

Coca-Cola

destapa la felicidad®

Comparte
una *Coca-Cola* con



HAZ DEPORTE. HAZ DEPORTE es una iniciativa de la Organización de las Naciones Unidas y la Coca-Cola Company para promover un estilo de vida saludable en The Coca-Cola Company.

pol 006-00015

VIVIR SUFRIENDO DE AZÚCAR

Representaciones sociales sobre
la diabetes mellitus en tres localidades
de los Altos de Chiapas

Jaime Tomás Page Pliego
Enrique Eroza Solana
Cecilia Guadalupe Acero Vidal

VIVIR SUFRIENDO DE AZÚCAR

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE
LA DIABETES MELLITUS EN TRES LOCALIDADES
DE LOS ALTOS DE CHIAPAS

Nombres: Page Pliego, Jaime Tomás, autor. | Eroza Solana, Enrique, autor. | Acero Vidal, Cecilia Guadalupe, autora.

Título: Vivir sufriendo de azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas / Jaime Tomás Page Pliego, Enrique Eroza Solana, Cecilia Guadalupe Acero Vidal.

Descripción: San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur, 2018

Identificadores: LIBRUNAM 2003658 | ISBN 978-607-30-0812-9

Temas: Diabetes — Aspectos sociales — Los Altos de Chiapas.

Clasificación: LCC RA645.D5.P34 2018 | DDC 362.1964620097275-dc23

D. R. © 2018, de la primera edición en español, Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, Del. Coyoacán, Ciudad de México, Coordinación de Humanidades,
Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur
Calle María Adelina Flores, núm. 34-A, Barrio de Guadalupe, 29230,
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Tel.: (967) 678 2997
www.cimsur.unam.mx

ISBN 978-607-30-0812-9

Esta obra fue dictaminada positivamente a solicitud del Comité Editorial del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. Queda prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en México / *Printed in México*

VIVIR SUFRIENDO DE AZÚCAR

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE
LA DIABETES MELLITUS EN TRES LOCALIDADES
DE LOS ALTOS DE CHIAPAS

JAIME TOMÁS PAGE PLIEGO
ENRIQUE EROZA SOLANA
CECILIA GUADALUPE ACERO VIDAL



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas
Centro de Investigaciones Multidisciplinarias
sobre Chiapas y la Frontera Sur
Universidad Nacional Autónoma de México
México, 2018

Agradecimientos

La magnitud de este trabajo ha implicado el apoyo de personas provenientes de diferentes ámbitos. Antes que nada, queremos agradecer a las personas de Tenejapa, Chamula y San Cristóbal de Las Casas que sufren de diabetes y sus familiares que nos dieron acceso a su intimidad, abriéndonos amablemente las puertas de sus hogares y sus corazones para narrarnos los pormenores de sus trayectorias, sus sentimientos y pensamientos, así como por permitirnos acompañarlos a lo largo de su padecer, brindándonos con ello los insumos fundamentales para este trabajo. Asimismo, agradecemos al Fondo SEP-Conacyt el financiamiento a través del convenio CB-2008-010000000099859 para realizar la investigación fuente de este libro; del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur de la UNAM: del área editorial a Gustavo Peñalosa Castro y Crystel Sofía Díaz Díaz, por su empeño y extraordinario esfuerzo para sacar adelante una obra complicada; al personal de apoyo de la biblioteca, María Eidi Córdova, Antonio Gómez y Emma Vázquez; de Tecnologías de la Información, a Cándido Pérez y Elías Ruiz Gómez, que en todo momento y sin restricciones apoyaron las necesidades que les expresamos; a Lourdes Angulo y Patricia Lobeira por el apoyo secretarial y de gestión. Finalmente, a mi amigo Shelbi Joseph, el apoyo en todos los órdenes, predominantemente el desenredo en varias ocasiones de los vericuetos del ordenador, y a mi esposa e hijos por el apoyo y paciencia ante las ausencias y cambios de humor.

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 13 |
| 1. Consideraciones teóricas | 19 |
| 2. Transubjetividad o la dimensión-macrosocial del proceso/salud/enfermedad/atención | 29 |
| Biomedicina: el modelo biomédico hegemónico, 29 ; Producción bio-científica, operación biomédica, 31 ; Biocientíficos, 31 ; Operadores bio-médicos, 33 ; El operador biomédico marginalizado y desfasado, 34 ; La formación de recursos humanos para la salud, 36 ; Relación operador biomédico-usuario, 37 ; Comunicabilidad en salud, 38 | |
| 3. Hegemonía/subalternidad-dominación | 49 |
| Políticas públicas, 49 ; Gestión de la política pública, 49 ; Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS), 55 ; Políticas públicas en México y reforma en salud, 59 ; La reforma en salud, 64 ; Plan Nacional de Salud 2007-2012: el discurso, 66 ; Programa Sectorial de Salud 2013-2018, 68 ; Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 69 | |
| 4. Panorama epidemiológico | 73 |
| Incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus en el mundo, 73 ; Incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus en México, 79 ; Incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus en Chiapas, 89 ; Condiciones de atención a la DM en el primer nivel de las instituciones biomédicas en San Cristóbal, Tenejapa y Chamula, 94 ; Sistemas médicos en los Altos | |

de Chiapas. La biomedicina y la postura oficial sobre interculturalidad en salud, **97**; Relación curador-usuario, **103**; Etnomedicinas, **106**; Medicinas complementarias y otros recursos terapéuticos, **109**; Recursos terapéuticos, **110**

SEGUNDA PARTE

DIABETES MELLITUS COMO PADECIMIENTO

- 5. Trans subjetividad y horizonte** **115**
Cosmovisión, **116**; Transfiguración de la cosmovisión, **118**
- 6. Entre dieta y «comida chatarra»** **127**
La dieta, **127**; Importancia de la «comida chatarra» en la génesis y prevalencia de la diabetes, **129**; Frituras y otros sólidos, **129**; Refresqueras en los Altos de Chiapas, **130**; Producción de Coca-Cola® en San Cristóbal, **132**; Penetración de las refresqueras en los Altos de Chiapas, **134**; Importancia de la Coca-Cola® en la vida social y religiosa, **136**; Estrategias de mercado, **137**; La cerveza, **141**
- 7. Sufrir de azúcar en Tenejapa** **143**
Metodología, **143**; Demografía, **146**; Servicios, **146**; Economía, **146**; Atención a la salud-enfermedad, **147**; Alimentación, **148**; Morbilidad y mortalidad por DM en Tenejapa, **148**; Condiciones de atención de las instituciones biomédicas a la DM en la cabecera municipal de Tenejapa, **152**; Cómo se vive-padece la DM en la cabecera municipal de Tenejapa, **153**; Los casos, **155**; Much, **155**; Mira, **159**; Joco, **167**; Doyo, **176**; Al, **186**; Antogí, **192**; Matez, **197**; Maint, **201**
- 8. Sufrir de azúcar en Chamula** **205**
Metodología, **205**; Ámbito y recursos para la salud, **205**; Localización, **205**; Demografía, **206**; Servicios, **207**; Economía, **207**; Las actividades extralegales, otro referente de cambio económico, **208**; Los chamulas y las políticas públicas, otro referente de la economía, **209**; Atención a

| | |
|---|------------|
| la salud enfermedad, 210; Alimentación, 210; Epidemiología, 210; Servicios de salud, 215; La relación de los chamulas con otras formas de atención a la salud, 217; La diabetes mellitus, 219; Los casos, 223; Kax, 223; Xi, 229; Lino, 232; Domi, 235; Juco, 237; Lórez, 240; Ría, 244; Pasquí, 247; Rosa, 250 | |
| 9. Sufrir de azúcar en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas | 261 |
| Metodología, 261; Ámbito y recursos para la salud, 261; Localización, 261; Demografía, 262; Servicios, 262; Economía, 263; Atención a la salud, 263; Epidemiología, 264; Los casos, 269; An, 269; Alía, 281; San, 286; Tona, 296; So, 302; Hernán, 311; Copa, 314; Góchez, 317; Mela, 322 | |
| 10. Consideraciones finales | 331 |
| Causa directa, 333; Causa desencadenante, 335; Recursos terapéuticos, 334 | |
| Fuentes de consulta | 347 |
| Notas periodísticas, 363 | |

Introducción

El estudio que da contenido al presente volumen se inscribe en el interés y posicionamiento de la antropología médica crítica por investigar y resaltar los problemas del proceso/salud/enfermedad/atención-prevención (PSEA-P) que fustigan en especial a los grupos marginados y excluidos de nuestras sociedades.

Entre los síndromes que aquejan a la población mundial, y significativamente a la población maya, la diabetes mellitus (en adelante DM o «azúcar») constituye el de mayor importancia en la actualidad. A pesar de ello, poco se ha examinado el problema entre los mayas de la región Altos de Chiapas, más allá de los trabajos realizados por Juárez y Lerin (2015) sobre las dinámicas y el impacto de los Grupos de Ayuda Mutua «GAM» de la Secretaría de Salud, o la tesis de maestría de Cecilia Acero (2012) sobre el mismo tema en San Cristóbal de Las Casas.

Centramos entonces nuestro análisis en población maya y mestiza alteña que no acude regularmente a los servicios públicos de atención médica, y la cual suponemos presenta mayor prevalencia, complicaciones y mortalidad por diabetes mellitus; además, porque se trata de uno de los sectores con mayor necesidad de atención prioritaria para la prevención y el manejo adecuado del padecimiento.

Ciertamente, la DM afecta a personas de cualquier conjunto social, pero la frecuencia y mortalidad en situación de pobreza son mucho más elevadas y más severas las complicaciones; hay, sin duda, una disminución de la calidad de vida y su acortamiento (Plan Nacional de Salud 2007:30). De ese modo, no podemos dejar de encuadrar el problema de estudio en

los procesos de hegemonía/subalternidad-dominación en que este fenómeno tiene lugar (Portelli 1973), desde una perspectiva relacional (Menéndez 2002:24-25)

desde [la que] uno debería manejar información sobre cómo se constituye el campo problemático no solo en términos teóricos y de la elaboración práctica del saber, sino de los usos y apropiaciones del mismo. Lo cual puede posibilitar la construcción de autocontroles epistemológicos e ideológicos, que permitan por ejemplo reelaborar de forma relacional el uso de la perspectiva del actor o reconocer y explicar el significado de los deslizamientos etno-racistas en las representaciones y en las prácticas sociales de los actores (Menéndez 2002: 24-25).

Al resaltar las condiciones en que ocurre el sufrimiento por DM en el sector señalado, el estudio pretende llamar la atención hacia la necesaria generación de estrategias de orden educativo y terapéutico con pertinencia cultural, encaminadas a brindar una mejor oportunidad de vida para los que ya sufren la afección y los potenciales enfermos. Dado que la prevalencia de DM incluye por igual a mayas y mestizos en la región de estudio, nos enfocamos en las cabeceras municipales de Tenejapa, Chamula y San Cristóbal, localidades donde hemos trabajado los autores de este volumen.

En el libro son dos los temas predominantes: por un lado, la subjetividad, las experiencias y trayectorias de mayas y mestizos pobres de las cabeceras municipales que viven sufriendo de DM, personas que por lo general no acuden a los servicios de salud institucionales en busca de ayuda y tratamiento; por otro lado, los posicionamientos y dinámicas estructurales e intersubjetivas (organismos internacionales y nacionales que intervienen en la formulación de la política pública sobre la DM y su concreción a nivel nacional, comunicabilidad en salud, refresqueras, cerveceras, interacción en las redes de la persona que vive con diabetes mellitus [en adelante PVDM], etc.), que de alguna manera impactan, por incidencia u omisión, y determinan la intersubjetividad y la subjetividad en torno a la DM.

Como se menciona, optamos por contemplar estos ejes desde una perspectiva relacional inserta en procesos de hegemonía/subalternidad-do-

minación, cada uno desarrollado de manera más o menos detallada, a efecto de presentar una imagen lo más amplia posible. Se pretende así abonar a la discusión particular en los planos de la antropología médica y disciplinas ligadas a la salud pública y proporcionar fundamentos para explicar las condiciones estructurales que propician y/o determinan formas particulares de sufrir y padecer las enfermedades.

La perspectiva relacional y la abundancia de información nos ha obligado a decidir sobre el orden expositivo. Presentamos en primer término los aspectos de índole estructural para gradualmente dirigirnos a lo específico: la subjetividad, la experiencia, las prácticas sociales y personales; partimos de lo que determina, orienta, obliga, excluye, aleja, educa. Contenidos que de cierta manera posponen la lectura de los resultados obtenidos en campo, es decir, la subjetividad de las personas que viven con DM. Sin embargo, consideramos que esta organización posibilita una apreciación contextual de la problemática más allá de observar el problema como un fenómeno aislado.

En tal sentido, el texto es multitemático. Se tratan aspectos que por sí mismos gozan de cierta autonomía y algunos pueden generalizarse al ámbito de la salud, pero que directamente inciden en la subjetividad y en prácticas relacionadas con el tipo de manejo o su ausencia en el curso del padecer de DM. Por lo mismo, y en función de los intereses de cada quien, puede leerse en su totalidad o consultarse por capítulos.

Para situar y analizar el problema de estudio, de entre los diversos recursos para abordar la tríada padecimiento/enfermedad/dimensión-macro-social del PSEA-P (Kleinman 1988, Good 1993, Menéndez 1984a y 1984b), consultamos la propuesta teórica de las representaciones sociales de Denise Jodelet (2008) referente a las esferas transubjetiva, intersubjetiva y subjetiva, que metodológicamente permiten ordenar y analizar las representaciones que sustentan a actores y sujetos directa o indirectamente inmersos en el proceso/salud/enfermedad/atención-prevención en general y en particular de la DM. Sobre esto se ahondará en el capítulo correspondiente.

El análisis de la información nos ha permitido desentrañar rasgos de la subjetividad, la intersubjetividad y la dimensión-macro-social —transubjeti-

va—. Un abanico que se expresa en el ámbito del sentido común, la escritura, encuentros sociales, deliberaciones éticas, procesos políticos, religiosos y culturales (Biehl et al. 2007a:7), ello sin perder de vista las relaciones dialécticas entre los diferentes planos, inmersas en dinámicas de hegemonía/subalternidad-dominación.

Metodología

Para este trabajo asumimos como «sujetos» a las personas que viven con DM (PVDM), a los familiares que accedieron a ser entrevistados y a quienes aceptaron ser acompañados durante dos años para observar y documentar las trayectorias del manejo de la DM. Son también «sujetos» las personas que llevan la voz institucional y que interaccionan en una relación de persona a persona con los «sujetos» enfermos.

En lo que concierne a los «sujetos» PVDM, se realizaron 52 entrevistas: 22 en Chamula, 14 en San Cristóbal de Las Casas y 16 en Tenejapa. Las conversaciones con mujeres mayas se realizaron o complementaron con los familiares más involucrados en el caso, ya fuera el esposo o los hijos. En cuanto a población mestiza, únicamente se entrevistó a la PVDM.

Se documentaron representaciones sobre DM, causas directas y desencadenantes a las que se atribuyó el padecimiento, así como el devenir por menorizado de la trayectoria desde que se asumieron como PVDM. Fueron seleccionados 14 sujetos para realizar el seguimiento de su trayectoria durante dos años, cinco hombres y el resto mujeres; la selección obedeció al carácter paradigmático de los casos y la disposición para colaborar.

El estudio abarcó de 2010 a 2015. Las PVDM con quienes se trabajó por lo general asisten poco o no acuden a los servicios públicos de atención médica. Además, debido al elevado número de habitantes de las localidades involucradas, la selección de sujetos se realizó por medio de conocidos, o bien entre aquellos que por iniciativa propia se acercaron a los investigadores. A quienes accedieron, previo consentimiento informado, se les realizó una entrevista semiestructurada, con base en una guía orientada a los

aspectos fundamentales de interés en la investigación. De entre estos, a 14 se les acompañó en sus trayectorias por dos años.

Las entrevistas en español corrieron a cargo de los investigadores, en tanto que para los diálogos en tsotsil y tseltal se contó con apoyo de hablantes de dichas lenguas a quienes se capacitó y sensibilizó en el uso del instrumento para que tuvieran un manejo fluido y pertinente. Los investigadores transcribieron todas las sesiones en español y algunas de las grabadas en lengua originaria.

