina

40. LEVI STRAUSS CLAUDE
1971 *Introducción a la obra de Marcel Mauss* en **Sociología y Antropología**. Marcel Mauss, Editorial Tecnos. Madrid, España
1987 **Antropología Estructural** Editorial Paidós Barcelona. España
41. LERIN SERGIO
S/R. **Inequidad en salud e interculturalidad**. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS). Mexico d.f
www.inmujeres.gob.mx/dgpe/genero_salud_interculturalidad/res/noticias_inequidad_salud.doc
42. LOPEZ AUSTIN ALFREDO
1980. **Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos mexicanos**. T1 UNAM, México
1990. **Los mitos del Tlacuache. Caminos de la mitología mesoamericana**. Alianza Universidad
43. LOPEZ SANCHEZ OLIVIA
2001. *La mujer india y la mirada médica*. En **Ciencias** 60-61. México
44. LOZOYA XAVIER
2005. *SPA Salute per agua. El temazcalli* en **Revista de Arqueología Mexicana** Vol XII N° 74. México
45. LOZOYA XAVIER Y ZOLLA CARLOS
1983. **La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México**. Editorial Folios, México
46. MANNARELLI MARIA EMMA
1999. **Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos**. Ediciones Flora Tristán. Lima, Perú
47. MARTÍNEZ ANGEL
1996 *Antropología de la salud, una aproximación genealógica* en **Ensayos de Antropología cultural**. Homenaje a Claudio Esteva- Fabrega. Editorial Ariel Antropología, Barcelona. España
48. MALINOWSKI BRONISLAV

1986. **Los argonautas del Pacífico Occidental** un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica. Editorial Península, Barcelona

49. MAUSS, MARCEL

1971. **Introducción a la etnografía** /traducción y notas Fermín del Pino. Madrid Ediciones ISTMO

50. MENÉNDEZ EDUARDO

1984. "*Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud*", en **Cuadernos de la Casa Chata**, N° 86, CIESAS. México

1988 *Antropología médica: Orientaciones, tendencias y omisiones*. En **Cuadernos de la casa Chata** N° 160, 109-142. CIESAS. México

1994 *La enfermedad y la curación, ¿qué es la medicina tradicional?* En **Revista Alteridades** Volumen 4 N° 7 pp 71-83

51. MONTECINO SONIA

1991. **Madres y Huachos, alegorías del mestizaje chileno**. Editorial Cuarto propio-CEDEM. Santiago, Chile

1997. **Palabra dicha. Estudios sobre género, identidades, mestizajes**. Colección de Libros electrónicos, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Chile

2003. **Mitos de Chile, Diccionario de seres, magias y encantos**. Biblioteca del Bicentenario. Editorial Sudamericana. Santiago, Chile

52. MUSSET ALAIN

1992. **El agua en el valle de México. Siglos XVI-XVIII**, Pórtico de la Ciudad de México-CEMCA, México

53. OBACH ALEXANDRA

2003 **Medicinas Alternativas y complementarias en Chile**. Una aproximación antropológica desde una perspectiva de género. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura. Universidad de Chile

54. OCHOA L

1989 **Huastecos y totonacos, una antología histórico cultural**. México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes

55. ONU

2003 **Agua Para Todos, Agua Para La Vida**. Primer informe de de las naciones unidas sobre el desarrollo de los Recursos hídricos en el mundo en www.unesdoc.unesco.org

2006 **El Agua Una Responsabilidad Compartida**. Segundo informe de las naciones unidas sobre el desarrollo de los recursos hídricos en el mundo en www.unesdoc.unesco.org

56. OPS
2005. **Género salud y desarrollo en las Américas**. Indicadores Básicos
57. OTEGUI MERCEDES Y TORRES GILBERTO
S/R **The sacred caves of the wind and fertility, “tam bokom mim”, Huehuetlan, san Luís Potosí, Mexico**
www.iucn.org/themes/wcpa/wpc2003/pdfs/programme/workshops/broader/sacred/huehuetlanmx.pdf
58. ORTIZ DE MONTELLANO BERNARD
2005. *Medicina y salud en Mesoamérica* en **Revista de Arqueología Mexicana** Vol. XIII N° 74. México
59. ORTIZ BUTRON AGUSTÍN
2005. El temazcal arqueológico en **Revista de Arqueología Mexicana** Vol. XIII N° 74. México
60. ORTNER SHERRY
1979. *¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?* En **Antropología y feminismo**. Anagrama Barcelona
61. PEDERSEN DUNCAN
1989. *Curanderos divinidades santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos en América Indígena* Vol. XLIL N° 4 sept - dic. 1989
62. PEÑA FRANCISCO.
2000. *“La construcción social de los usos y calidades del agua”* en **Vetas Revista del Colegio de San Luis, año II, N°5**, mayo – agosto 2000. San Luis Potosí. México
2004a. *“Pueblos indígenas y manejo de recursos hídricos en México”* en **Revista MAD N°11** septiembre 2004. Departamento de Antropología Universidad de Chile.
2004b. **Los pueblos indígenas y el agua: desafíos del siglo XXI**, Coordinador, WALIR-IMTA-SEMARNAT, El Colegio de San Luis, Bogotá
63. Quiroz Daniel
1997. (Editor) **Diario de Viaje/de campo. Historia & escritura, Representaciones y secretos** Fondo Matta. Museo Chileno de Arte precolombino. Santiago, Chile
1996. **Etnographica insulae**
64. RUBIN GAYLE
1985. *“El tráfico de mujeres: notas para una economía política del sexo”* en **Nueva Antropología** Vol. VIII N°30