Las entrevistas a PVDM y, generalmente al familiar más involucrado, se centraron en los pormenores que desde el punto de vista de los sujetos fueron las causas directas y desencadenantes del padecimiento: si los criterios de causalidad se modificaron con el tiempo y cuáles fueron las razones; la narración de la trayectoria, experiencias en torno a tratamientos, dieta y actividad física; aspectos de orden socioeconómico, cultural, religioso y su impacto en cada caso.

Si bien se pretendía hacer el seguimiento con sujetos de las tres localidades, esto se logró principalmente en Tenejapa, en menor medida en San Cristóbal y solo con un sujeto en Chamula, por dos razones: la primera, que los participantes se negaron; y la segunda, que esperaban apoyos para el control de la DM que nosotros no podíamos proporcionarles.

En ese sentido, y como se constatará al avanzar en la lectura, no en todos los casos se logró una apertura y colaboración plenas de los participantes para aportar los datos requeridos, aunque esto no fue un obstáculo para incluir aquellos que nos parecieron de interés, y a la vez nos muestra lo variable de la disponibilidad que encontramos los investigadores en los distintos municipios de la región.

El registro del seguimiento se realizó por medio de notas de campo, fotografías y videos. Ninguno de los nombres que aparecen aquí corresponde a la realidad.

En el orden epidemiológico, para obtener datos en Tenejapa, San Cristóbal y Chamula se recurrió como única fuente a las actas de defunción de los registros civiles correspondientes a los años 2008 a 2012, pues al parecer las estadísticas oficiales no informan cabalmente de la mortalidad.

1. Consideraciones teóricas

Antropología médica crítica

El campo de estudio de la antropología médica crítica es el proceso/salud/enfermedad/atención-prevención que abarca las posturas y prácticas en cada uno de sus renglones no solo desde la perspectiva de los sistemas médicos sino también de los sujetos y conjuntos sociales. Esa noción, al profundizarse, da lugar a diferentes especificidades. Dado que el problema que nos ocupa es la DM, sin soslayar los aspectos de atención y prevención, el abordaje predominante remite a la enfermedad. Desde la postura crítica, una de las propuestas para su estudio remite a la noción de la tríada padecimiento/enfermedad/dimensión-macrosocial del PSEA-P (Kleinman 1988, Good 2003, Menéndez 1984a, 1984b); para su análisis, cada uno de los órdenes se imbrica con la propuesta de Jodelet (2008), que aborda el estudio de las representaciones sociales desde las esferas transubjetiva, intersubjetiva y subjetiva.

Padecimiento/enfermedad/dimensión-macrosocial

Para la noción de la tríada padecimiento/enfermedad/dimensión-macrosocial entendemos, con Kleinman (1988), que *padecimiento* se refiere a cómo el sujeto enfermo y sus redes inmediatas perciben, sufren, viven y responden a los síntomas y discapacidades que les aquejan.

El padecimiento consiste en la experiencia de dar seguimiento a los procesos corporales de la enfermedad y decidir sobre aquellos problemas que se considera se resuelven espontáneamente, o los que exigen tratamiento y, en función de la gravedad, de qué tipo. La experiencia de «padecer» incluye la categorización y explicación desde el sentido común y un conocimiento accesible a las personas del conjunto social de pertenencia, por lo que cuando se habla de padecimiento o padecer se incluyen los juicios del enfermo sobre cómo abordar el sufrimiento y los problemas de la vida cotidiana. Además, los comportamientos derivados del padecer suponen iniciar terapéuticas como el cambio de dieta, reposo, y la decisión de acudir o no al terapeuta (Kleinman 1988:4). La experiencia del padecer está culturalmente condicionada y socialmente son esperadas ciertas conductas al respecto (Kleinman 1988:5).

La noción de enfermedad, en relación con la tríada a la que hacemos referencia, alude a lo que el operador médico reconfigura en términos técnicos o religiosos en función de los bagajes teóricos o cosmogónicos que son su referente dentro del sistema médico o etnomédico en que opera, interpretando lo que el enfermo expresa de su padecimiento en el marco de nomenclaturas, taxonomías y nosologías sobre la enfermedad, de lo que se vale para categorizar como enfermedad el padecimiento referido. Es decir, la enfermedad es el problema concebido a partir del enfoque del operador médico o etnomédico que desde la perspectiva biomédica se reconfigura solo como una alteración al funcionamiento de la estructura biológica del enfermo (Kleinman 1988:5-6).

La dimensión-macrosocial del proceso/salud/enfermedad/atención-prevención ha sido denominada por Kleinman (1988:6) como *sickness*, en inglés, y se ha traducido al español como ‘malestar’. Aunque desde nuestro punto de vista la palabra en ambos idiomas es desafortunada, ya que ni como concepto ni en el imaginario hay correspondencia con lo que implica, es decir, se dirige solo a la dimensión-macrosocial del proceso/salud/enfermedad-atención. El *Merriam-Webster Dictionary* define *sickness* como «a: ill health: illness; b: a disordered, weakened, or unsound condition; c: a specific disease». En tanto que el término *malestar* en el *Diccionario de la Lengua Española* se

explica como: «desazón, incomodidad indefinible» (*DLE* [en línea]). Por lo demás, nadie ha propuesto un término adecuado, por lo cual, en adelante, en este trabajo se nombrará como dimensión-macrosocial del proceso/salud/enfermedad/atención-prevención.

La dimensión-macrosocial denota cómo la enfermedad, en general, es vertida hacia los conjuntos sociales desde la perspectiva macrosocial, es decir, según el criterio de los grupos dominantes, y se impone al resto de la sociedad, así como las implicaciones políticas, económicas e institucionales que le son inherentes (Kleinman 1988:6). Desde ahí puede percibirse la enfermedad, por ejemplo, como epidémica; las políticas y acciones como satisfactorias para algunos sectores sociales y excluyentes para otros, ante la inacción del Estado.

Representaciones sociales

La esfera de la subjetividad compete a la apropiación/encarnación y elaboración de la experiencia del individuo fundada en procesos cognitivos, emocionales y físicos entre los que se enfatiza, además de la palabra, la acción no verbalizada como medio de transmisión de conocimientos (Ortner 2006, en Good-Eshelman 2015:145), por medio de los cuales se configuran/asimilan, transforman o cambian las representaciones de todo orden (Jodelet 2008:51-52).

Cabe además establecer que el pensamiento, y por tanto la subjetividad a que da lugar, aunque sin ser reducible al hecho, tiene un «encadenamiento histórico», en otras palabras, que lo sociohistórico «constituye la condición esencial de la existencia del pensamiento y la reflexión» (Castoriadis 1997:3), cuyo contenido intrínseco y estructurado reside en la esfera transubjetiva.

Por medio de la esfera de la subjetividad nos acercamos a las formas en que los sujetos conciben y viven la salud, cómo piensan y sufren (padecen) la enfermedad y cómo perciben las ventajas o desventajas de los servicios y recursos de los distintos sistemas médicos a que tienen acceso;

en el tema de la atención, cómo se posicionan frente a los procedimientos utilizados por los agentes de los sistemas médicos para el control o la curación de las enfermedades; en torno a las condiciones socioeconómicas y culturales, cómo se ven afectados y cómo entienden los problemas contextuales, incluso lo religioso en el sentido de facilitar o dificultar el acceso a la atención y las terapéuticas; por tanto, accediendo a los procesos mentales y emocionales en los que se ha introyectado y procesado la experiencia (Biehl et al. 2007a:5) y se plantean expectativas y estrategias a futuro.

La intersubjetividad, puntualiza Jodelet, remite a «las diferentes conceptualizaciones sobre la relación con el otro y su interiorización por el sujeto», subrayando que «el lugar del encuentro intersubjetivo se encuentra, como lo muestra Merleau-Ponty (2003), en el campo de la institución que significa» (Jodelet 2008:48)

[...] Tanto el sujeto como el otro son inseparablemente instituido e instituyente.

Yo me proyecto en él y él en mí, hay una proyección-introyección, productividad de lo que yo hago en él y de lo que él hace en mí, comunicación verdadera por arrastre lateral: se trata de un campo intersubjetivo o simbólico, el de los objetos culturales, que constituye nuestro medio ambiente, nuestra bisagra, nuestro punto de juntura (Merleau-Ponty 2003:35-38, en Jodelet 2008:49).

La intersubjetividad, en este trabajo, alude entonces a los intercambios personales que se suscitan en torno al padecimiento, al padecer de azúcar, a «modos de influencia» resultado «de procesos de interacción y de negociación de sentido», que da lugar a la «resignificación de la experiencia de los [sujetos] sociales [interactuantes]» (Jodelet 2008:49).

Estos modelos de intervención siempre hacen referencia a un trabajo sobre las representaciones individuales, sociales o colectivas, que supone:

- La corrección de creencias consideradas como inadecuadas o falsas.
- La valorización de saberes de sentido común.
- La concientización crítica de las posturas ideológicas.
- La reinterpretación de situaciones de vida.

- La puesta en perspectiva de las posiciones en función de un análisis de los contextos de la acción y del punto de vista de los sujetos (Jodelet 2008:49-50).

Para dicha autora, adentrándose en la esfera de la transubjetividad, «el lugar del encuentro intersubjetivo se sitúa, como lo muestra Merleau-Ponty (2003), en el campo de la institución que significa» —la biomédica o la etnomédica—, que remite a diversos órdenes, reglas de operación de la institución y agentes que llevan la voz (en este texto: médicos, etnomédicos, religiosos, políticos), que interaccionan con los usuarios del sistema fundamentalmente mediante esquemas verticalizados y coercitivos.

Y como señala Castoriadis:

Los individuos socializados son fragmentos hablantes y caminantes de una sociedad dada; y son fragmentos *totales*; es decir, que encarnan —en parte efectivamente, en parte potencialmente— el núcleo esencial de las instituciones y de las significaciones de su sociedad. No hay oposición entre el individuo y la sociedad, el individuo es una creación social, a la vez en tanto tal y en su forma histórica cada vez (Castoriadis 1997:3-4).

Así, la esfera de la transubjetividad no solo configura la intersubjetividad, sino también la subjetividad, en un proceso de retroalimentación dialéctica, en la que se inmiscuye y a la vez reestructura. Jodelet afirma que:

En la formación de las representaciones sociales, la esfera de la transubjetividad se sitúa en relación con la intersubjetividad y con la subjetividad, y remite a todo lo que es común para los miembros de un mismo colectivo... Su escala abarca tanto a los individuos y a los grupos, como a los contextos de interacción, las producciones discursivas y los intercambios verbales (Jodelet 2008:53).

De la sociedad y sus instituciones, Castoriadis expone:

La sociedad es creación, y creación de sí misma, autocreación. Es la emergencia de una nueva forma ontológica —un nuevo *eidós*— y de un nuevo nivel y modo de ser. Es una cuasi totalidad cohesionada por las instituciones (lenguaje, normas, familia, modos de producción) y por las significaciones que estas instituciones encarnan (tótems, tabúes, dioses, Dios, polis, mercancía, riqueza, patria, etc.). Ambas —instituciones y significaciones— representan creaciones ontológicas (Castoriadis 1997:4).

La transubjetividad, en lo que a nuestro tema toca, muestra la dimensión-macrosocial del proceso de salud/enfermedad/atención-prevención (PSEA-P),¹ en particular lo que atañe a las distintas instituciones públicas y privadas que operan y/o inciden en el PSEA-P con su correspondiente normativa, conceptos y prácticas que enmarcan el punto de vista hegemónico sobre la enfermedad en términos genéricos, y sobre las formas en que se administra la atención y la prevención, hechos que vislumbramos, cabe subrayar, desde una visión inmersa en procesos de hegemonía/subalternidad-dominación.²

El binomio hegemonía/dominación se asume en sentido dicotómico porque tanto la inducción de consenso como la coacción y la violencia son dinámicas que se alternan en las relaciones desiguales a las que están atados los pueblos originarios y los conglomerados de población pobre frente al Estado, lo que por ejemplo podemos observar en la adjudicación de insumos y materiales para la operación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención y entre las instituciones públicas del sector,

¹ La noción del proceso de salud/enfermedad/atención-prevención se refiere a que en los diferentes sistemas médicos, incluido el biomédico, la ideología y la visión del mundo determinan las formas que adoptan los procesos de salud/enfermedad/atención; es decir, las formas de estar sano, de enfermar y la coherencia que se precisa entre ambas y las que adopta la atención para la solución de los diferentes problemas.

² «Hegemonía» se refiere a la dirección política, cultural e ideológica por parte de la clase fundamental o dirigente, que impone sus denominaciones sobre los conjuntos sociales, subordinados en función de que en la disputa por los términos de la relación hay acuerdos, consensos. La dominación, entonces, tiene lugar cuando la clase fundamental implanta por la fuerza sus posturas (Portelli 1973).

siendo mínimos o incluso ausentes en el primero, el dedicado a población originaria.

Nos enfocamos en las políticas públicas, los discursos y las acciones de las instituciones de salud, farmacéuticas, empresas de producción de insumos y de aparatos para el diagnóstico y terapéuticas complejas, así como en la comunicabilidad en el sector, que mediante estrategias diversas busca la desarticulación de elementos ideológicos y religiosos propios de la cultura de los pueblos originarios con los que disputan el campo³ (Bourdieu 2005a), en el afán de imponer el punto de vista biomédico y, por otro lado, de situar con ventaja sus productos en el mercado, en busca de preponderancia.

Desde la visión relacional, lo anterior juega un papel determinante en la dialéctica que conforma y actualiza los procesos intersubjetivos y subjetivos, así como la retroalimentación en el complejo de las representaciones, lo que sitúa las tres esferas en constante reconfiguración por la vía de encuentros sociales, deliberaciones éticas, procesos políticos, escritura (Biehl et al. 2007a:7) y la propia voluntad resultado de la experiencia.

Por medio de los procesos que involucran las tres esferas se modelan las representaciones sociales relativas a cómo se vive, se sufre y se actúa frente al PSEA-P, acorde con los aspectos de orden estructural situados en la esfera de la transubjetividad. Dentro de este complejo, según Abric (2004:195-213), asumimos que representaciones y prácticas constituyen un binomio inseparable, que alimenta y retroalimenta los procesos cognitivos, emocionales y las prácticas de los sujetos y sus redes sociales.

Acerca de las narrativas proporcionadas por los sujetos que viven con DM cabe distinguir, como subraya Menéndez (2005:74), entre los elementos específicos de la práctica (situacionales y trayectorias), y los propiamente subjetivos (cognitivos y emocionales).

En tal sentido, considerar lo referente al relato pormenorizado de situaciones, acciones y trayectorias en las que el sujeto participa y que exponen lo que se ha hecho o no, nos ubica en los espacios y los tiempos,

³ Provenientes del largo plazo ligados a DM y el PSEA-P.

nos orienta sobre los contextos, las características y pormenores en que tiene lugar la intersubjetividad. Por otro lado, es en el plano de lo cognitivo, lo analítico (desde el sentido común) y emocional, donde se dejan ver las opiniones del sujeto, las concepciones sobre los padecimientos, las formas en que se produce el sufrimiento, la atribución de las cargas de causalidad, significación y resignificación de las estrategias, su impacto, las limitantes, las expectativas y los sentimientos que resultan de las diferentes experiencias y sus efectos.

Al final, el análisis nos permitirá establecer la liga dialéctica entre las esferas mediante las cuales se configuran las representaciones sociales. En este sentido apelamos, siguiendo todavía a Jodelet, a la noción de *horizonte*, que aquí entendemos como dos condiciones: los distintos ámbitos desde donde puede observarse un objeto (perspectiva), y el horizonte visto como el espectro cuyos contornos enmarcan los paradigmas en que se inscriben los conceptos y prácticas referentes a la DM:

La noción de horizonte en la que se encuentra encastrado el objeto permite superar el carácter unilineal de la noción de perspectiva. Porque el modo de enfocar los objetos y los acontecimientos que pueblan nuestro mundo cotidiano apela a sistemas de representaciones transubjetivas que modelan y matizan nuestras percepciones (Jodelet 2008:55).

Sin perder de vista que, como explican Biehl y otros:

El sujeto es a la vez producto y agente histórico; el lugar de la experiencia, la memoria, las anécdotas y la opinión estética; un agente tanto de conocimiento como de acción; y lugar conflictivo para los actos morales y las expresiones gestuales mediadas por sociedades e instituciones imposiblemente inmorales. Los modos de subjetivación están por tanto determinados tanto por la ideología impuesta por el Estado, como por los usos y costumbres de la familia y la comunidad, memorias de las intervenciones coloniales y traumas no resueltos, experimentos biomédico-científicos y las imposiciones de los mercados. Aun así, la subjetividad no es solo resultado del control social o del inconsciente;

también provee la base sobre la que los sujetos piensan a través de sus circunstancias y sienten a través de las contradicciones y, con ello, interiormente se resisten a experiencias que de otro modo les serían insoportables. La subjetividad es el medio para dar forma a la sensibilidad. Es miedo y optimismo, enojo y perdón, lamentación y pragmatismo, caos y orden. Es la anticipación y la articulación del yo —crítico y renovador— lo que con brillantez Albert O. Hirschman (1995) designa: «auto subversión» (Biehl et al. 2007a:14) (traducción nuestra).

Con lo expuesto queda claro que la subjetividad a la que pretendemos acceder y analizar por medio de las narrativas del padecer no remite a aproximaciones simbólicas restringidas al cuerpo y a la persona, en sentido amplio, sana o enferma, sino al análisis de factores de diverso orden (económico, sociocultural, religioso, científico) que inciden e incluso determinan formas específicas de ser cuerpo y persona, de estar sano o enfermo, y de los procesos posibles o imposibles para perder, recuperar y mantener la salud.

2. Transubjetividad o la dimensión-macrosocial del proceso/salud/enfermedad/atención

Biomedicina: el modelo biomédico hegemónico

En la dimensión-macrosocial del PSEA-P, que desde nuestro posicionamiento teórico remite a la esfera de la transubjetividad, se sitúan los elementos ideológicos y normativos que apuntalan las posturas ideológicas de los grupos dominantes que inciden en los conjuntos sociales subordinados o sometidos insertos en dinámicas de hegemonía/dominación; para este trabajo en particular, los puntos de vista biomédicos de las medicinas complementarias y etnomédicos tsotsiles y tseltales, según los casos.

Al empeñarnos en un punto de vista relacional sobre las representaciones sociales de la población elegida para el estudio, buscamos precisar lo más posible los diferentes aspectos ideológicos y materiales (transubjetivos) que inciden en la subjetividad de las personas que viven y sufren DM.

Creemos necesario, en primer término, puntualizar acerca de lo que Menéndez ha denominado modelo médico hegemónico (MMH), que la atención biomédica es una parte y no el todo de la hegemonía en salud. En este sentido, junto con dicho académico (comunicación en las Jornadas de Antropología Médica, CIESAS 2014) y en constante diálogo con sus escritos (Menéndez 1984a, 1984b, 2002, 2005; Menéndez y Di Pardo, 1996), asumimos que la noción no remite exclusivamente a los discursos y las acciones técnicas efectuadas por los operadores médicos y las directrices ideológicas

emitidas por las instituciones de salud, sean públicas, de seguridad social o privadas, sino que el horizonte en el que se inscribe el modelo es más amplio, se conforma como un ente constituido por formuladores de la política pública en salud; el sector salud en sus acepciones privada, de seguridad social y pública; las empresas farmacéuticas, de laboratorio y gabinete; las federaciones y organizaciones abocadas a la discusión y la divulgación de mensajes biomédicos y sobre salud en los medios (comunicabilidad en salud), así como los posicionamientos de las diversas iglesias y denominaciones cristianas, respecto de privilegiar la biomedicina a costa de satanizar y descalificar las etnomedicinas.

En este apartado abordamos los aspectos transubjetivos que apuntalan la hegemonía biomédica y dan sustento a la formación de recursos humanos, y la relación operador biomédico/usuarios, así como la importancia de la comunicabilidad en salud, para luego hablar de la política sanitaria internacional y su repercusión en el panorama nacional y regional, y finalmente inferir cómo todos estos factores inciden en la subjetividad de las personas que viven con DM participantes en la investigación.

El rol de hegemonía/subalternidad-dominación en que se inscribe el MMH se ejerce no solo al reforzar el «control social» que opera en toda instancia de hegemonía, sino también en los procesos de imposición-legitimación de las categorías científicas biomédicas, sosteniendo como puntal acerca del proceso SEA-P el punto de vista biomédico como «criterio de verdad», que remite, entre otros aspectos, a cómo ser persona/cuerpo en términos de normalidad/anormalidad (salud/enfermedad) y, en consecuencia, las acciones y los comportamientos socialmente esperados (ya para mantener la salud, ya para recuperarla), lo que contribuye al condicionamiento individual y social del ser, ajustado a dichas posturas (Menéndez 1984b:75).

Asimismo, desde el MMH se instituyen valores «en sí» tendientes a sobrevalorar la ciencia, la educación biomédica y su práctica, descalificando o minimizando los sistemas médicos provenientes de paradigmas disímiles, que no sean asimilables subordinadamente, con base en el criterio positivista de que son prácticas sin sustento científico, emanadas de la

ignorancia, de un empirismo fallido, sistemas que no contribuyen a generar prácticas «positivas» para la salud y el tratamiento de las enfermedades, y por tanto no curativas y aun generadoras de iatrogenia y muerte.

Producción biocientífica, operación biomédica

Para entender mejor la noción de MMH, es necesario asomarse a su estructura, esquemas de operación y sus determinantes supraestructurales. El criterio de verdad, de la verdad de lo biológico, no se organiza de manera autónoma sino ligado al punto de vista general sobre el ser y el mundo, es apéndice de la postura «positiva» según la cual la verdad científica es solo desmenuzable a través de lo constatable, lo mensurable, la matemática y, en este sentido, como anota Menéndez (1984a:80):

Justamente la identificación científica permanente de las condiciones sociales como condicionante específica con el nivel biológico constituye el punto de fractura más significativo respecto de todas las otras prácticas curativas. En la afirmación positiva del cuerpo y del fundamento biológico del mismo radica su fuerza científica distintiva y su excepcionalidad, por lo menos desde la perspectiva de los conjuntos sociales.

Por tal razón, en primer término, encaramos lo correspondiente a la producción científica.

Biocientíficos

Los biocientíficos, estudiosos de la condición humana, buscan dilucidar la verdad fisiopatológica y los mecanismos para incidir en la regeneración o modificación de procesos y se encargan de manera predominante de la producción y reproducción del punto de vista biocientífico y de su divulgación a partir del nuevo conocimiento generado, valiéndose de varios

mecanismos, entre los cuales destacan la prensa científica, medios publicitarios y, de manera determinante, la incidencia en la formación de los recursos humanos que se precisan tanto para la producción científica como para la operación biomédica, así como la constante actualización de algunos sectores de los operadores biomédicos.

El sector «biocientífico» se constituye como elite porque produce, reproduce, reelabora y detenta en su máxima expresión la noción de verdad, representa de manera inconsciente o consciente los intereses de la clase dirigente que por medio del financiamiento a la investigación asegura la persistencia de sus puntos de vista y controla los derroteros a seguir, establece los temas de interés a desarrollar y desestima, al no otorgar recursos, lo que no interesa, no solo centrado en sostener el punto de vista hegemónico/dominante sino ante todo encauzado a partir de intereses de orden económico. En este sentido Portelli, haciendo referencia a Gramsci, puntualiza que es necesario que la clase dirigente tenga una verdadera «política» hacia los intelectuales:

La hegemonía de un centro director sobre los intelectuales se afirma a través de dos líneas principales: 1) una concepción general de la vida, una filosofía, que ofrece a los adherentes una dignidad intelectual, que provee de un principio de distinción y de un elemento de lucha contra las viejas ideologías que dominan por la coerción; 2) un programa escolar, un principio educativo y pedagógico original, que interesa y da una actividad propia, en su dominio técnico, a la fracción más homogénea y numerosa de los intelectuales: los educadores, desde el maestro de escuela a los profesores universitarios (Portelli 1973:71).

En este mismo sentido, para Briggs:

El poder de las esferas de comunicabilidad médica, asimismo, descansa en la habilidad de proyectar la noción de que, al menos desde la época de Pasteur, el conocimiento es producido en sectores científicos a través de técnicas experimentales y diseminado mediante los modernos dispositivos comunicativos —desde las publicaciones científicas a las prácticas clínicas y los medios

de comunicación de masas—. Aunque los canales específicos pueden cambiar —tal como la actual utilización del correo electrónico, Internet y la videoconferencia—, la estructura es aparentemente universal y estable (Briggs 2005: 112).

Operadores biomédicos

Tanto la industria químico-farmacéutica como la tecnológica —esta última dedicada a la producción de aparatos e insumos para diagnóstico, tratamiento y ortopedia— influyen y determinan en primera instancia el corpus teórico-práctico de la biomedicina, al intervenir en el curso que esta sigue, ya que desde ahí se financia y orienta la investigación biocientífica y bajo su racionalidad se elaboran y validan los currículos de escuelas y facultades formadoras de recursos humanos para la investigación y operación biomédica, privilegiando cierto tipo de temas sobre otros y formas particulares de abordaje. De acuerdo con Briggs (2005:113), las áreas productoras de conocimiento biomédico se han concentrado en Europa y los Estados Unidos, al grado de que los científicos de este bloque de países no dan importancia a la mayor parte de la producción biocientífica proveniente de los países periféricos, y de ese modo se fomenta y se reproduce una relación subordinada de comunicabilidad y de mercado entre los países centrales y los periféricos.

La producción biocientífica esgrime el punto de vista biomédico como criterio de verdad. Lo que asegura la continuidad e imposición del punto de vista biocientífico es la separación entre el sector de producción de conocimiento y desarrollo tecnológico y el sector de operación médica (Menéndez 1984b:87), situando a los primeros como la elite.

Por otro lado, la operación biomédica, además de ser subsumida al sector biocientífico, se constituye a su vez en estamentos; los operadores biomédicos ocupan diferentes posiciones dentro del sistema en relación directa con los alcances académicos y políticos, por ejemplo, en lo concerniente a la estructura corporativa de la atención pública, se sitúan en un extremo los que encuentran colocación en los institutos de salud y en el

otro los operadores médicos ubicados en los servicios de primer nivel dedicados a población rural, lo cual supone también condiciones salariales y prestaciones sociales disímiles.

Este proceso aparentemente lineal y unidireccional crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y la posición institucional; cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén localizados los individuos y grupos, menores son la agencialidad, el poder y la autoridad que les pueden ser atribuidos (Briggs 2005:103-104).

Y agregaríamos el acceso a la actualización y la utilización diferencial de conocimientos y recursos generados por el avance científico. En los institutos de la Secretaría de Salud, más allá de realizar investigación, se atienden casos de enfermedades y síndromes complejos; hay fácil acceso a información biocientífica reciente, sobre avances científicos y tecnológicos de punta; cabe mencionar la constante exigencia y vigilancia para que sus operadores y estudiantes brinden atención de excelencia y estén al día en cuanto a nuevos conocimientos y técnicas. Pero conforme se avanza «hacia abajo», empezando por los hospitales generales, hasta el subsistema de atención rural y suburbano, las condiciones van empeorando hasta llegar al extremo de la operación con recursos mínimos e insuficientes en el contexto rural.

El operador biomédico marginalizado y desfasado

En este marco, nos interesa el papel del operador biomédico que ejerce en lo que aquí se designa como submodelo de atención a población pobre. Por lo general, se trata de un individuo con baja calificación académica, a quien no le es fácil o no siempre le interesa acceder al conocimiento y la tecnología de punta, además de no contar con suficientes recursos, a consecuencia del mínimo o nulo financiamiento asignado al subsistema. Aun

así, actúan como reproductores en la imposición del punto de vista hegemónico⁴ (Montero 2011, Sánchez López 2008, Secretaría de Salud 2012).

En el campo de trabajo pudimos constatar que los servicios públicos de salud, en Tenejapa y Chamula, aún obedecen a esquemas con un retraso científico y tecnológico de 50 años o más; con salarios reducidos y baja o nula disponibilidad de recursos para la atención; acceso limitado a la información científica; falta de mecanismos de evaluación de la calidad y el desempeño, y donde la superación profesional y de la práctica médica depende solo de la voluntad de cada operador. Además, la estructura organizativa y de control interno favorece el ausentismo laboral. Todo lo anterior nos lleva a etiquetarlos como *operadores médicos marginalizados* y distinguirlos así de los que ejercen en los institutos de salud y hospitales de tercer nivel de atención de las grandes ciudades.

Dada la población a la que dirige sus servicios dicho operador marginalizado suele asumirse como agente de racismo y coerción sobre los usuarios, al imponer conceptos y prácticas preconizadas por el MMH, no solo de salud sino también de orden disciplinario.

El modelo actual de coerción institucional ejercido en este nivel es el del programa «Progresía», antes «Oportunidades», que condiciona las becas a niñas y niños en edad escolar pertenecientes a familias ubicadas en cierto grado de pobreza; se exige que el becado cumpla con un mínimo de rendimiento escolar; además, en el renglón de la salud, la madre debe asistir y participar en cursos y acciones de orden preventivo y de protección, esto enfocado predominantemente a personas incluidas en los grupos de alto riesgo: por un lado niños, y por otro mujeres en edad reproductiva, embarazadas, en parto o puerperio.

En este sentido, la fortaleza y/o debilidad, y el papel preponderante de la biomedicina en la conformación de los esquemas generales de hegemonía/dominación se fincan, en primera instancia, en la eficacia curativa y preventiva (en ese orden) (Menéndez 1984:76); aunado a ello, la validación del estar sano o enfermo, sobre todo en el plano de la seguridad social, ha

⁴Lo anterior se ha constatado a lo largo de más de 30 años de labor en la región.

contribuido a establecer relaciones institución-usuarios para que sus operadores transiten con la menor dificultad posible entre el consenso y la coerción.

Así, en términos de transubjetividad, la institución biomédica aparece en la relación del usuario con los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, promotores) y el personal administrativo. Es en parte por intermedio de tal institución que las políticas públicas propuestas por los organismos internacionales —reelaboradas en los diferentes países— y el punto de vista de la biomedicina —que se sostiene por encima de todo lo que abarca su campo— permean ideológicamente hacia los operadores médicos y, parcialmente, de estos hacia la sociedad en el afán de imponerse como criterios de verdad por conducto de programas y prácticas específicas que guardan coherencia con los postulados hegemónicos (Menéndez 1984b:81).

Entre paréntesis, es importante reconocer que algunos de los operadores médicos aludidos procesan críticamente ciertos preceptos y/o mandatos biomédicos y aplican, según su criterio, lo que consideran culturalmente pertinente, y responden de manera creativa a los problemas.

Por otro lado, cabe destacar que los sujetos de origen maya con los que hemos trabajado en los Altos de Chiapas perciben un franco deterioro del subsistema de atención de primer nivel. Por tanto, la comunicabilidad en salud merece especial mención como una instancia que, al compensar las deficiencias en la atención, refuerza la hegemonía biomédica, aspecto que se abordará en el último apartado de este capítulo.

La formación de recursos humanos para la salud

La construcción de hegemonía-dominación supone el proceso de formación de recursos humanos para la operación y la investigación biomédica, es decir, el condicionamiento ideológico, teórico y práctico. En ese panorama, según los alcances académicos y los intereses particulares, se conforma el perfil general del profesional de la salud y su ubicación futura en los estamentos del sistema, *habitus* que se adquieren y consolidan (Bourdieu,

2005b), sobre todo con la asistencia primero como observadores y luego como operadores supervisados en la consulta médica, los servicios hospitalarios y las intervenciones quirúrgicas, o bien como estudiantes y luego como ayudantes de investigador. Y en cuanto a los que serán operadores biomédicos, la reiteración de lo teórico y lo práctico a lo largo de al menos cuatro años desemboca en la transformación del estudiante en un profesional que «opera por nota», por usar un símil musical.

La producción social de operadores biomédicos es distinta en cada sociedad, y en su ámbito existe una división técnica del trabajo que los diferencia y jerarquiza. Y desde cualquier ubicación —primer nivel de atención, hospital de gobierno o privado, clínica particular, etc.—, son los encargados de sintetizar y transmitir la ideología (y las teorías) dominante respecto de la salud/enfermedad. Y se van distinguiendo en función de la profundidad que alcancen, en su conocimiento biomédico y en su especialización, respecto del manejo técnico e ideológico de la enfermedad y de los enfermos, atentos a la articulación con los conjuntos sociales en que operan, ya que es a través de sus prácticas que se concreta la eficacia curativa. En dicho sentido, el «conocimiento» teórico puede alcanzar una alta complejidad relativa; puede ser manejado de tal manera que parezca incomprensible «en sí», pero necesita estar articulado en un espacio ideológico y social común de reconocimiento para que su acción sea eficaz y para servir como cura y control (Menéndez 1984b: 75-76).