65. SAHLINS MARSHALL
1997 **Islas de Historia**. *La muerte del capitán Cook. Metáfora antropología e historia*. Editorial Gedisa. Barcelona España
66. SASSOON YOLANDA
1986. *Mito, magia, religión y medicina tradicional* en **México Indígena** N° 20 año IV Enero-Febrero. México
67. SCOTT JOAN
1990. *El género una categoría útil para el análisis histórico* en **Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea**. Valencia Institut d' estudis valencians
68. SECRETARÍA DE ECOLOGÍA Y GESTIÓN AMBIENTAL (SEGA)
1998. **Diagnóstico comunitario para el desarrollo en San Isidro**. Gbno. De San Luis Potosí, México
69. SEN GITA, GEORGE ASHA, ÖSTLIN PIROSKA
2005. **Género y equidad en Salud**. Título original: **Engendering health equality: a review of research and policy**. Harvard center for population and development studies.
70. SINGER MERRIL
1990 *Reinventado la Antropología médica: hacia un realineamiento crítico* en **Social Science and Medicine** Vol 30 N°2 pp 179-187 Pergamon Press USA.
71. TAUSSIG MICHAEL
1995. *La reificación y la conciencia del paciente* en **Un gigante en convulsiones** pp. 110-143. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
72. TYLOR Y BODGAN
1992. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Paidós. Barcelona
73. TUDELA PATRICIO
2002. *Técnicas para recabar información o herramientas de registro*. Apuntes **Curso de Etnografía I**. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias sociales.
74. TURNER BRYAN
1987. **Medical power and Social Knowledge**. Sage Publication. London, England
75. TURNER VICTOR
1999 **La selva de los símbolos** Editorial Siglo XXI. México
76. VIGARELLO GEORGES

1991. **Lo limpio y lo sucio, la higiene del cuerpo desde la Edad Media.** Alianza Editorial. Madrid, España

2006. **Lo sano y lo malsano. *Historia de las prácticas de la salud desde la edad media hasta nuestros días.*** Abada Editores. Madrid, España

77. WEISNER MÓNICA

1998 *La Antropología Médica: Lo Uno-Lo Multiple.* En **Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología**, Tomo I, pp. 71-80

78. ZOLLA CARLOS

2005. La medicina tradicional indígena en el México actual. En **Revista de Arqueología Mexicana** Vol XII N° 74. México

Otras referencias de Internet

Instituto Mexicano del Seguro Social www.imss.gob.mx,

Comisión Nacional para el Desarrollo Indígena www.cdi.gob.mx,

Secretaría de Desarrollo social www.sedesol.gob.mx

Real Academia de la Lengua www.rae.es

X. INDICE DE IMÁGENES

Abreviaturas:

ACSL: Archivo fotográfico programa Agua y Sociedad, Colegio de San Luís

ACSL (f/eh): Archivo fotográfico programa Agua y Sociedad, Colegio de San Luís, Fotógrafa Edna Herrera

APAC: Acervo personal Alejandra Carreño

APPG: Acervo personal Patricia Gallardo

APMH: Acervo personal Marcela Hernández

1. Mujeres Teneek bailando. APAC
2. Curandera de tamaletón. APPG
3. Mujeres teneek en el mercado. ACSL, APAC
4. Mujer teneek en peregrinación. Fototeca Nacho López CDI
5. Sinfonía femenina cerrando el ritual. Tancanhuitz de Santos, San Luís Potosí
6. Arco de entrada a San Isidro durante Xantoro. APAC.
7. Lluvia en Pequetzen Tancanhuitz de Santos, San Luís Potosí ACSL (f/EH)
8. Escalera de San isidro APAC
9. Niños(as) en formación antes de comer. Albergue de niños indígenas de San Isidro. APAC de
10. Vistas de San isidro. APAC, ACSL (f/EH) antecedentes de la comunidad
11. Sótano de las huahuas, sótano de las golondrinas. Hombres de la comunidad y mujeres danzando. APAC, ACSL (f/EH)
12. Pozo de la comunidad APAC
13. Pozo con cruces, de la cueva de San Juanita, Tampaxal APAC
14. Gregorio y su familia. APAC
15. Lluvia en el albergue de San Isidro. ACSL (f/EH)
16. Pilas de acopio de agua para repartir a los barrios, barrio de la Mesa y Peña del Tancojob. APAC, ACSL (f/EH)
17. Niños y niñas de la comunidad buscando y bebiendo agua de las pilas del albergue y de la cooperativa de café. APAC
18. Lavado de ropa y baños en el nacimiento de Huichihuayán. APAC, ACSL (f/EH)
19. Tareas de traslado de agua, leña, y acopio de agua en cubetas APAC, ACSL (f/EH)
20. Mujeres a la salida de la clínica de Tampaxal y de la clínica de Aquismón. APAC, ACSL (f/EH)
21. Altar de Antonio APAC, ACSL (f/EH)
22. Médicos tradicionales a la salida de un encuentro intercultural, consulta de la Organización Canhuitz de Tancanhuitz de Santos. ACSL (f/EH)
23. Epimenia cocinando y buscando hierbas en el cerro. APAC
24. Guadalupe y su casa de parto. APAC
25. Camino a las cuevas de Huichihuayan, purificación con del camino con copal, del cuerpo con agua, ofrecimiento de velas APAC

26. Cueva del viento (arriba) y de san José (abajo). APAC
27. Curación de Sabina al interior de la cueva. APAC
28. Hombres de san isidro APAC, ACSL (f/EH)
29. Tareas masculinas: cultivo del café, control del agua, danzantes y músicos APAC, ACSL (f/EH)
30. Mujeres de San isidro APAC, ACSL (f/EH)
31. Agustina, Adriana y su bebé, vecinas asistiendo a plaza pública APAC, ACSL (f/EH)
32. Cuidado de los niños y el transporte de hojas de papatla APAC, ACSL (f/EH)
33. Niños bañándose en un arroyo producido por las lluvias. APAC, ACSL (f/EH)
34. Curación de jerónima APAC
35. Agua al interior de la cueva. APAC
36. Ventas y Arcos de Xantoro. APAC, ACSL (f/EH)

ANEXOS

1. Pautas de Entrevistas

I. Concepto salud/enfermedad en los sistemas médicos vigentes

1. Recursos humanos:

- Cuidados profanos: quienes otorgan, ejecutan, enseñan y promueven los cuidados domésticos, el rol de las madres, escuela, casa de salud, asistente rural
- Medicina doméstica: el rol terapéutico de la mujer, cómo aprenden, qué conocimientos tienen, cómo cuidan a los niños, cómo se cuidan a sí mismas, con qué recursos, de dónde los obtienen, como detectan y califican las enfermedades, cuando recurren a los especialistas y cómo los eligen
- La figura del curandero: cómo se forma, cuáles son sus especialidades, qué enfermedades cura, cómo las cura. Relación médico-paciente, cómo forman su clientela, a quienes atienden (mestizo- indígena) y cómo es la transacción, autoapreciación y calificativo de los otros medios tradicionales.
- Agentes biomédicos: quienes son, donde se formaron, por qué llegan a atender a la comunidad, con qué regularidad, que accesibilidad tiene a las comunidades, cuáles son las afecciones más comunes que atiende, cómo las atiende, donde encuentra los recursos, cuáles son los circuitos que establece. Relación médico paciente, opinión que tiene de sus pacientes, cómo forma su clientela, quienes le consultan, relación que establece con ellos/as.

2. Procedimiento y métodos de diagnóstico

- Cuidados profanos: cómo se cuidan y previenen las enfermedades, costumbres cotidianas de aseo, baño, aplicación de ungüentos, uso de hierbas en agua de uso, ingestión de alimentos, horas de sueño, horas de trabajo, descanso, esfuerzo físico, frío, calor, hambre.
- Medicina doméstica: métodos de diagnóstico de la enfermedad, observación del cuerpo, identificación de síntomas, interpretación del dolor, hinchazón, enrojecimiento, falta de funcionamiento del cuerpo, establecimiento de etiologías, relaciones causa-efecto, percepción e interpretación del cuerpo.
- Medicina tradicional: métodos de diagnóstico de la enfermedad, observación del cuerpo, identificación de síntomas, interpretación del dolor, hinchazón, enrojecimiento, falta de funcionamiento del cuerpo, establecimiento de etiologías, relaciones causa-efecto, percepción e interpretación del cuerpo. Medios de diagnóstico, observación, pulso, palpación, interpretación de sueños, intuiciones, prendas de vestir, espejito, uso de agua bendita. Presencia del agua en los métodos de diagnóstico
- Biomedicina: métodos de diagnóstico, duración de la consulta, preguntas de rigor, en qué se pone atención para hacer el diagnóstico. Acceso a recursos de diagnóstico como exámenes, radiografías etc. observación del cuerpo, pulsaciones, palpaciones, interpretación del dolor, hinchazón, enrojecimiento, etc.

3. Causa de demanda de atención

- Medicina doméstica: cuándo y porqué se recurre a la medicina doméstica. Etiología de las enfermedades de filiación cultural (mal de ojo, espanto, brujería, mal de pinto, mal de aire, dolor de corazón) enfermedades femeninas, masculinas, infantiles. Asociaciones en la etiología: frío-calor, esfuerzo, descanso, castigo, incertidumbre.
- Medicina tradicional: etiología de las enfermedades de filiación cultural enfermedades materno-infantiles: mollera hundida, llanto de niño y levantamiento de

la sombra, enfermedades ginecobstétricas: atención del parto, caída de matriz, embarazo, hemorragia después del parto, inflamación después del parto, enderezar al niño atravesado y sangrado vaginal, enfermedades musculoesqueléticas: torceduras, quebraduras y reumas, enfermedades a la piel: granos, barros sarna y comezón, enfermedades asociadas al dolor: dolor de estómago, muelas, brazo, espalda, cintura, etc.