Relación operador biomédico-usuario

El MMH es coadyuvante, en paralelo con otras instancias de dominación, en la construcción del sentido de la prevalencia en la sociedad y específicamente entre los conjuntos sociales subordinados, con objeto de «asegurar la reproducción consensual, y su propia legitimación» (Menéndez 1984b:78). En parte, la relación operador biomédico/usuario en general, y particularmente en el subsistema de atención rural y suburbano, cumple, aunque con serias dificultades, con dicha tarea. Se espera que el operador biomédico

desempeñe un indiscutible papel jerárquico, aun cuando llegue a extralimitarse y a practicar maltrato verbal y conductas racistas.

En la relación operador biomédico/usuario, cuyo fundamento es una acción «curativa» fincada en las nociones de «poder» de la curación, saber/no saber —conocimiento/ignorancia—, el primero generalmente utiliza un lenguaje complejo, plagado de tecnicismos ajenos al usuario, discurso generalmente incompleto que se reserva los pormenores y no da explicaciones, y a quien además se adjudica en forma omnímoda la posesión, desde lo ideológico, del indiscutible y no negociable criterio de verdad, «científicamente corroborado»; y el usuario queda inevitablemente en posición subordinada y, en general, de «minoría de edad» (Menéndez 1984b:83). Esa forma de relación biomédico-paciente ha sido denominada por J. y L. Emanuel (1999:110) como modelo paternalista.

Y habría que agregar a la relación operador biomédico/usuario, como elementos comunes, otros mecanismos de control dentro de la institución pero fuera del consultorio, tales como el sometimiento a horarios, o procesos administrativos para el otorgamiento de fichas que implican desvelos y filas interminables, largos periodos de antesala para recibir la atención y el medicamento, o que se posponga la consulta por días y hasta meses, normas rígidas con respecto al posible acompañante, el regaño pertinaz a los usuarios por la falta de higiene, por la mala calidad de su alimentación, por no hablar español, etc. Todo ello nos indica, como apunta Menéndez (1984b:84), «que las funciones de control se ejercen, se reproducen, se ocultan y se normalizan inconscientemente».

Comunicabilidad en salud

La comunicabilidad en salud es un elemento transubjetivo fundamental para la imposición de la perspectiva de los grupos sociales dominantes sobre el proceso/salud/enfermedad/atención-prevención inmerso en relaciones de hegemonía/subalternidad-dominación.

En un brillante ensayo, Charles Briggs (2005) subraya la perspectiva dominante presente en la trayectoria que sigue el conocimiento científico desde su formulación hasta su emisión en distintos tipos de mensajes dirigidos, a su vez, a diferentes conjuntos sociales:

En el caso de la salud, las perspectivas dominantes conciben el conocimiento como: *a)* producido por los sectores científicos —por epidemiólogos, investigadores clínicos, científicos de laboratorio, etcétera—; *b)* traducido al lenguaje popular por clínicos, profesionales de las relaciones públicas y periodistas; *c)* transmitido a los legos —en interacciones biomédico-paciente, en actividades de promoción de la salud o a través de los medios de comunicación—; y finalmente *d)* recibido por el público (Briggs 2005: 103-104).

El hecho de vivir en sociedades cuyos procesos de (re)producción de identidades son influidos de manera determinante por los medios de comunicación y donde la conformación y actualización de los conceptos de sociedad presupone términos sobre salud mediatizados de antemano (Briggs 2005:117), permite ver que «hegemonía médica y comunicativa están inextricablemente entretejidas» (Briggs 2005:118) y sitúa la comunicabilidad como un elemento determinante en la socialización de los contenidos producidos por el sector académico, matizados por la capacidad del público para ubicarse en las categorías de conectados o desconectados (García Canclini 2004).

Sobre lo anterior es preciso no perder de vista que la posesión de los medios de comunicación es privilegio de los conjuntos sociales dominantes, ya que: «la comunicabilidad es generadora de relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad jerárquicamente y al reclutar a individuos y poblaciones para ocupar posiciones diferenciadas» (Briggs 2005:104).

La difusión del conocimiento en el campo de la salud corresponde a los científicos, aunque el acceso a los medios está regulado por criterios estrictos, ya que deben remontarse dictámenes que den validez a los contenidos que pretendan publicarse, y escribirlos en inglés, que se ha convertido en la lengua de la ciencia. Por otro lado, la sanción y adecuación de

los temas debe a su vez respetar formatos que permitan su inclusión en los medios que difundirán los asuntos correspondientes. Y una vez logrado esto, al menos en México, habrá lugar a gratificaciones de distinto orden, englobadas en lo que se denomina «estímulos académicos». Se generan así otros mecanismos mediante los cuales se autorregula la (re)producción de los saberes médicos y

es el modo en que las formas discursivas se insertan en y son productoras de las relaciones sociales. La aceptación de la noción de que hay lugares de producción y lugares de recepción, conectados por tecnologías comunicativas, privilegia a los lugares de producción y a los discursos que generan, concediendo por ello a estos últimos unas posibilidades mucho mayores de circulación y de conseguir poderosos efectos sociales, políticos y médicos (Briggs 2005:115).

La comunicabilidad en salud es inequitativa (Briggs 2005:105). Los contenidos dirigidos a los conjuntos sociales, además de ser diferenciales, definen al mismo tiempo los roles de los actores receptores en dicho proceso. Y según el mismo Briggs, las desigualdades no se producen por un acceso diferenciado a las tecnologías, pero en nuestra opinión el posible acceso a tecnologías de comunicación va aparejado con los contenidos dirigidos a los distintos conjuntos sociales; por ejemplo, la falta de acceso a la nube o a la TV de paga implica no solo mayor desinformación, sino también información más sesgada, producida y seleccionada específicamente para los sectores marginales.

Siguiendo con el argumento de Briggs (2005:106), ciertos «actores no profesionales» son caracterizados en algunos folletos y otros materiales dirigidos a dicha población como «productores de un discurso y un comportamiento, que encarnan la ignorancia y/o la resistencia», en tanto que el mensaje dirigido al público «conectado» (García Canclini 2004) no contiene el mismo grado de subordinación y descalificación, sino supone un público informado que busca, además, la actualización constante de la información para un mejor manejo de la diabetes.

Y Briggs agrega:

Como otros tipos de comunicación en salud, los panfletos de educación para la salud y las noticias de salud van más allá de la presentación de contenidos biomédicos para construir performativamente un modelo dominante de comunicación en salud, a los actores sociales, sobre los que recae el peso de ejecutarlo, y los parámetros epistemológicos y comportamentales que cada participante debe interiorizar. A través de sus contenidos y sus rasgos retóricos y visuales, tales textos y transmisiones mediáticas proporcionan cartografías hegemónicas de cómo debería de proceder la comunicación en salud, y enseñan a sus presuntos lectores cómo deben de interpelarse dentro de estos procesos imaginarios (Briggs 2005:106).

Se presentan, de ese modo, ejemplos de mensajes dirigidos a públicos diversos. En primer término, uno publicado en la década de 1970 enfocado a población rural que pretendía «instruirla» en el sentido de no atenderse fuera del ámbito biomédico (lámina 2.1).

Lámina 2.1. Cartel destinado a población originaria



Fuente: Taller del Departamento de Ayudas Visuales. Centro Coordinador Indigenista Tseltal-Tsotsil, autor: Marcelino Jiménez (1975).

Los folletos, carteles y pancartas (véanse láminas 2.2 y 2.3), si bien son de acceso público, constituyen el único material que en ocasiones llega a los conjuntos sociales desposeídos (desconectados, diría García Canclini).

Lámina 2.2 Cartel dirigido a población marginada

¡Controlaré mi diabetes con el apoyo de los profesionales de la salud!



Hablaré con mi farmacéutico

- ▶ Le daré una lista con los nombres de todas mis medicinas, cuándo me las tomo y cuánto tomo de cada una de ellas. La lista incluirá todas las vitaminas, hierbas medicinales y remedios caseros que uso.
- ▶ Le preguntaré si puedo tomar mis remedios caseros y hierbas medicinales con los medicamentos que mi médico me recetó.
- ▶ Revisaré la lista por lo menos una vez al año y la compartiré con mi médico.

Visitaré a mi médico o podiatra

- ▶ Cada año, le pediré que me haga un examen completo de los pies y le pediré que me examinen los pies en cada visita médica.
- ▶ Me revisaré los pies todos los días para ver si tengo cortaduras, ampollas, llagas, manchas rojas, hinchazón, y uñas infectadas.
- ▶ Usaré zapatos que me queden bien y me protejan los pies.





Visitaré a mi especialista de ojos

- ▶ Cada año, le preguntaré si necesito un examen de la vista que incluya dilatación de la pupila.
- ▶ Le pediré que revise mis lentes para asegurarme que son los que más me convienen.
- ▶ Le preguntaré qué puedo hacer si tengo cambios de la vista.

Visitaré a mi dentista

- ▶ Iré por lo menos una vez al año y le diré que tengo diabetes.
- ▶ Le preguntaré cómo debo cepillarme los dientes y cómo debo usar el hilo dental.
- ▶ Le preguntaré cuáles son las señales tempranas de problemas en la boca y las encías.



¡El que más sabe es el que más vive... y vive mejor!

Marzo de 2006

¿Desea más información y materiales educativos gratis? Llame al 1(800)438-5383 (en español y confidencial), o visite www.ndep.nih.gov.






Fuente: <www.ndep.nih.gov> [consulta: 05/2012].

Lámina 2.3. Carteles dirigidos a diabéticos desconectados



Fuente: <https://www.google.com.mx/search?q=carteles+diab%C3%A9ticos&rlz=1C5CHFA_enMX506MX538&espv=2&biw=1302&bih=659&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=-oIHVcebF6vbsATbqIG4CQ&ved=oCBsQsAQ&dpr=1> [consulta: 02/07/2015].

Asimismo, tenemos ejemplos con contenidos encaminados a informar a los conjuntos sociales, que García Canclini denomina públicos conectados (véase lámina 2.4).

Lamina 2.4. Página web dirigida a diabéticos



Fuente: <<http://www.vivecondiabetes.com/>> [consulta: 16/03/15].

La comunicabilidad vista desde la perspectiva de «modelos comunicativos hegemónicos» (Briggs 2005:108) presupone la producción de sujetos jerárquicamente estructurados e implica contenidos y mensajes diferenciados, con enfoque distinto para los conjuntos sociales y para los operadores médicos (lámina 2.5).

La creciente cobertura informativa y la publicidad llegan a ser elementos clave de los esquemas de privatización neoliberales, al presentar una imagen de la asistencia médica menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía que es vendida por instituciones privadas a unos «consumidores» que realizan «elecciones racionales» basadas en sus propios intereses. Dado que, aparentemente, la información de salud está disponible para todos a través de televisión e internet, la diabetes, la obesidad, las enfermedades coronarias, el VIH/sida y otras «enfermedades prevenibles» pueden ser construidas como fallas en la autorregulación (Briggs 2005:114).

Las estrategias aludidas, para favorecer la medicalización, patologizan situaciones como el embarazo/parto/puerperio; publicitan productos para la conservación y mejora de la salud; inducen el fortalecimiento y embellecimiento del cuerpo, para lo cual promueven medicamentos o complementos alimenticios específicos y la automedicación para tratar enfermedades en las que, sugieren, la participación del operador biomédico no es indispensable; anuncian productos y servicios para mejorar funciones deterioradas por el envejecimiento o por enfermedades como la diabetes, etcétera.

Si bien los mensajes guardan coherencia con lo que plantean, bajo este manto se produce, a su vez, la disputa por las audiencias, por los clientes, lo cual se caracteriza por un bombardeo mediático.

Con respecto a la DM y sus complicaciones, destaca la desbordante competencia publicitaria entre empresas químico-farmacéuticas con trípticos y folletos dirigidos a operadores médicos, que anuncian las bondades de nuevos medicamentos para el control de la enfermedad, y a diabéticos y personas de la tercera edad, y la publicidad sobre productos para el tratamiento de la disfunción eréctil y la eyaculación precoz, de gran incidencia en ambos grupos (véase lámina 2.6).

Lámina 2.5. Información dirigida a operadores biomédicos



Fuente: <<http://todoendabetes.org/seccion.medicos/articulos-medicos.html>>
[consulta 13/03/15].

Lámina 2.6. Publicidad para disfunción eréctil



Fuente: <https://www.google.com.mx/search?q=viagra&espv=2&biw=1440&bih=759&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=oahUKEwjRmvGKs8zRAhVN6mMKHcXbCJQQ_AUIBigB#imgsrc=cmZuEhavlZyeRM%3A>.

Otro aspecto de la comunicabilidad que induce al consumo en las cabeceras municipales habitadas por mayas se relaciona con la «figura» esbelta y la fortaleza ligadas a la salud, para lo cual se ofrecen innumerables productos.

Las personas con enfermedades crónicas no contagiosas, en particular las del medio urbano y suburbano que padecen diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID), sobrepeso, obesidad y problemas cardiovasculares se sitúan en el centro de interés de estos mercados; para ellos se elaboran y reelaboran imaginarios que apuntan a que el individuo organice su vida como satélite de la institución biomédica, la farmacia y el gimnasio,⁵ y en la medida en que se someta a los lineamientos para el control de la enfermedad estará en posibilidad de acceder a lo que Menéndez destaca como «despatologización», lo que si bien no obvia el círculo de vida dependiente de la biomedicina y sus instituciones, idealmente le permite al sujeto «conectado» conformar mecanismos mentales y emocionales mediante los que reelaborará una representación de la enfermedad que puede llegar a ser tangencial, e incluso jugar el juego de la conservación de la salud/juventud. Sobre lo anterior explica:

un sujeto [al] que [...] le detectan DM desarrollará su vida a través de su enfermedad, lo cual significa no solo que algunas de sus actividades deberán reorganizarse en torno a su padecer, sino que este es parte de su manera normal de «estar en el mundo» y/o de su identidad como sujeto. Pero este estar en el mundo no solo *normaliza lo patológico como parte de la vida* —hasta posiblemente despatologizarlo—sino que normaliza el uso de medicamentos y tratamientos que en su mayoría proceden del saber biomédico y de la industria químico-farmacéutica por lo menos para algunos sectores sociales, que en determinados países tanto centrales como periféricos son los mayoritarios. Este tipo de procesos, que son parte sustantiva de la vida de los sujetos y grupos, normaliza la biomedicalización como parte de los saberes y experiencias cotidianas (Menéndez 2002: 181 [subrayado nuestro]).

⁵Sobre el particular véase Le Breton, 2006:160.

3. Hegemonía/subalternidad-dominación

Políticas públicas

Tomando como eje la noción de hegemonía/subalternidad-dominación, en este apartado abordamos la política en salud dirigida a «entornos de escasos recursos» (OMS 2012a:9), en concreto lo concerniente a diabetes mellitus (DM), con base en un esquema vertical descendiente que parte de las posturas de los organismos colaterales y asociaciones internacionales, para luego acercarnos a las del gobierno mexicano y asociaciones nacionales, todos los cuales de alguna manera se ocupan de las enfermedades/síndromes no transmisibles crónicos y en particular de la diabetes.

Gestión de la política pública

El organismo internacional que rige los aspectos ligados al proceso/salud/enfermedad/atención-prevención (PSEA-P) es la Organización Mundial de la Salud (OMS [WHO, por sus siglas en inglés]), que sitúa en su filial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los asuntos relacionados con el continente americano. Se establecen desde ahí las políticas y recomendaciones en general y en particular sobre enfermedades no contagiosas crónicas como diabetes, cáncer, enfermedades vasculares y enfermedades crónicas respiratorias (OMS 2013a:1).