- Biomedicina: etiología de las enfermedades reconocidas por la biomedicina, condiciones de vida, recursos materiales, costumbres, salubridad, epidemiología de la comunidad.

4. Recursos terapéuticos materiales y simbólicos

- Cuidados profanos: Ubicación y uso de los recursos para la prevención y cuidado profano de la salud.
- Medicina doméstica: Ubicación y uso de los recursos terapéuticos, materiales y simbólicos, tenencia y acceso a hierbas medicinales, fuentes de agua curadora, altares y oraciones para procurar salud, uso de jabones, aguas limpiadoras, estampas y otros objetos mágicos. Uso de fármacos.
- Medicina tradicional: Prácticas terapéuticas, limpias y barridas como medio de prevención y sanación de la enfermedad, uso de hierbas medicinales, masajes, oraciones, uso y ubicación de los recursos materiales y simbólicos, presencia de objetos mágicos simbólicos. Registro de los materiales de sanación y el procedimiento de cura
- Biomedicina: prácticas terapéuticas, uso y acceso a fármacos, prácticas preventivas (pláticas), cumplimiento y efectividad de las terapias.

5. Relación con otros modelos médicos del sistema de salud

Establecimiento de relaciones de poder entre los sistemas médicos, relaciones entre cuidados profanos, medicina doméstica, medicina tradicional y biomedicina, autoapreciación, apreciación de los demás agentes de salud del mismo sistema y de los otros sistemas médicos, percepción de la comunidad y diferenciación étnica entre población indígena y mestiza. Composición de los itinerarios terapéuticos desde los usuarios

II. Usos del agua: diferencia género y etnia

1. Ubicación de las fuentes de agua

- Fuentes de abastecimiento de agua actuales
- Historia de abastecimiento de agua: entubación del agua, uso de pipetas, cómo era antes el abastecimiento, fuentes de agua identificadas
- Identificación de tiempos de sequía y tiempos de abundancia, la distribución de las lluvias, la aparición de arroyos, apertura de pozos. Asociación de la presencia y ausencia de agua con eventos naturales y calendario de la comunidad. Celebración de ceremonias de petición de lluvia.
- Identificación de estrategias para el abastecimiento de agua : guarda de agua en barriles, aprovechamiento del agua lluvia, circuitos de recolección y traslado de agua
- Distribución de las fuentes de agua: composición de mapas con identificación de las fuentes de agua, ríos, manantiales, fuentes, lluvias, neblina, cuevas, agua subterránea
- Identificación de las aguas de primer orden y segundo orden según la territorialidad (fuentes de agua de amplios territorios y otros de dominio exclusivo de la comunidad)

2. Lugar del agua en la práctica cotidiana

- Identificación y registro de los usos cotidianos del agua. Cuadernos del agua en la comunidad

- baño, limpieza e higiene del cuerpo, consumo en estado puro, preparación de alimentos y bebidas, limpieza del espacio cotidiano, la vivienda, cocina, baño, suelo, lugares de trabajo, lavado de ropa y trastes.
 - Uso del agua en las estrategias de supervivencia, producción agrícola, cuidado de animales.
 - Uso del agua en cuidado de la salud: preparación de recetas, masajes, sobadas, fuentes curativas, baños curativos. Presencia del agua en la prevención, diagnóstico y curación de las enfermedades.
3. El agua en la práctica sagrada
- Establecimiento de una geografía sagrada de los lugares con agua: identificación de lugares sagrados
 - Asociación de los lugares sagrados con prácticas terapéuticas, prevención, diagnóstico y curación de las enfermedades/ mantención y promoción de la salud
 - Identificación de diferencias étnicas, de género y de sistemas médicos implicados en el uso de los lugares sagrados
- III. Significados del agua: género y etnia
1. Establecer los itinerarios terapéuticos
 2. Comprender el significado del agua en la:
 - Prevención
 - Causa de demanda de atención
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 3. Comprender el significado del agua en los sistemas médicos
 - Cuidados profanos/Medicina doméstica/Medicina tradicional/Biomedicina

2. EJEMPLOS PAUTAS DE ANÁLISIS.

I. Agente local de salud biomedicina

1. Eusebio Martínez:

Género: Masculino

Edad: 40 años

Lugar de Residencia: San Isidro Tampaxal

Origen étnico: Teneek

1.1 organización salud comunitaria

- Tres personas las que tienen función de salud, comité y asistente de salud.
- Función
 - Traslado de pacientes
 - Clases de enfermedades, tos, calentura por la lluvia y el frío de la noche.
 - Recibimos capacitaciones cada dos meses sobre cómo prevenir la enfermedad.
 - P.E. dengue, se descacharriza en la carretera y también para el camión de la basura.
 - No tener botes con agua en casa, limpiarla, clorarla, hervir para tomar agua y lavar.
 - Llega una persona enferma, se chequea se ve la temperatura, se le da una medicina y si no se le quita se manda a la clínica.

1.2 Medicina Tradicional.

- Hierbas
 - La gente está acostumbrada con la medicina de la clínica.
 - No más los abuelitos creen en la hierba.
- Valorar las hierbas
 - Ley que dice que nosotros como indígenas tenemos que valorar la hierba, nos pidieron si se cura con hierba, pues con hierba, si con medicina campestre pues con eso.
 - La gente ya se acostumbra a la pastilla.
- Porque desaparece.
 - Hace 20, 25 años que empecé la clínica, hubo una ley de que la gente ya no tiene que curarse con hierba, si se moría por falta de atención era una responsabilidad de la familia.
 - Hay algunos que se dedican a ser curanderos, manejan la hierba pero la gente les tiene menos confianza.

1.3 rol de la clínica.

- Oportunidades.
 - La clínica es una prevención nada más, orientan a la gente.
 - El gobierno dio un programa PROGRESA, programa de salud, alimentación, educación.
 - Que hay que hacer para no enfermarse, informar de cómo cuidar a la familia.
- Comunicación/mujeres
 - Vocales de salud, promotoras de salud.
 - Vocal para desnutrición.
 - Las mujeres tienen otras enfermedades.

- Recepción de la gente.
 - No hacen caso pq dicen q es siempre lo mismo.
 - Es un programa q el gbo pide, hay que firmar actas de asistencia y si no asisten no se da el dinero.
 - Van por el dinero, no van por la platica.

- 1.4. Convencer del agua.
 - No van por la salud, lo hacen por el programa.
 - Hay que informar a Xilitla , cuántos hay que coprar, que cloran el h2o, eso lo ven los promotores, casa por casa, c/ promotor tiene a su cargo entre 10/8familias y debe orientar.
 - El problema es que no sabemos hablar, escribir, leer, batallamos mucho para sacar la información.

- Dengue
 - Dan charlas del dengue.
- Tiempo de agua
 - Vienen a combatirlo, a limpiar casas no tener agua estancada, recipientes, etc.
 - No hay casos, todavía, viene ahora en tiempo de agua.
- 1.5 Doctor.
 - Atiende a mucha gente.
 - Llegamos y no hay turnos.
 - Batallamos mucho pero no alcanza para todos.
- Enfermedades
 - La gente ya está bien familiarizada con la medicina.
 - Conocer las enfermedades de la medicina, mayor de 45, diabetes, presión
 - Mas comunes, tos diarrea.
- Administración remedios, calenturas.
 - Gente adulta acetil compuesto. jarabe ampicilina.
 - Yo se Iso administro para que no les pegue tan fuerte la vitamina.
 - Tienen desde niños de 2 años hasta ancianitos, año y medio van con el doctor porque no se sabe que siente.
- Vacunas.
 - La gente ya se acostumbro.
 - Cuando empezó la clínica ahí si se batallo mucho porque la gente no aceptaba.
 - Ahora acepta la mayor parte.
 - Es una obligación así trabajamos en el comité.
- Participación promoción en salud.
 - Es un conjunto, el gobierno, la comunidad, comité, la clínica, participan
 - Somos un grupo.

- 1.6 Rol Asistente médico rural.
 - Disponibilidad voluntario
 - A ratos, a veces me encuentran, a veces no, voy a trabajar en lugares no muy lejos
 - Trabajo voluntario, no pagado.
 - Informar lo que se hace/mucho trabajo.
 - Duración trabajo.
 - Tres años aquí, nada más.
 - Antes era Catalino, hermano, por 8/9 años, antes era menos el trabajo porqu no se checaba a la gente, nada más era información.
 - Ahora es mucho trabajo, checar a la gente, ver que clase de enfermedad puede tener, pesar, medir.
 - Una vez al mes se programa para la gente.
 - La gente.

- Si porque voy aprendiendo mucho de lo que es salud.
- Yo en mí vida me puedo prevenir mis enfermedades, si la gente no quiere pues ya perdió y yo me cuido a mí y a mí familia.

1.7 vocales

- Domingo vocal de control y vigilancia
- 92 beneficiados=92 familias, con el programa de oportuidades.
- Formato para rellenar, peso, talla, presión, temperatura, revisar la visión con una tablita y lo pedimos en

2. Historia de salud Usuario y usuaria

2. Agustín y Silveria: Usuario/ a

Género: Masculino/femenino

Edad: F48/M52 años

Lugar de Residencia: San Isidro Tampaxal

Origen étnico: Teneek

2.1 Parto

- Atención
 - Sola en casa
 - Mi esposo no estaba, andaba trabajando
 - aquí aguanté, bien solita
 - no se tardó, empezó como a las dos de la mañana y a las seis de la mañana ya, ya había nacido
- Clínica
 - No fui a la clínica, como es de noche y es rápido
 - El control si
- Partera
 - Si había pero como todavía los hijos no estaban grandes y el no estaba
 - No más el último mandé a llamar partera, con el hijo más grande
- Hijos
 - Cinco hombres y una mujer
 - Los hombres se tardan más
- Trabajo
 - Igual, andaba, lavaba
 - Tenía que ir agarrar el agua lejos, como no hay agua aquí cerquita, hasta el sótano
 - Lavé todo el día y en la noche comenzó el dolor
- Dolor
 - Así no más, no era mucho
- Baño pos parto
 - Se baña la mujer pero espera un día
 - El bebe si se baña con agua caliente a penas nace
 - Algunos dicen que no está bueno bañarlos porque después lo que siembran no crece, pero no es verdad