Entre los organismos subordinados y asociaciones internacionales no gubernamentales con influencia en políticas y recomendaciones relacionadas con la DM destacan: International DM Federation (IDF), creada en 1950, cuya misión se enfoca a la prevención y el control de la DM en el mundo;⁶ NCD-Alliance (Non-Communicable Diseases Alliance), constituida en mayo de 2010 por acuerdo entre IDF, World Cancer Research Fund International (WCRF International), World Heart Federation (WHF) y Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD);⁷ Federación Internacional de DM (IDF) y Non Communicable Disease Alliance (NCD-Alliance).

La Federación Internacional de DM (IDF, por sus siglas en inglés) es una organización «paraguas» conformada por más o menos 200 asociaciones de DM de 160 países y territorios (integradas principalmente por profesionales de la salud especializados en DM). Este organismo, en su *IDF Diabetes Atlas*, cuya última actualización se publicó en 2013 (IDF 2013), incluye información encaminada a incidir en programas y políticas del desarrollo: actualiza las estimaciones sobre frecuencia y colecta datos sobre el impacto socioeconómico de esta enfermedad; asimismo, edita *Annual reports*,⁸ *Diabetes Voice*,⁹ *IDF Newsletters*¹⁰ y *Diabetes research and clinical practice*,¹¹ todas dirigidas a profesionales biomédicos.

En cuanto a educación, la IDF ha logrado centrarse en la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinario en el cual se asuma que toda persona que vive con DM (PVDm) tiene el derecho de aprender a manejar su enfermedad con el respaldo de profesionales de salud entrenados (IDF 2009:4). Dicha federación, además, cuenta con un fondo destinado a la investigación y al logro de intervenciones de costo-efectividad sostenibles para la prevención y el control de la DM en el mundo (IDF 2009:4). Otra de sus tareas es financiar programas orientados al cuidado de niños diabéticos.

⁶ <<http://www.idf.org/OMS-we-are>>.

⁷ <<http://www.ncdalliance.org/OMS-we-are>>.

⁸ <<http://www.idf.org/publications/annual-report>>.

⁹ <<http://www.idf.org/diabetesvoice>>.

¹⁰ <<http://www.idf.org/publications/newsletters>>.

¹¹ <<http://www.idf.org/publications/diabetes-research-and-clinical-practice>>.

Lámina 3.1. Órgano de difusión de la IDF



Fuente: <<https://www.idf.org/e-library/diabetes-voice/issues.html>>.

Para mejorar su funcionamiento, la IDF se ha dividido en regiones. En América cuenta con la North American and Caribbean (NAC), de la que México forma parte, y la South and Central America (SACA) (IDF 2009:5).

En general, la IDF y sus filiales en los diferentes países centran sus campañas en influir en los conocimientos y en las posturas de los profesionales de la salud.

La IDF, además de participar activamente en la Non Communicable Disease Alliance (NCD-Alliance), interviene de manera independiente en las reuniones de la OMS en las que pugna por que se emitan recomendaciones en torno a la DM y se incorpore en los objetivos del milenio, junto con las otras enfermedades crónicas no contagiosas que no han sido incluidas. Derivado de dicha interacción estas dos federaciones, junto con la OMS, han generado a lo largo de las últimas tres décadas iniciativas dirigidas a países dependientes.

El Día Mundial de la Diabetes se creó en 1991 como medio para aumentar la concienciación global sobre la diabetes. Es una oportunidad perfecta para dirigir la atención del público hacia las causas, síntomas, complicaciones y tratamiento de esta grave afección, que se encuentra en constante aumento en todo el mundo.

El Día Mundial de la Diabetes (DMD) es la campaña de concienciación sobre la diabetes más importante del mundo. Fue instaurado por la Federación Internacional de Diabetes (IDF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, como respuesta al alarmante aumento de los casos de diabetes en el mundo. En 2007, Naciones Unidas celebró por primera vez este día tras la aprobación de la Resolución en diciembre de 2006 del Día Mundial de la Diabetes, lo que convirtió al ya existente Día Mundial de la Diabetes en un día oficial de la salud de la ONU (Fundación para la diabetes 2017).

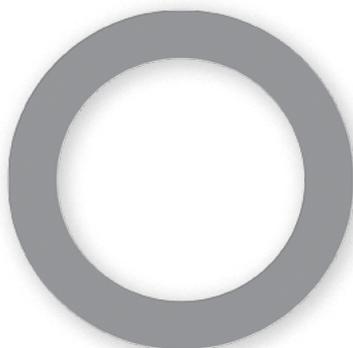
En 2004, la OMS y la IDF emitieron la iniciativa «Diabetes now», documento aún vigente cuya intención clave —mas no manifiesta— es la reducción del impacto que está causando a nivel mundial la enfermedad en poblaciones de recursos económicos escasos y medianos, por medio de estrategias centradas en una labor de concientización sobre sus

complicaciones y la necesidad de adoptar medidas preventivas a nivel familiar (OMS/IDF 2004:4).

La estrategia propuesta, abanderada por todas las agencias y que está presente en los documentos de política mexicana (Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Modelo Integrado de Atención a la Salud «MIDAS», Seguro Popular de Salud «SPS»), es la de inducir, mediante acciones de costo-beneficio, estilos de vida sanos: dieta sana, actividad física, evitar el sobrepeso, la obesidad, el consumo nocivo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo. En el documento se argumenta que resulta más barato promover un cuidado preventivo, educar y cuidar, que invertir en costosos tratamientos médicos (OMS/IDF 2004:11).

Dos puntos destacan en la iniciativa; primero, la consideración de que para que el cuidado de la DM sea óptimo deben diseñarse las estrategias de conformidad con las necesidades de las personas y con planes diarios, puesto que el cuidado le corresponde al enfermo y a sus familiares, y no al profesional de la salud (OMS/IDF 2004:11); y, segundo, que no basta con educar y promover cambios si no se incide a la vez en escenarios que

Logotipo IDF



Fuente: <<http://www.diabetesbluecircle.org/>>.

logren persuadir a las personas de evitar comportamientos opuestos a los que se proponen. En ese sentido, es necesario generar cambios en la actividad física, en las formas de transportación y diseño urbano, para promover prácticas que incrementen el gasto calórico; asimismo, normar sobre la publicidad en temas de alimentación y prácticas cotidianas, y generar medidas para que se incrementen los precios de los alimentos «chatarra» (OMS/IDF 2004:12).

A partir de diciembre de 2006, y tras respaldar la resolución 61/225 de Naciones Unidas,¹² la IDF encabezó esfuerzos en favor de la estrategia mencionada (IDF 2009:2), por medio de acciones locales y globales, desde programas comunitarios hasta iniciativas de alcance mundial (IDF 2009:3). Paralelamente, interviene en el seno de la NCD-Alliance para conseguir un incremento significativo en la inversión global dirigida a detener el avance de la DM y otras enfermedades (IDF 2009:3).

Luego, tras la exclusión de las enfermedades no contagiosas de los objetivos del milenio, en la NCD-Alliance se elaboraron cinco demandas:

1. La DM y otras enfermedades no contagiosas deben ser incluidas en la revisión de los objetivos de desarrollo para el milenio.
2. Los medicamentos esenciales deben estar al alcance de todas las personas que viven afectadas por enfermedades no contagiosas.
3. El financiamiento para enfermedades no contagiosas debe ser incrementado de inmediato.
4. Debe realizarse una sesión especial de la asamblea general de Naciones Unidas sobre enfermedades no contagiosas.
5. El tratamiento y la prevención de las enfermedades no contagiosas debe ser integrado a los sistemas nacionales de salud y a la agenda global para el desarrollo (IDF 2009:3).

¹² Que conmina a los países miembros a que desarrollen políticas nacionales para la prevención, el tratamiento y el cuidado de los diabéticos, a la par del fortalecimiento de sus sistemas de atención a la salud, regidos bajo los acuerdos internacionales sobre desarrollo y las metas del milenio.

En lo que corresponde a México, las organizaciones registradas ante la IDF y reproductoras de sus posturas son la Federación Mexicana de Diabetes (FMD)¹³ y la Sociedad de Nutrición y Endocrinología.¹⁴ Sus páginas web están destinadas a socios, profesionales de la salud y público «conectado» (García Canclini 2004), contribuyendo a un mejor manejo de la DM. Asimismo, organizan congresos anuales donde los especialistas asociados y otros profesionales de la salud discuten los avances en el manejo y tratamiento de la enfermedad.

Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Como resultado de las demandas de la IDF/NCD-Alliance, en 2012 y 2013 la OMS publicó dos documentos clave donde claramente se delinean los derroteros a seguir en materia de políticas públicas dirigidas a entornos de escasos recursos, respecto de enfermedades no contagiosas y colateralmente DMNID.

El primero de estos documentos: «Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings: cancer, heart disease and stroke, diabetes, chronic respiratory disease», publicado en 2012, contiene un apartado por cada una de las cuatro enfermedades/síndromes clasificadas como las de mayor importancia de las que no son transmisibles. El que aquí interesa es el que trata de la diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), en el cual se plantea como principal objetivo mejorar la calidad en el cuidado y la evolución de la enfermedad en entornos de escasos recursos, incorporando su manejo en el primer nivel de atención, con lo que, se asegura, se reducirá el riesgo de complicaciones agudas y crónicas de la diabetes (OMS 2012a:9).

Las intervenciones recomendadas en dicho documento son:

¹³ <<http://www.fmdiabetes.org>>.

¹⁴ <www.endocrinología.org.mx>.

- Utilizar los instrumentos manuales (glucómetros) para el diagnóstico y monitoreo de la DM.
- Aconsejar a las personas con sobrepeso que reduzcan la cantidad de alimento que ingieren.
- Aconsejar a los enfermos que consuman alimentos de bajo índice glucémico (frijol, lentejas, avena y frutas no azucaradas).
- Aconsejar a los enfermos que diariamente hagan ejercicio apropiado a sus capacidades.
- El uso de metformina como medicamento de primera línea.
- La administración de sulfonilureas en enfermos intolerantes a la metformina o que no sea el único recurso para el control de la glucemia.
- Prescribir estatinas a diabéticos de ≥ 40 años de edad.
- Vigilar en los diabéticos no insulino dependientes que su presión arterial sea $\leq 130/80$ mmHg.
- Entrenar al personal para que reconozca y eduque a las PVDM en el reconocimiento y manejo de las complicaciones más frecuentes de la DM (pie diabético, retinopatía, insuficiencia renal y neuropatía).
- Entrenar al personal para que reconozca y maneje, a base de sueros, las complicaciones derivadas de la hipoglucemia.
- Capacitar al personal para que reconozca las hiperglucemias y proceda a su manejo inmediato y a su canalización a segundo nivel (OMS 2012a:9-11).

El segundo documento, de 2013, se titula «Global action plan for the prevention and control of Noncommunicable diseases 2013-2020». En este se propone, como objetivo central de la estrategia hacia el año 2020, reducir en 25% las enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante ECNT) prevenibles, así como la morbilidad, la mortalidad y la carga de daño por la discapacidad que generan, por medio de la cooperación multisectorial y de acciones a nivel nacional, regional y global, de tal manera que las poblaciones alcancen el mayor nivel posible de salud y productividad en las edades promedio y que dichas enfermedades ya no constituyan barreras para el bienestar y el desarrollo socioeconómico (OMS 2013a:3).

El documento sostiene que la mayor parte de las muertes prematuras por ECNT son prevenibles y que los sistemas de salud deben responder de manera más efectiva y equitativa en el cuidado de las personas afectadas e influir en las políticas públicas de los sectores no ligados a la salud para compartir el trabajo encaminado a neutralizar y eliminar los factores de riesgo compartidos como tabaquismo, dieta malsana, inactividad física y consumo dañino de alcohol (OMS 2013a:1).

Algunos de los puntales de la estrategia son: el empoderamiento de las personas y de las comunidades; la cobertura universal en salud; la gestión de los conflictos de interés, reales o potenciales; el abordaje de la problemática con respeto de los derechos humanos y con programas y acciones equitativos (OMS 2013a:3).

Las metas globales del plan de acción son:

- Reducir a 25% el riesgo prematuro de morir por ECNT; disminuir 10% del uso dañino de las bebidas alcohólicas y de la prevalencia de inactividad física; 30% de reducción en el consumo de sal/sodio, así como en el de tabaco; 25% de reducción en la prevalencia de hipertensión arterial y, en cuanto a nuestro problema de estudio, detener el incremento de PVDM y obesidad.
- En el asunto de la asistencia médica, se espera que al menos 50% de las personas con ECNT la reciban, además de asesoría y cuidados, incluyendo control glucémico, así como intervenciones encaminadas a la prevención de accidentes vasculares cardíacos, pulmonares y cerebrales; finalmente, 80% de disponibilidad de la tecnología básica diagnóstica y terapéutica, tanto como medicamentos esenciales, incluso genéricos, tanto a nivel público como privado (OMS 2013a:5).

Independientemente de términos como equidad y derechos humanos, en el discurso de estas agencias se precisa la importancia que dan a la orientación bajo el criterio de costo-beneficio de las propuestas de acción enfocadas a poblaciones de medianos y escasos recursos.

En síntesis, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) con respecto a las ECNT y específicamente sobre DM para Latinoamérica, es que los países:

- a) asignen alta prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
- b) establezcan o fortalezcan mecanismos multisectoriales;
- c) fortalezcan o establezcan sistemas de vigilancia para el monitoreo y la evaluación de las políticas y los programas sobre las enfermedades no transmisibles;
- d) establezcan o fortalezcan intervenciones para reducir la frecuencia de los factores de riesgo y aumentar la prevalencia de los factores protectores;
- e) reorienten y fortalezcan los sistemas de salud para mejorar la cobertura, el acceso y la calidad en la atención que se brinda a las personas que tienen enfermedades no transmisibles o sus factores de riesgo, sobre la base de la atención primaria (OMS/OPS 2012a:3-4)

Además, se hace hincapié en que al abordar las ECNT deben tomarse en cuenta:

los determinantes sociales de esas enfermedades, como la equidad, el género, la educación, los derechos humanos y la protección social. En la región existen niveles elevados de inequidad en cuanto al estado de salud y el acceso a servicios de atención sanitaria asequibles. Esas desigualdades en materia de salud coexisten con desigualdades socioeconómicas más amplias que causan diferentes niveles de exposición a riesgos para la salud asociados con la pobreza, la degradación del medio ambiente, las condiciones de trabajo peligrosas y otros factores de riesgo vinculados con el comportamiento (OMS/OPS 2012b:4).

Sobre la base de lo expuesto, abordaremos cómo el gobierno mexicano ha conformado su política en salud a partir de las propuestas de los organismos y agencias internacionales, hasta desembocar en lo que se ha dado en llamar las reformas estructurales en salud.

Políticas públicas en México y reforma en salud

En los temas de salud, y específicamente en el de la DM, el Estado mexicano basa su «discurso» en las recomendaciones emitidas por los principales organismos internacionales —OMS/OPS—, así como en el condicionamiento financiero del Banco Mundial. La Secretaría de Salud es la instancia con atribuciones para normar la política pública en la materia, apegada a la Constitución federal y a la Ley Federal de Salud; planifica y ejecuta programas, proyectos y acciones sexenales. En la actualidad rige el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PSS) (Gob. Rep. 2013) que en relación a DM ha delineado la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la DM (Secretaría de Salud 2013).

Las recomendaciones vertidas por los organismos internacionales claramente se dan en el marco de las reformas económicas de mercado —que se adoptaron en la región a partir de la década de 1980, en el «contexto de las crisis económicas recurrentes (1982, 1995, 2002)» (López y Blanco 2007:56)—, encaminadas a limitar la participación del Estado en los procesos económicos, así como a reducir las intervenciones del sector público mediante la privatización de servicios históricamente otorgados por este a la población, con lo cual la política social quedó subordinada a la política macroeconómica. Al respecto, Uribe y Abrantes mencionan que en México:

las reestructuraciones han comprendido una reforma constitucional para reconocer el derecho a la protección en salud e incluir al sector privado como parte constitutiva del sector salud [...] la introducción de mecanismos de mercado, y la incorporación de los principios de la descentralización en el manejo de los recursos y programas de salud (Uribe y Abrantes 2013:136).

Asimismo:

En el ámbito de la Secretaría de Salud, la Fundación Mexicana para la Salud A. C. (FUNSALUD) trató de que algunas de las sugerencias que había propuesto

para la reforma fueran incluidas (FUNSALUD 1994); específicamente separar las funciones de la Secretaría de Salud, avanzar en la descentralización y generar un paquete básico de servicios para la llamada «población abierta». Esas iniciativas eran parte del Programa de Reforma del Sector Salud financiado con recursos del BM (López y Blanco 2007). Finalmente, en 1995 se estableció el primer paquete de servicios y tratamientos que incluía 13 intervenciones como parte de las acciones básicas de salud y se avanzó en la descentralización (Uribe y Abrantes 2013:142).

Dicho proceso ha impactado paulatina y severamente las condiciones de vida de amplios sectores. Así, junto a un proceso de empobrecimiento gradual, la atención en materia de salud para esos «pobres» se ha visto afectada a consecuencia de que las acciones tienden a limitarse a intervenciones selectivas sujetas a criterios de costo-beneficio, como resultado de la disminución presupuestal y la consecuente restricción del gasto público.

Al respecto, López et al. y Laurell mencionan:

La transformación sexenal (1982-1988, 1988-1994, 1994-2000 2000-2006)¹⁵ de la política de salud forma parte de la reforma del Estado, en donde la política social se modifica y asume un papel residual y subordinado a las directrices del modelo neoliberal destructor de derechos; se abandonan las perspectivas de universalidad e integralidad y se impulsa una visión minimalista del derecho a la protección a la salud, que ofrece algunos servicios públicos para los «pobres», mientras se promueve activamente que las necesidades de salud de los «no pobres» convertidos en clientes, se resuelvan en el mercado (López y Blanco 2007, Laurell y López 2002).

En México, en 2000 se emitió la primera reforma a la Ley General de Salud que dio sustento legal para la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

A partir de 2001 la Secretaría de Salud propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) que enfatiza los aspectos gerenciales y

¹⁵ Y agregaríamos los sexenios 2007-2013 y 2013-2018.

administrativos para flexibilizar la operación de los servicios de salud por medio de organismos públicos descentralizados y facilitar la subrogación y la articulación de diversos prestadores de servicios (privados, sociales y públicos) (Secretaría de Salud 2001).

En 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, conocido como Seguro Popular de Salud (SPS), y en abril de 2003 se reforma la Ley General de Salud con la adición de un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud, que plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de equidad y protección financiera (Frenk 2012, López y Blanco 2007:58).

La segunda reforma realizada en 2003 fue promovida por FUNSALUD —encabezada por Julio Frenk, en ese momento secretario de Salud del régimen— bajo los siguientes criterios: insuficiente inversión en salud, cambio en el perfil patológico derivado del envejecimiento de la población, demanda ciudadana por mejores servicios de salud, disminución del gasto de bolsillo de la población, pero, sobre todo, disminución del gasto social estatal. Sobre dicha base se propuso la generación de estrategias bajo el principio de costo-beneficio e instituyendo —como fustigó la fundación Rockefeller en consonancia con el Banco Mundial— una atención primaria selectiva dirigida a los grupos más desprotegidos. Esa modificación sentó las bases para la implementación de la ley mediante la cual se creó el Seguro Popular (SP) (Frenk 2012, Uribe y Abrantes 2013:136-138).

El Seguro Popular de Salud se constituye en el instrumento privilegiado por el gobierno federal en el periodo 2000-2006, para continuar con la transformación del sistema de salud en México. La magnitud de los recursos asignados a este programa a partir de su aprobación formal tiene una velocidad de crecimiento notable, pues prácticamente duplica su monto año con año entre 2004 y 2006, pasando de 8 mil millones de pesos a 26 mil millones de pesos, lo que muestra su importancia (López y Blanco 2007:58).

No obstante, entre 2005 y 2007 se detectó el desvío de los fondos destinados al SP:

el informe de la cuenta pública 2005 señala que la Secretaría de Salud dispuso de 534 millones 922 mil pesos por conducto del fondo de protección contra gastos catastróficos, sin la respectiva comprobación de su uso y destino (Auditoría Superior de la Federación, 2006). Sin embargo, el caso más notable de manejo irregular de los recursos se relaciona con el incumplimiento en la elaboración de las tarjetas de beneficiarios del Seguro Popular de Salud, en donde procedió ya una denuncia penal y sanciones administrativas a los funcionarios involucrados. En junio de 2007, el comisionado del Sistema de Protección Social en Salud fue inhabilitado por 10 años y la Secretaría de la Función Pública tiene abiertos dos expedientes en su contra por un daño patrimonial al erario de 368 millones de pesos, además existen denuncias de fraude en cuatro entidades federativas (Laurell 2007, citado en López y Blanco 2007: 59).

En el mismo tenor, en 2015, a dos años de iniciado el sexenio de Peña Nieto, y a 20 de operación del Seguro Popular (SP), se constata por enésima vez el desvío de recursos financieros, que inevitablemente se traduce en limitaciones del SP. Sobre el particular, el Centro de Análisis e Investigación Fundar, A. C. difundió

un análisis sobre los resultados de una auditoría realizada por la federación a los estados de la República en 2010, con objeto de verificar el uso de los recursos destinados al SP. Dicho informe mostró irregularidades en una cuarta parte del presupuesto auditado en aspectos como documentación comprobatoria del gasto, adquisición de medicamentos y transferencia de los recursos de la salud a otras cuentas que tienen un impacto directo en la operación de los servicios públicos. Sobresalen casos como los del Estado de México con 69% de irregularidades en el presupuesto; Veracruz, 57%, y Sinaloa, 50% (Lavielle 2012, citado en Uribe y Abrantes 2013: 150).

Faltaría mencionar, dentro de la auditoría, los severos problemas de uso indebido de dicho presupuesto en el gobierno de Juan Sabines en Chiapas (Aristegui-noticias 2008).

En cuanto al trato que los grupos originarios reciben por parte del SPSS, FUNSALUD ha registrado las bajas coberturas y de uso de servicios

que les afectan, aunado a que los estados con mayor riqueza y menos población originaria han recibido mayor presupuesto:

los estados del norte, generalmente entre los más prósperos del país, recibieron más recursos públicos que los del sur; esto se ejemplificó en el gasto per cápita en salud de la población no asegurada de Baja California Sur que fue de 2 128 pesos en 2005, mientras que en Guerrero fue de 773 pesos en el mismo año (FUNSALUD 2006-2012:26, Uribe y Abrantes 2013:150-151).

Uno de los problemas más graves que enfrenta el SP es que el porcentaje del PIB asignado no basta para financiar el programa. Esto como consecuencia de la rapiña impune sobre los recursos y que 68% de los asegurados se ubican dentro de los deciles de mayor pobreza, por lo que no están en posibilidad de aportar un copago al seguro, y aquellos que sí podrían, no lo hacen (FUNSALUD 2013, en Uribe y Abrantes 2013:151-152). Esto da lugar, entre otras cosas, a paquetes básicos de salud notoriamente restringidos, sobre todo en comparación con lo que ofrece la seguridad social (Uribe y Abrantes 2013:152). Aún más, aunque las intervenciones de gastos catastróficos para las ECNT están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CNPSS/SP 2014), como es disponer de insulina, tratamiento del pie diabético y amputaciones, atención a emergencias cardiacas y accidentes vasculares, en los hechos, al menos los diabéticos mayas rurales de los Altos de Chiapas difícilmente acceden a la insulina y a la atención para paliar las complicaciones, a menos que recurran al servicio de segundo nivel en el área urbana. Mientras que otras complicaciones como la insuficiencia renal, si es que el enfermo cuenta con el recurso, se van a gasto de bolsillo, o bien, sobrevienen irremediablemente el agravamiento y la muerte, lo cual se constata en la elevada mortalidad por esa causa.

El fondo de protección contra gastos catastróficos que provee recursos para la atención de tratamientos costosos (p. e. insuficiencia renal, cáncer cervicouterino, VIH-sida, prematurez) presenta ya una situación deficitaria, que está siendo utilizada como argumento para dejar fuera intervenciones reconocidas y publicitadas, y se perfila la necesidad de nuevos filtros,

copagos y otras formas para restringir y desalentar el uso de servicios previstos. Así, en abril de 2007, la Secretaría de Salud suspendió la afiliación de pacientes con insuficiencia renal crónica, que supuestamente serían atendidos con recursos del fondo mencionado, con el argumento de su alto costo (López et al. 2007:59).

Al indagar sobre la disposición de insulina en la jurisdicción a la que pertenece la unidad de la Secretaría de Salud de Tenejapa se descubrió que la escasa insulina y otros recursos específicos para la DM como reactivos para la hemoglobina glucosilada que llegan a la jurisdicción sanitaria son entregados en su totalidad al centro de salud Los Pinos de SCLC, que cuenta con dos Grupos de Ayuda Mutua (GAM) «acreditados» que pugnan por el nivel de excelencia en una competencia promovida por la misma institución.¹⁶ «Tienen preferencia los GAM acreditados y re-acreditados como Queens 1, Chanal; a ellos nunca les ha faltado, de hecho tenemos kits apartados para ellos que son exclusivos» (entrevista al doctor Salvador, Jurisdicción Sanitaria V, Altos, 20/01/12).

La reforma en salud

En torno a la discusión sobre la reforma estructural en salud, encontramos dos posiciones ciertamente polarizadas; por un lado, los que se inclinaron por el mercado regulado, postura sostenida e impulsada desde FUNSALUD

¹⁶ Al respecto, Acero (2012:47-49) precisa: «Como ya se mencionó, el doctor José María (del centro de salud Los Pinos) es el encargado de recibir recursos materiales para detecciones, pero también para ciertos estudios especializados, como lo es el de la hemoglobina glucosilada, la cual debería ser una prueba obligada cada tres meses para toda persona con DM que lleve el tratamiento en cualquier unidad médica de la jurisdicción; sin embargo, la Secretaría de Salud solo realiza este estudio entre los integrantes de los GAM sujetos a un proceso de acreditación; la justificación se basa en que la población, en comparación con la población abierta que se atiende en el centro de salud está más comprometida con su salud y es menor. [...] el centro de salud de Los Pinos cuenta con dos grupos acreditados y reacreditados, que van por la acreditación por excelencia, uno más que está activo, pero no acreditado. La Jurisdicción Sanitaria II es la única que cuenta con tres GAM acreditados y en proceso de acreditación por excelencia en el estado».

y, por otro, los que propusieron una reforma estructural que «resuelva la fragmentación del sistema de salud y garantice el acceso para todos los ciudadanos a partir de criterios de equidad, de acceso efectivo y de la materialización del derecho a la salud garantizado por el Estado» (Leal 2013, Uribe y Abrantes 2013:153).

No obstante, fueron las propuestas hechas por FUNSALUD las que prevalecieron, dando como resultado el fortalecimiento político y operativo de la fundación, que mostró ser la instancia, aunque de carácter privado, con mayor influencia en la configuración del SPSS (Uribe y Abrantes 2013:156).

Ante la pregunta: ¿Cuál ha sido el impacto de la política neoliberal en salud?, Nivaldo Linares y Oliva López presentan un acucioso resumen sobre desigualdad e inequidad en salud en México (cuadro 3.1) (Linares et al. 2012).

Dichos autores apuntan que «La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es la evidencia empírica expresada en agregados estadísticos» (Linares et al. 2012:592).

De acuerdo con Linares, en 1995 el análisis de la desigualdad relativa global de salud indicaba que 43.7% de los estados del país presentaron niveles de desigualdad, mientras que para 2002 esta proporción se elevó a 75.0%, es decir, hubo un incremento de poco más de 30%, con la excepción de cinco entidades (15.6%): Ciudad de México, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco, que mantuvieron una menor desigualdad relativa global en esos años, y de tres estados que cambiaron su situación de desigualdad relativa global, al pasar de una desigualdad franca a una menor; 75.0% de las entidades federativas del país mantuvieron en 2002 el mismo nivel de desigualdad relativa global que en 1995 (Linares et al. 2012:594).

El análisis para la desigualdad relativa de los resultados de salud muestra que los estados de Oaxaca, *Chiapas*, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato, con evidencia de presentar desigualdades para 1995, mantuvieron esa condición en 2002 (Linares et al. 2012:594).

La desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud mostró una situación de incremento de la desigualdad. Para 1995, 21 estados (65.6%) del país evidenciaron presencia de desigualdades en los servicios de salud. Esta proporción se mantuvo hacia 2002; sin embargo, al ser incluidos los indicadores sobre las «intervenciones de reforma», la proporción de entidades con desigualdades en el acceso a los servicios de salud ascendió a 24 (75.0%) (Linares et al. 2012:594, subrayado nuestro).

Cuadro 3.1. Desigualdad relativa global y dimensiones de equidad por entidad federativa según modelos INIQUIS de 1995 y 2002

| Entidad federativa | 1995 | | | | INIQUIS 2002 | | | |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|
| | RS | AS | CV | DRG | RS | AS | CV | DRG |
| Oaxaca | 0.6146 | 0.7769 | 0.5561 | 0.6492 | 0.7169 | 0.7629 | 0.6145 | 0.6981 |
| Chiapas | 0.5955 | 0.7495 | 0.5826 | 0.6425 | 0.6552 | 0.6617 | 0.6082 | 0.6417 |
| Puebla | 0.5682 | 0.7922 | 0.5637 | 0.6414 | 0.6723 | 0.6375 | 0.6026 | 0.6375 |
| Edo. de México | 0.5091 | 0.7192 | 0.6047 | 0.6110 | 0.5997 | 0.6388 | 0.6093 | 0.6159 |
| Guerrero | 0.5528 | 0.7151 | 0.5540 | 0.6073 | 0.5519 | 0.6767 | 0.5759 | 0.6015 |
| Sonora | 0.3593 | 0.4154 | 0.4461 | 0.4069 | 0.3606 | 0.3842 | 0.4203 | 0.3884 |
| Ciudad de México | 0.4055 | 0.2496 | 0.5599 | 0.4050 | 0.3313 | 0.4007 | 0.3270 | 0.3530 |
| Tamaulipas | 0.3527 | 0.4092 | 0.3971 | 0.3863 | 0.3248 | 0.3968 | 0.3044 | 0.3420 |
| BCS | 0.3098 | 0.3112 | 0.4327 | 0.3512 | 0.1982 | 0.0472 | 0.3127 | 0.1860 |

RS: desigualdad relativa en los resultados de salud; AS: desigualdad relativa en el acceso a servicios de salud; CV: desigualdad relativa en las condiciones de vida; DRG: desigualdad relativa global.

La tabla se elaboró en forma decreciente, tomando como referencia el valor de DRG del INIQUIS 1995 (tomado de Linares et al. 2012:595-596).

Plan Nacional de Salud 2007-2012: el discurso

Al margen de los aspectos puntuales y más complejos de la política pública en salud, en este apartado se revisa el discurso del Estado dirigido a los sectores pobres, así como las estrategias que planteaba ejecutar con objeto de maximizar el gasto y elevar las condiciones de salud de la población.

Se hace referencia al Plan Nacional de Salud 2007-2012, pues durante este periodo se inició esta investigación. El gobierno calderonista emitió un mensaje según el cual se mejorarían las condiciones de salud de la población mediante una gestión eficiente y de mayor calidad en los servicios y un trato conveniente para los usuarios; asimismo, pretendía reducir las desigualdades hechas con los distintos estratos de la población; favorecer y fortalecer una «nueva cultura en salud» con énfasis en «la importancia de estilos de vida saludables», y «fomentar el autocuidado de la salud e impulsar la prevención de las enfermedades y sus discapacidades» (Secretaría de Salud 2007:5).

De ese modo, los ejes que se plantearon para el abordaje de las ECNT fueron: apoyar la prevención y promoción de la salud, garantizar el aseguramiento universal y los servicios libres de riesgos sanitarios, el suministro oportuno de medicamentos e insumos, y fortalecer infraestructura y equipamiento (Secretaría de Salud 2007:5).

A reserva de la coherencia del discurso con los postulados de organismos internacionales, estos criterios sustentan que las ECNT como la diabetes son más frecuentes en la población senescente, estrato poblacional en incremento en México:

que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que nos aquejan predominantemente como sociedad demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad (Secretaría de Salud 2007: 17).

Así, con la estrategia propuesta en el Plan Nacional de Salud se pretende disminuir el impacto financiero de la DM mediante la prevención y la promoción. Por tanto, se propuso garantizar recursos financieros suficientes para la protección contra riesgos y promoción de la salud, así como consolidar una reforma financiera mediante la cual se asegurara el acceso universal a los servicios (Seguro Popular).