2.2 Familia/Historia de Salud

- Padres/madre
 - Mi madre murió cuando yo nací
 - No tengo mamá
 - Nací en el camino, el doctor no llegó
 - Mi papá me cuidó con una madrastra que yo le decía mamá
- Infancia
 - Mi papá se vino de ese lado de san Antonio por la revolución
 - Se escondió aquí

- Sembró caña, maíz, trabajaba con otras personas
- Les daba trabajo a 100 personas
- Había que cocinarles a ellos
- Cuando empecé a moler ya le ayudaba, a moler el nixtamal
- A los 8 años ya hacía el nixtamal, la faena, barrer, llevar la comida
- Enfermedades Infancia
 - Iba a la escuela pero me enfermé y ya no fui más
- Espanto
 - Me espantó una vaca
 - Me correteó el animal cuando era chiquita
 - * Causa: el espanto de la vaca camino a la escuela
 - * Síntomas: ya no quiero comer, no quiero ir a la escuela, mi mano se hinchó, no pude sacarme el espanto
 - * Tratamiento: un año en cama, mi madrastra me untaba hierbas
 - * Consecuencias: ya no fui más a la escuela, me dediqué a cuidar a mi papá
- Enfermedad paterna
 - Se enfermaron todos porque trabajaban mucho
 - Les hacía atole, tortillas todo
 - Compraba las medicinas en Tampaxal

2.3 Enfermedades de filiación Cultural/enfermedad en el presente

- Calentura
 - No se bañan, es más peor bañarse
 - Se da hierba para tomar y también para bañar de a poquito
 - Se juntan cinco hierbas, se baña el cuerpo y la cabeza
 - Alcajuda
- Baños
 - Con agua fría
 - O se calienta el agua para despintar la hoja y luego se baña
 - Cuando uno está asustado, ahí se puede salir
- Espanto
 - No te da hambre, da sueño, si te tocan el antebrazo no brinca porque está espantado, si brinca es porque la enfermedad a penas está agarrando, si ya no brinca está grave
 - Por ahí entra la enfermedad
- Itinerario terapéutico
 - Me agarra de noche un frío, calentura en todo el cuerpo
 - Fui a la clínica me dio pastilla
 - Me sigue doliendo la cabeza
 - Me pongo triste, borracha de la cabeza
 - Pierde la fuerza
 - Ahora quiero ir a curandero, pero no tengo dinero para ir
- Síntomas
 - No quise comer, ni hice tortillas, nada, no fui a la charla de Oportunidades
 - Estoy como del corazón, no ando bien, tengo que ir donde curandero para saber qué es

2.4 Curanderos

- Criterios de elección
 - Yo voy a uno bien cerquita, que no cobre mucho, porque sino también hay que pagar el pasaje
 - Se lleva una vela y algo para darle, una cooperación
- Experiencias anteriores
 - Hace tres años toda la familia estuvo mala
 - Fuimos a un curandero de Tancahuitz

- Síntomas: duerme el brazo, la mano y después los pies, no puede trabajar, después se enferma el hijo de lo mismo, a Silveria pega el frío, no podía comer, le daba asco la comida, no podía tragarla, se puso flaca
- Tratamiento: hierbas, barridas, visita a las cuevas de Huichihuayán, hay que llevar vela, una limosnita
- Método de acceso y diagnóstico del curandero
 - Lo conocía hace 10 años, la primera vez que empezó la enfermedad
 - Tiene un aparato para ver qué enfermedad tiene
 - Con la imagen de la virgen, la vela, platican para saber qué enfermedad tiene
- Diagnóstico
 - Hay gente que nos tiene envidia, por el trabajo
 - Otra gente no anda a gusto porque quiere tener este trabajo
 - Pero no llega la capacidad entonces ahí es donde viene la envidia
- Envidia
 - Ponen tu nombre en el panteón, en el cementerio
 - Hay muchas formas, que lo llamen por el nombre, son gentes malas para nosotros
 - Si uno no se cuida y si no se cura, pues muere también
 - Yo siempre ando trabajando, no ando robando no haciendo mal, trabajo para mi familia, pero ellos no pueden y entonces hacen esas cosas
- Espanto
 - Mi hijo también se enfermó porque se cayó en el pozo
 - Yo lo agarré sino se hubiera ahogado en el pozo
 - Anda trabajando en las tardes, viene con sed y se cayó al pozo
- Interpretación envidia
 - Es la envidia también, empiezan a pasar cosas malas
 - “uno cuando trabaja no quiere sufrir, aunque sufrimos para trabajar pero no hacemos la maldad, así hay frijol, hay tortilla, hay todo... este por eso la gente no le gusta que uno trabaja”
 - Hasta me picó una viborita por envidia, la maté pero fue por eso mismo, por envidia sí
- Brujería
 - Tienen sus oraciones malos, buscan en las cuevas, en los panteones, cuando una persona muere, le meten en el novenario el nombre del que quieren dañar, muchas cosas, no sé bien qué hacen pero hacen muchas cosas
 - Hay unos que les pagan por hacer y otros que saben, van por ahí en las cuevas grandes y ponen su nombre
 - En Huichi hay muchos nombres, yo no encontré el mío, pero encontré el de una señora que luego se murió porque no lo había borrado
 - No sabemos de qué se murió, de repente pegó calentura, algo y ya luego se murió
 - Hay gente en el barrio que sabe hacer mal
- Prevención de la brujería
 - Necesita ir con curandero, porque cuando uno anda bien, no se acuerda de hacer las cosas, pero **hay que hacerlo**. Hay una hierba que se pone en las muñecas y el pecho todas las mañanas, hay que persignarse antes de trabajar. Para que por donde ande, ande protegido
 - Cuando ande por aquí, o por el camino, ya no va a pasar nada si uno se protege

2.5 Trabajo

- Café
 - Hace poco llenamos de café esta pieza, ahora no porque no hay tanto, pero siempre que se puede se hace
 - Lo primero es organizar cuándo se va a trabajar, cuando se va a hacer la milpa, en Marzo, sale, en Abril ya no sale, para que no se lo coman los

animales, andan muchos animales en el monte. Tenemos que saber cuándo es mejor

- Ahora este año vino un tiempo muy bueno, hay de todo, elotes, mucho maíz
- Si se hace milpa no se puede hacer café, es uno u otro, luego hay que limpiar la finca, levantar el café

2.6 Doctor

- Clínica Tampaxal
 - Si fui, solamente me dieron pastilla pero nada más
 - Me quitó la calentura pero también sacaron sangre
 - No hace provecho
 - Ahora prefiero curandero, porque la clínica no me hizo nada

2.7 Cuidado infantil

- Prácticas
 - Se cargan en rebozo, se bañan, se les da la comida
 - Se cargan todo el tiempo, mientras las mujeres trabajan, muelen el nixtamal, lavan la ropa, van a bañar, siempre
 - Algunos no quieren acostarse, lloran y por eso siempre van en el rebozo
 - Se acostumbra una a cargarlos en el lomo, no duele
- Vacunas
 - Vienen aquí a ponerles vacunas, contra el sarampión, esas enfermedades se ven con el doctor
 - Nosotros no batallamos mucho con los niños
 - Antes los niños se morían mucho, mucho

2.8 Cuidados profanos

- Baños
 - Con agua fría, si hace mucho frío, se calienta
 - Pero no se lava la cabeza con agua caliente, tiene que ser fría
 - Se bañan sin hierba los niños chiquitos, se les ayuda chiquitos, ya grandes no
 - Con cubeta

2.9 Agua

- Cuevas del Ejido
 - Hay mucho agua en la arena (Sn. Fco.), te bajas y hay agua en un hoyo
 - Hay que bajar solito, colgar un palo para bajar, está todo oscuro
 - En San Miguel creo que tenía 131 mts. ya cuesta más, hay gente que ha hecho escaleras para bajar y van las muchachas con yogas de 20,40 lts. A sacar el agua
 - Siempre son las muchachas, las mujeres las que más van
- San Juanita
 - Hace 20 años hubo una sequía grande que hubo que bajar a San Juanita a buscar el agua
 - Como no había llovido, hubo que entrar bien al fondo 40, 50 mts. Más allá acostados, sólo con cubetas
 - Cuando estábamos dentro comenzó a rugir el arroyo y viento, tuvimos que salir corriendo, cargamos el agua pero luego comenzó la lluvia
 - Fue como milagro
- Pozo san Francisco
 - Ahí en el barrio de la cruz hay un **pozo milagroso** porque nunca se le acaba el agua
- Abastecimiento doméstico
 - La guardamos en pilas ahora que llueve, también vamos al pozo
- Pozo de la comunidad
 - Ahora al pozo de la primaria se le acaba el agua porque lo taparon
 - Antes estaba con puro lodo, sin piedras, pero se le fue cayendo el lodo y ya estaba tapado de arena el fondo

- Se pidió presupuesto municipal y lo taparon, pero como le pusieron techo ya no sale el agua y hay que llenarlo con la tubería
- Ahora es un depósito nada más, se acaba cuando hay una seca
- Pureza
 - Esa no está limpia (tubería-pozo), se usa para dar a los animales
 - Antes tomábamos así no más y no nos hacía mal, hasta señores que vivieron muchos años
 - Ahora dicen que se enferman por el agua, pero no sé
 - Cuando puedo la hiervo, cuando no se toma así no más
 - Las promotoras la cloran, le echan pastilla