Sin embargo, dado que el presupuesto se vio afectado por el mal uso de los recursos, las acciones ya de por sí enfocadas en «intervenciones

costo-efectividad» se abocaron al supuesto fortalecimiento de las prácticas de prevención y promoción «como las alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren tratamientos más costosos y prolongados» (Secretaría de Salud 2007:8). El balance sexenal apunta a que no se puede hablar de cambios a favor de una atención centrada en la prevención y la promoción, y mucho menos efectuada con pertinencia y calidad para las personas provenientes de grupos que viven en pobreza y con diabetes, así como para ninguna otra patología.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

En la introducción al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la secretaria del ramo, la doctora Mercedes Juan, quien ocupara el cargo hasta febrero de 2016, reprodujo de manera cabal el discurso de los organismos internacionales, marcando mediante seis objetivos lo que supuestamente sería el derrotero de la política de salud del sexenio:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (Gobierno de la República 2013:47).

Con base en el fallido Seguro Popular, el gobierno de la República se propuso reorientar las acciones de salud priorizando la promoción y la prevención. Perpetuó el ya desgastado y nada creíble discurso sobre el acceso efectivo a servicios de salud, calidad y disminución de brechas entre

los distintos conjuntos sociales. Resulta oportuno mencionar que no se ha concretado en los centros y casas de salud ni en unidades biomédico-rurales situados en las regiones habitadas por población originaria en lo que va del sexenio.

Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Dentro del PSS en 2013 se delineó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes Mellitus (en adelante ENPCSOD o Estrategia). El eje del proyecto se finca en el cambio de enfoque de la atención: desplazar las acciones curativas a un segundo plano al situar como puntales la promoción, la prevención y la educación (Secretaría de Salud 2013:8-9).

Para tales efectos, plantea una utilización orientada de la «comunicación educativa» para convencer a la población de reducir el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutrimental (Secretaría de Salud 2013:9-10).

En términos de atención médica, se habla de implantar «un modelo de atención integral basado en la prevención activa, el suministro eficiente de insumos y medicamentos, la capacitación de personal y la incorporación de las innovaciones en tecnologías de la información» (Secretaría de Salud 2013:10), detección temprana de ECNT, tratamiento de calidad y oportuno (Secretaría de Salud 2013:36).

Las acciones que se ha propuesto realizar la ENPCSOD son las siguientes:

- Promoción de la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos) e impulso de políticas públicas saludables.

- Prevención de enfermedades: acciones para la detección temprana de enfermedades no transmisibles, así como un sistema de monitoreo que ofrezca información sanitaria y reúna periódicamente datos sobre los factores de riesgo.
- Atención médica: para que los servicios de salud tengan mayor eficacia es necesario fortalecer la capacitación de los recursos humanos; por tal razón, se contempla incorporar la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en la formación de todo el personal sanitario, con inclusión de agentes sanitarios de las comunidades y agentes sociales, sean o no profesionales (nivel técnico y/o medio), poniendo el acento en la atención primaria de la salud.
- Regulación sanitaria y política fiscal: acciones de vigilancia focalizada en alimentos y bebidas, así como en la publicidad de estos productos en los medios de comunicación masiva. Concretamente, se busca establecer un etiquetado frontal claro que proporcione información útil para que el consumidor tenga elementos suficientes para tomar decisiones respecto a su consumo calórico. Igualmente, se sugiere la adopción de medidas fiscales con el fin de reducir el consumo de alimentos de alta densidad energética y escaso valor nutrimental (Secretaría de Salud 2013:49-50).

De entre los objetivos que la Estrategia plantea, nos llama la atención que se propone en lo general:

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la DM tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales (SSA 2013:55).

Se plantean cursos en línea dirigidos a profesionales de la salud, así como la distribución de guías y normas en el primer nivel de atención (Secretaría de Salud 2013: 63-64).

A nivel comunitario se habla del empoderamiento de líderes comunitarios y organizaciones mediante su participación en cursos y diplomados, creación de redes de educadores para el abordaje específico de las ECNT, centrado en obesidad y diabetes (Secretaría de Salud 2013:64).

En cuanto a prevención, la ENPCSD se pronuncia por modificar el actual esquema curativo para enfocarse en educar para el autocuidado (Secretaría de Salud 2013:64) y la detección temprana de ECNT considerando como eje las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES) de la Secretaría de Salud que, al menos en San Cristóbal de Las Casas, proporcionan un porcentaje mínimo de la atención en relación con el elevado volumen de enfermos. Los servicios de salud deben superar el actual esquema de prestación de servicios, mediante los cuales una persona es clasificada como sana o enferma, hacia uno en que se privilegie la valoración sistemática de la persona, identificando a aquellos individuos que aún sin haber desarrollado la enfermedad, su condición de salud y su componente genético incrementan la posibilidad de desarrollarla (SSA 2013:65).

La Estrategia se propone la generación de grupos de autoayuda para la prevención y el control de las ECNT (Secretaría de Salud 2013:67) como una de las vías de bajo costo (básicamente dependiente del gasto de bolsillo) y que ha mostrado efectos favorables.

Como puntos sobresalientes:

- Dar seguimiento individualizado a todos los pacientes en sus hogares y en las unidades de primer contacto.
- Establecer modelos interculturales de atención a pacientes.
- Alinear la práctica médica privada a los elementos de la Estrategia (Secretaría de Salud 2013:68).

Dado que las ECNT son de largo plazo, se propone que quienes vivan con estos padecimientos y estén afiliados al Seguro Popular, paguen «una

cápita» encaminada a cubrir la gestión de riesgos por medio de unidades de tratamiento y control (Secretaría de Salud 2013:68).

Por otra parte, en cuanto a la calidad de los servicios, fuera del discurso habitual, resalta el planteamiento de «una estrategia de capacitación innovadora para mejorar las competencias del personal de salud de las unidades del primer nivel de atención alrededor de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles» (Secretaría de Salud 2013:69). Esto mediante el acceso a «guías nacionales sobre el manejo biomédico y nutricional de las enfermedades no transmisibles»; asimismo, se crearán manuales de procedimientos, material educativo, cursos en línea que permitan el desarrollo de conocimientos y habilidades clínicas en el personal de salud (Secretaría de Salud 2013:70).

En lo tocante a formación de recursos profesionales para la salud, por primera vez aparece en un documento oficial la intención de adecuar los planes de estudios reenfocándolos a priorizar la promoción y prevención, así como brindar atención médica de calidad (Secretaría de Salud 2013:71).

En torno a la retórica del Estado, cabe resaltar que a partir de los primeros días de junio de 2016 se inició un paro de labores por parte del personal operativo de la Jurisdicción Sanitaria V Altos del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), debido al prolongado desabasto de medicamentos, reactivos, vacunas, otros insumos, así como material biomédico y quirúrgico, y en oposición a la reforma en salud y firma del convenio de universalización de los servicios médicos en el estado de Chiapas encaminado a favorecer la privatización de los servicios y la pérdida de derechos laborales de los trabajadores del sector (*La Jornada*, 25 de julio de 2016).

4. Panorama epidemiológico

Incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus en el mundo

La Federación Internacional para la DM publicó en el *Atlas de la Diabetes Mellitus 2006*, tercera edición, datos que apuntalan la gravedad que en ese año alcanzó la morbilidad y la mortalidad por DM, calificándola de epidemia. Al hacer un corte diacrónico se indica que en la década de 1980 había en el planeta aproximadamente 30 millones de diabéticos diagnosticados, cantidad que se incrementó sensiblemente en 2006, a 246 millones, de los cuales 46% fueron ubicados en el rango de edad de 40 a 59 años. Asimismo, esta enfermedad fue responsable de 3.8 millones de muertes en ese año. Y en la edición de 2008 se predijo que, de no tomarse las medidas pertinentes, la cifra de diabéticos podría alcanzar los 380 millones hacia el 2036 (IDF 2008).

Siete años después, en los avances de la edición del Atlas correspondiente a 2015, se informa que la cifra alcanzó los 415 millones de personas, 35 millones más de lo que se había previsto para 2036, y con esos datos se hizo un nuevo pronóstico: que para 2040 habrá 642 millones de diabéticos, es decir, que para entonces, una de cada 10 personas en el mundo vivirá con DM (IDF 2015).

De los 415 millones contabilizados en 2015, 46.5% estaban sin diagnóstico, es decir casi la mitad. Otro dato de interés es que 75% de los diabéticos habitan en países de ingresos medios y bajos (IDF 2015).

En la edición de 2013, la IDF reportó que de los dos tipos de DM, entre 80% y 95% correspondió a diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) en los países desarrollados (ello si valoramos datos absolutos y no prevalencia). En tanto que, sin precisar, se presumía que en los países de ingresos medios y bajos el porcentaje de personas con DMNID, respecto del total, podría ser superior (IDF 2013:34).

Además, en todas las ediciones del *Atlas* citadas se subraya que la DMNID en los países pobres se presenta con mayor frecuencia por causa del consumo excesivo de comidas hipercalóricas de bajo costo y bebidas gaseosas azucaradas (IDF 2008, 2013, 2015).

En este sentido, Bennett (2003:674) menciona que:

La prevalencia difiere entre los que emigran y los que permanecieron en su país natal. En casi todos los casos las cifras correspondientes a migrantes han sido mayores que las de la población nativa o indígena, y tales incrementos reflejan el efecto que tienen en la enfermedad los cambios en el entorno. En algunas poblaciones, en lapsos bastante breves se ha observado incremento extraordinario en la prevalencia de DM, aumento que pudiera depender de cambios rápidos en el modo de vida.

El perfil mundial de prevalencia de la DM hace pensar que las poblaciones con mayor propensión a sufrirla son las que residen en países de crecimiento rápido y los sectores pobres de las naciones desarrolladas.

Cabe puntualizar que en los trabajos citados se eluden los perfiles particulares de calidad de vida: pobreza, violencia estructural y social, exclusión, programas educativos limitados y de muy bajo nivel académico, perfiles nutricionales en los que cuando hay alimento predominan dietas de bajo costo (hipoproteínicas, hipercalóricas a expensas de grasas, azúcares y sal), acceso limitado a recursos clínico-terapéuticos derivado de políticas

económicas que privilegian el esquema de «intervenciones de bajo costo-efectividad» (Farmer 2001: xiii), etc. Perfil que se concreta en formas diferenciales de vulnerabilidad, de enfermar, padecer y morir, en función del grupo social de pertenencia, lo cual queda fuera de la mayoría de las publicaciones oficiales de orden epidemiológico y clínico.

En este sentido, en distintos países, incluido México, no se presenta ni la morbilidad ni la mortalidad desglosadas por grupos sociales, sino datos generales que solo indirectamente permiten hacer una diferenciación muy elemental de los derroteros a los que, por ejemplo, las PVDM están sujetas según el grupo socioeconómico de pertenencia, así como los desenlaces de la enfermedad.

En el reporte OMS (2012a:35), también evadiendo lo anterior, se señala, «culpabilizando a la víctima», que las enfermedades no-transmisibles (ENT) son sobre todo consecuencia de conductas de riesgo (tabaquismo, sedentarismo, dieta malsana y uso nocivo de alcohol), prácticas que, se asegura, no sin razón y como una verdad a medias, conllevan cambios metabólicos y fisiológicos que se reflejan en el incremento de peso (sobrepeso y obesidad), hiperglucemia e hiperlipidemia, que en el mediano plazo se traducen en alto riesgo de padecer diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El punto es que deliberadamente se soslayan los condicionantes de orden estructural generadores de desinformación, pobreza, exclusión y racismo que afectan a los países expoliados y dependientes.

El mismo reporte declara que el sobrepeso y la obesidad constituyen causas coadyuvantes para la DM. Al respecto, en 2012, la OMS (2012a:37) puntualiza que la región de las Américas obtuvo las mayores cifras de prevalencia (sobrepeso, 62%; obesidad, 26%), con predominio en mujeres.

En relación con los reportes de IDF de 2012 y 2013, primero se hizo el comparativo entre estos dos años (véanse cuadros 4.1. y 4.2). En seguida, respecto de 2013 se confrontan la presentación de cifras a partir de la prevalencia en datos absolutos, en relación con el cálculo a partir de tasas (véase cuadro 4.3).

Cuadro 4.1. Diez primeros países/territorios con más diabetes (20-79 años) 2012

| | País | Millones de diabéticos |
|----|-----------------|------------------------|
| 1 | China | 92.3 |
| 2 | India | 63.0 |
| 3 | Estados Unidos | 24.1 |
| 4 | Brasil | 13.4 |
| 5 | Federación Rusa | 12.7 |
| 6 | México | 10.6 |
| 7 | Indonesia | 7.6 |
| 8 | Egipto | 7.5 |
| 9 | Japón | 7.1 |
| 10 | Pakistán | 6.6 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de IDF poster 2012.

Cuadro 4.2. Diez primeros países/territorios con más diabetes (20-79 años) 2013

| | País | Millones de diabéticos |
|----|-----------------|------------------------|
| 1 | China | 98.4 |
| 2 | India | 65.1 |
| 3 | Estados Unidos | 24.4 |
| 4 | Brasil | 11.9 |
| 5 | Federación Rusa | 10.9 |
| 6 | México | 8.7 |
| 7 | Indonesia | 8.5 |
| 8 | Alemania | 7.6 |
| 9 | Egipto | 7.5 |
| 10 | Japón | 7.2 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la 6a. ed. del *Atlas de la Diabetes Mellitus* de la IDF-2013.

Según los datos proporcionados por IDF, en la clasificación de países con mayor número de diabéticos en términos absolutos, en 2012 México ocupó el sexto lugar mundial con 10.4 millones de entre 20 y 79 años, mientras que en 2013 le correspondió el mismo lugar, pero con 8.7 millones (véanse cuadros 4.1 y 4.2) (IDF 2012, 2013). Con lo que nos preguntamos: ¿Acaso en el término de un año murieron casi dos millones de personas por DM en México?

Por otro lado, hay que resaltar que un panorama sobre cualquier enfermedad basado en números absolutos sesga enormemente la apreciación de los datos, ya que si bien es de esperarse que países con miles de millones de habitantes, como China e India, encabecen la lista, como así sucede, si al dato se le da la vuelta hacia la prevalencia en términos de tasa nos topamos con un panorama muy diferente, en el cual observamos que la lista es encabezada por naciones plenamente desarrolladas y ricas (cuadro 4.3).

Cuadro 4.3. Diez primeros países con alta prevalencia por DM 2013

| | País | Millones de diabéticos | Tasa de morbilidad x 1000 hab. |
|----|-----------------|------------------------|--------------------------------|
| 1 | Alemania | 7.6 | 9.46 |
| 2 | Egipto | 7.5 | 9.14 |
| 3 | Estados Unidos | 24.4 | 7.71 |
| 4 | México | 8.7 | 7.74 |
| 5 | Federación Rusa | 10.9 | 7.61 |
| 6 | China | 98.4 | 7.23 |
| 7 | Brasil | 11.9 | 6.0 |
| 8 | Japón | 7.2 | 5.65 |
| 9 | India | 65.1 | 5.23 |
| 10 | Indonesia | 8.5 | 3.40 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la 6a. ed. del *Atlas de la Diabetes Mellitus* de la IDF-2013.

Frente a los datos de 2013, vemos que la distribución de países se modifica en forma significativa, al desplazarse Alemania del puesto octavo al primero; China e India, que en el primer cuadro aparecen en el primero y segundo lugar, respectivamente, en el cuadro de prevalencia pasan al sexto y noveno, en tanto que México pasa del sexto sitio al cuarto.

La manera en que la IDF ofrece los datos se encamina a fortalecer los planteamientos biomédico-hegemónicos tendientes a atribuir el predominio de la DM a países pobres con elevada población originaria, reforzando con ello la tan discutida teoría del genotipo ahorrador. En dicho sentido podemos concluir que no se puede afirmar el predominio de la DM según la adscripción de países ricos o pobres, por usar una expresión coloquial, sino en términos del tamaño de las poblaciones; y sobre esta base, como apunta el documento, en términos de números absolutos, ciertamente los países pobres y sobrepoblados destacan en número de diabéticos (80% de DM2), pero no en términos de tasa.