3. Agente Médico Tradicional

Guadalupe

Género: femenino

Origen étnico: teneek

Comunidad de residencia: Tzacanam

Rol como agente de salud: partera

Ejerce actualmente: si

Registrado o con otro reconocimiento: Registrada IMSS, Canhuitz

3. 1 Rol como partera registrada

- Formación/Aprendizaje
 - Yo aprendí porque antes no había partera ni curandera ni nadie
 - Y yo sabía de las hierbas, había aprendido, entonces le daba a la gente, tomaba ésta, y así empecé a aprender y a atender
 - También otra partera me enseñó a mi, los MdT estamos siempre aprendiendo de las hierbas, en los sueños, en los encuentros
- Reuniones de médicos
 - Yo estuve en México, en Tamazunchale, también Valles, van los médicos, nos platican de las hierbas, las curaciones
 - Los doctores también van se hacen las pláticas
- Desventajas asociadas
 - El problema es que aquí todos me conocen y por la casa me tienen envidia, vienen de todas partes a pedirme consejo, de tzacanam, tamaletón, Guadalupe, Pequetzen, aguacate y me tiran la palabra caliente y me enfermo
- Pacientes
 - Yo atiende a todos, ushum lab, nahuas, teneek, vienen todos, todos es igual
- Interpretación de la enfermedad
 - La enfermedad viene por el viento, cuando hay viento hay mucha enfermedad
 - La gente tiene humo en la boca, del calor de dentro y por eso la palabra es caliente
 - Si habla mal, pues enferma, si no habla nada, no hay enfermedad
 - Si tiene un problema tiene que conversar, tiene que soltar la boca, contar, sino se llena de coraje y también se enferma
 - Mucho coraje se enferma pero también si es mucho contento también se enferma

3.2 Historia de salud

- Enfermedades
 - Yo fui a un encuentro y una señora que no me quería me hizo mal
 - Me dolía la rodilla y no podía caminar, no podía cargar, no me podía subir al camión
 - Fui con doctor, con curandero y nada, me dijeron que era algo que me habían mandado y yo creo que fue esa señora que no me quería

- Luego se me pasó con hierba, con aguardiente, con agua, corazón de pollo para hacer el bolim
- Tratamiento
 - el corazón de pollo se lleva a la curación se pone en el suelo, se saluda al norte, al este, para que cure, ahí en el norte está el papá, después este que está el sol, después poniente y sur, entonces ese bolim lo comes con el compañero que te cura, también se limpia con huevos, vela, agua, también se ve en el espejito
- Viento
 - el viento da cuando uno se siente mal, se enferma, cuando vuelan las gallinas

3.3 Parto

- Hierbas
 - Tiene un huerto con muchas hierbas para el parto, para apurar, para sobar, para el alumbramiento
 - Yo no voy a las casas porque ahí no tengo de donde agarrar la hierba, yo aquí tengo todas, no compro ninguna
 - No se necesita coser el agua con la hierba, porque el agua está buena, viene del norte, por eso también se saluda al norte
- Atención del parto
 - En el petate, sentadas, en cuclillas, como quieran
 - Cuando sale la cabecita yo le agarro, le sobo para que se de vuelta, le veo cómo viene, dónde están sus patitas, sus brazos y que no se le envuelva el ombligo
 - Lo agarro del cuello y lo tiro suavemente
 - Cuando lo veo que está abajo digo que puje, sale lo agarro y se lo doy a la mamá
 - Cuando deja de brincar el ombligo se lo corto
 - Luego toma la hierba para el alumbramiento, si no sale la placenta le aprieto (la parte superior del abdomen) y ya luego sale
 - Se lo pone en la pancita de la mamá y ya no llora el niño
 - Se le corta el cordón con 5 cms.
- Fracasos
 - Son muy pocos que ha habido problemas
 - Es porque el niño viene sufriendo de antes, o la mamá no se controló bien
- Casa de parto
 - Siempre vienen con alguien el marido, la mamá, quien sea
 - Utilización de instrumental médico, tijeras, gasa, algodón, esterilización de los instrumentos (capacitación del IMSS)
 - Entierra la placenta lejos para que los perros no se la coman
 - No le gustaba ir por los caminos atendiendo porque la llamaban de noche, mejor construir la consulta donde han nacido cientos de niños
- Baño post-parto
 - No luego, se deja horas después de que nació, la mamá también, antes de nacer si se puede bañar pero con toallas se va mojando, y después se limpia
 - No está bueno porque viene el aire, se enfrían
- Atención de complicaciones
 - Cuando vienen dados vueltas los toco por dentro a ver donde está la cabecita, luego con fuerza se voltean, los sobo
 - Le hablo también al niño, porque oye, le digo que no se enoje porque lo estoy volteando, que no haga sufrir a su mamá
- Atención del dolor
 - No tiene miedo, sino cómo
 - Si duele se sienta, camina, habla, va a ser rápido

3.4 Agua

- Agua para curar
 - Traigo agua de las cuevas (de Huichihuayan) para curar, el agua es medicina

- Llevo botellas desde el fondo de la cueva
- Esa agua se bebe, se baña, se hace sobada todo
- Tiene que estar limpia para que cure, hay que ir a buscarla hasta allá lejos, ahí (en el nacimiento de Huichi) se limpian los caballos, se ensucia
- Abastecimiento doméstico/limpieza
 - Me baño con la cubeta, hay una que viene de la tubería y del pozo, la del pozo está mejor, la otra la gente se baña en el río, ya no está limpio.
 - La de la lluvia también es buena, pura
- Escasez
 - Cuando falta hay que ir al pozo, ir a buscar al mam a la cueva, para que traiga la agüita.