Por otro lado, insistimos en que deliberadamente se soslayan los condicionantes de orden estructural referidos a procesos históricos de largo y mediano curso, que en los países pobres o en desarrollo van de la mano de la historia del capitalismo salvaje y de la gradual pero incesante expoliación de la vida de sus poblaciones originarias y de los recursos naturales, entre ellos los alimentarios, agudizado en la expansión global de la industria alimentaria que se ha asegurado de abrir mercado por todas las latitudes con impactos negativos en la economía de los países pobres y perfilando patrones de consumo dañinos a la salud, sobre todo de los pobres. Otra consecuencia de particular interés en este estudio es el sufrimiento infligido a muy largo plazo a los grupos marginales, que ha generado alteraciones de orden emocional que impactan permanentemente en la salud.

En el mismo tenor y bajo la misma racionalidad neoliberal, los países expoliados y dependientes son controlados y gobernados por elites racistas y excluyentes, que según el modelo económico neoliberal, favorecen la privatización y distribuyen presupuestos y programas de acuerdo con sus intereses. En el caso de México, limitan enormemente los recursos para la atención pública en general y en particular de la DM.

Lo anterior se corrobora al comparar lo que en términos presupuestales se destina entre países «desarrollados» y México para DM. Al respecto, podemos ver que el dinero destinado a DM por persona en 2013 en Estados Unidos y el Reino Unido ascendió a más de 6500 dólares; eso representa 36% del gasto mundial de ese año; los países europeos le dedicaron en promedio entre 3000 y 6500 dólares, mientras que en México se dice que se canalizaron al propósito entre 500 y 1500 dólares (IDF 2013:49). Esto implica que, a mayor gasto, mejores condiciones de atención, menos complicaciones y mortalidad; mientras que a menor gasto, lo contrario.

En resumen, desde la salud pública se ideologiza el epifenómeno por medio de estadísticas cuyos indicadores se enmarcan y justifican en razonamientos fincados en biologismos sesgados, que esquivan el efecto de los procesos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos, dando preeminencia, por ejemplo, al criterio genético y permeando en forma velada las posturas dominantes encaminadas a atribuir carácter étnico a síndromes y enfermedades no transmisibles, como son los índices más elevados de la DMNID entre pimas, latinoamericanos o africanos, como si la enfermedad manifiesta dependiera esencialmente de tal circunstancia, evadiendo o solo mencionándose como causalidad las condiciones de inequidad, racismo, desigualdad socioeconómica, legal y cultural, y específicamente el bombardeo con comestibles y bebidas de alto contenido calórico, que tienen mayor peso en la presencia y desenlace de dichas patologías.

Incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus en México

La mortalidad por DM en México despuntó en 1980 (véase cuadro 4.4 y gráfico 4.1), con 14626 defunciones; ocupó el sexto lugar dentro de las principales causas de muerte: en 1985 fue la tercera. En 1990 se colocó como segunda causa de muerte (25782 defunciones) y mantuvo ese sitio en 1995, pero con un registro de 33316 muertes. En el 2000 ocupó el primer sitio (46614 defunciones). En comparación con los 20 años previos, hubo un incremento en la mortalidad por DM de 219% (SSA/OPS 2001:1).

Cuadro 4.4. Evolución de la DM en México dentro de las diez principales causas de mortalidad 1980-2000

| Año | Lugar dentro de las principales causas | Defunciones |
|------|--|-------------|
| 1980 | 6 | 14 626 |
| 1985 | 3 | 20 918 |
| 1990 | 2 | 25 782 |
| 1995 | 2 | 33 316 |
| 2000 | 1 | 46 614 |

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. SSA/OPS 2001:2.

El número de defunciones para el 2000 arrojó una tasa de 46.3 por 100 000 habitantes, que al año siguiente se incrementó a 50.0. En cuanto a la distribución por sexo, en el 2000 se registró una tasa para el sexo femenino de 50.9 por 100 000 mujeres, que al año siguiente se incrementó a 53.8, siendo en ambos años la principal causa de muerte para este grupo. En tanto que para hombres fue de 47.6 y 40.0, respectivamente, ocupando en esos años la segunda causa de muerte, por debajo de las enfermedades isquémicas del corazón (Secretaría de Salud/OPS 2001:1).

En 2005 se reportó que, de un total de 493 957 defunciones, 13.6% del total (67 090) fueron provocadas por la DM. La enfermedad predominó como primera causa de muerte a nivel nacional, pero con un incremento de 13 dígitos en la tasa por 100 000 habitantes, al elevarse de 50.0 a 63.0 (véase cuadro 4.5).

Al desglosarse los datos sobre causas de mortalidad por sexo notamos que si bien para años anteriores a 2007 aparecen las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de muerte entre hombres, en 2007 la DM ocupó el primer lugar de defunciones: 64.0 por cada 100 000 hombres (véase cuadro 4.6).

Sobre la distribución de DM por entidad federativa, en 2001 se registró que los estados con mayores tasas de mortalidad fueron Tamaulipas, Veracruz, Guanajuato, Tlaxcala, Puebla y la Ciudad de México, con

Cuadro 4.5. Principales causas de mortalidad general nacional, 2005

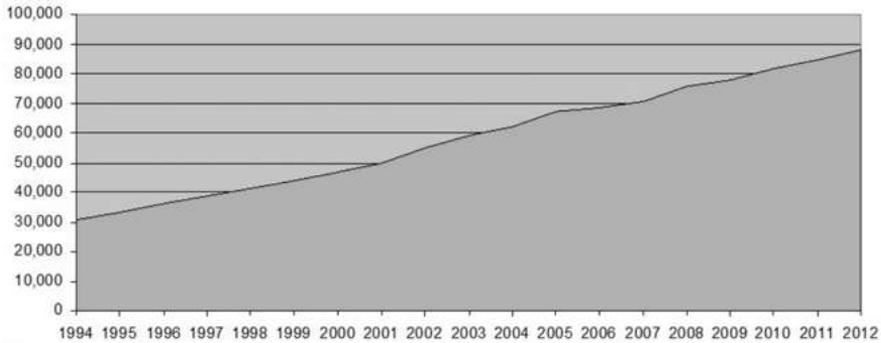
| Orden | Clave CIE 10a. Rev. | Descripción | Defunciones | Tasa ^{1/} | % |
|-------|---------------------------|---|-------------|--------------------|-------|
| | A00-Y98 | Total | 493 957 | 464.0 | 100.0 |
| 1 | E10-E14 | DM | 67 090 | 63.0 | 13.6 |
| 2 | I20-I25 | Enfermedades isquémicas del corazón | 53 188 | 50.0 | 10.8 |
| 3 | K70, K72.1, K73, K74, K76 | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 27 566 | 25.9 | 5.6 |
| 4 | I60-I69 | Enfermedad cerebrovascular | 27 370 | 25.7 | 5.5 |
| 5 | J40-J44, J67 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 20 253 | 19.0 | 4.1 |
| 6 | P00-P96 | Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 16 448 | 15.5 | 3.3 |
| 7 | 2/ | Accidentes de tránsito | 15 742 | 14.8 | 3.2 |
| 8 | J10-J18, J20-J22 | Infecciones respiratorias agudas bajas | 14 979 | 14.1 | 3.0 |
| 9 | I10-I15 | Enfermedades hipertensivas | 12 876 | 12.1 | 2.6 |
| 10 | N00-N19 | Nefritis y nefrosis | 11 397 | 10.7 | 2.3 |
| 11 | | Todas las demás causas | 227 048 | | 46.0 |

^{1/}Tasa por 100,000 habitantes. Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero, pero sí las defunciones de edad y sexo no especificado, por ello la suma de los distintos grupos de edad (cuadros siguientes) no coincidirá con las cifras de este cuadro.

^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

Gráfico 4.1. Defunciones por DM en México de 1994 a 2012



Fuente: FIND, 2011, <<http://www.find.org.mx/breve-compendio-estadistico-sobre-diabetes-en-mexico-2011>> [consulta: 22/11/2012].

índices entre 58.2 y 76.4 por 100 000 habitantes, mientras que en los estados del sureste mexicano se reportaron cifras por debajo de 40.0; de estos, Chiapas, Campeche y Quintana Roo tuvieron una tasa inferior a 30.0 (SSA/OPS 2001:1).

Por otro lado, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 apunta que en México, 33 % de las muertes de mujeres y más de 26 % de hombres tuvieron como causas principales tres enfermedades: la DM, las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares, que comparten factores de riesgo como sobrepeso y obesidad, tabaquismo, colesterol elevado e hipertensión (Plan Nacional de Salud 2007:29). La DM se sitúa como «el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud» pues, además de ser de las principales causas de muerte, es la de mayor demanda de atención médica en consulta externa y uno de los motivos primordiales de hospitalización, puesto que consume el mayor porcentaje —alrededor de 20 %— de gasto de las instituciones públicas en relación con otras nosologías (Plan Nacional de Salud 2007:30).

Cuadro 4.6. Diez principales causas de mortalidad en hombres en México, 2007

| Orden | CAUSA DE MUERTE | | HOMBRES | |
|-------|----------------------------|---|----------------|---------------------|
| | Clave CIE-10 ^{1/} | Descripción | Defunciones | Tasas ^{2/} |
| | A00— Y98 | TOTAL | 284 910 | 547.2 |
| 01 | E10-E14 | DM | 33 310 | 64.0 |
| 02 | I20-I25 | Enfermedades isquémicas del corazón | 31 478 | 60.5 |
| 03 | K70, K72.1, K73, K74, K76 | Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 20 941 | 40.2 |
| 04 | I60-I69 | Enfermedad cerebrovascular | 13 912 | 26.7 |
| 05 | J40-J44, J67 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 11 132 | 21.4 |
| 06 | a/ | Accidentes de tránsito | 8 190 | 15.7 |
| 07 | J10-J18, J20-J22 | Infecciones respiratorias agudas bajas | 7 815 | 15.0 |
| 08 | X85-Y09, Y87.1 | Agresiones (homicidios) | 7 777 | 14.9 |
| 09 | N00-N19 | Nefritis y nefrosis | 6 362 | 12.2 |
| 10 | I10-I15 | Enfermedades hipertensivas | 6 226 | 12.0 |
| | R00-R99 | Causas mal definidas | 5 430 | 10.4 |
| | | Las demás causas | 132 337 | 254.2 |

^{a/} Códigos CIE-10 para causas de muerte por accidentes de vehículo de motor (trán V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0-0.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0sito): V19.4-V19.6, V12-V14 (0.3-0.9), V20-V28 (0.3-0.9).

^{1/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

^{2/} Tasa por cada 100 000 hombres.

Nota: Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría de Salud y Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Consejo Nacional de Población. México, 2006. Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría de Salud.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

En cuanto a la mortalidad según el sexo, los estados mexicanos con mayor frecuencia de fallecimientos de mujeres por DM fueron Coahuila y Guanajuato, y de hombres en Guanajuato y en la Ciudad de México (Plan Nacional de Salud 2007:30).

En 2013, la DM ocupó la segunda causa de mortalidad general, por debajo de las enfermedades del corazón, con 88 420 defunciones y una tasa de 73.86 por 100 000 habitantes (INEGI 2013). En 2014, ocupó el mismo lugar, notándose respecto de 2013 un incremento de cuatro dígitos en la tasa de mortalidad y 14 respecto de 2005, e incluso se espera una mayor agudización del problema (véase cuadro 4.7).

Ante el panorama descrito, no hay que perder de vista que la DM incrementa el riesgo de padecer y morir por complicaciones derivadas: cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal, ceguera y amputación de miembros inferiores de origen no traumático (Plan Nacional de Salud 2007:30), todas estas no ligadas a DM cuando se exponen causas de mortalidad general, lo que sugiere pensar tanto en un significativo subregistro como en un mañoso ocultamiento sobre su gravedad.

Por otro lado, según se indicó en el Plan Nacional de Salud 2007-2012, hacia finales del siglo XX México hizo la transición de un perfil de mortalidad con predominio en enfermedades infectocontagiosas, hacia las no contagiosas crónicas y lesiones (84 % del total de la mortalidad, con 53 % concentrado en mayores de 65 años), lo cual derivó en el encarecimiento de la atención por lo costoso del manejo y las complicaciones. Como se puede notar en los porcentajes, este perfil es resultado del envejecimiento de la población y la «culpabilización de la víctima» por el desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, mala nutrición, vialidad insegura y prácticas sexuales de alto riesgo) (SSA 2007:23). De este espectro se minimiza el efecto nocivo de las crisis emocionales en el desencadenamiento y agravamiento de la enfermedad, lo cual constituye un permanente flagelo entre la población objeto de este estudio, debido a las fluctuaciones que esos factores provocan en la glucemia.

Cuadro 4.7. Principales causas de mortalidad general 2014

| | Causa | Clave lista mexicana | Defunciones | Tasa x 100 000 |
|----|---|----------------------|-------------|----------------|
| | Total | [01-E59] | 633 641 | 523.65 |
| 1 | Enfermedades del corazón c/ | [26-29] | 121 427 | 100.35 |
| | Enfermedades isquémicas del corazón | [28] | 82 334 | 68.04 |
| 2 | Diabetes mellitus | [20D] | 94 029 | 77.71 |
| 3 | Tumores malignos | [08-15] | 77 091 | 63.71 |
| 4 | Accidentes | [E49-E53, E57-E58] | 35 815 | 29.60 |
| | Accidentes de tránsito | [E49B] | 15 882 | 13.12 |
| 5 | Enfermedades del hígado | [35L-35M] | 34 444 | 28.46 |
| | Enfermedad alcohólica del hígado | [35L] | 11 411 | 9.43 |
| 6 | Enfermedades cerebrovasculares | [30] | 33 166 | 27.41 |
| 7 | Influenza y neumonía | [33B-33C] | 20 550 | 16.98 |
| 8 | Agresiones | [E55] | 20 010 | 16.54 |
| 9 | Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | [33G] | 19 715 | 16.29 |
| 10 | Afecciones originadas en el periodo perinatal d/ | [46] | 13 089 | 10.82 |
| | Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal | [46F] | 5 800 | 4.79 |
| 11 | Insuficiencia renal | [38C] | 12 788 | 10.57 |

Fuente: INEGI <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>>.

En el documento se indicó que de 2000 a 2005, el gasto público en salud se incrementó de 5.6% a 6.55% del PIB; sin embargo, los datos de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indios referidos a la

participación relativa de las asignaciones presupuestarias en el ramo de salud indican que entre 2001 y 2008 el monto real para la salud de los pueblos originarios no rebasó 0.092% del presupuesto total otorgado en 2001, siendo notorio el decremento (véase cuadro 4.8).

Cuadro 4.8. Participación relativa de las asignaciones presupuestarias (millones de pesos) en el ramo de salud, para el Desarrollo de los Pueblos Indios 2001-2008

| Rm | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----|-------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Total | 13 289.1 | 17 055.6 | 18 520.3 | 20 331.4 | 21 447.6 | 27 488.0 | 30 849.3 | 31 024.7 |
| 12 | SS | 12.2 | 11.0 | 10.4 | 5.1 | 5.2 | 6.7 | 7.8 | 6.4 |
| | % | 0.092 | 0.064 | 0.056 | 0.025 | 0.024 | 0.024 | 0.025 | 0.021 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Acciones para el desarrollo de los pueblos indígenas, informe 2008:63.

En los Altos de Chiapas se advierten acciones contrarias al Plan Nacional de Salud 2007-2012. En asentamientos de población originaria, en el primer nivel de atención se brinda un servicio deficiente por parte de personal biomédico, de enfermería o auxiliares con formación incompleta, o bien escasa. A esto se suma la carencia de recursos para el diagnóstico y de productos farmacéuticos, así como casos de iatrogenia por el manejo erróneo de las terapéuticas o por efecto tóxico de los medicamentos; esquemas limitados para la atención de enfermedades emergentes contagiosas y no contagiosas de orden crónico, etc., llevando a la población que tiene a la biomedicina como primera elección a buscar soluciones en sus etnomedicinas, herbolaria popular o industrializada y en el ámbito privado, principalmente farmacias/consultorios de genéricos y similares u otros sistemas de atención a la salud.

En el Plan Nacional de Salud 2007-2012 se reconoce que:

A pesar de los avances que ha habido, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones. En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste

del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas.

El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja. En las mujeres el riesgo es 1.5 veces mayor y en los hombres 1.7 veces más elevado. El grupo de edad que más explica este diferencial es el de menores de cinco años y en general son las enfermedades propias del rezago las que más contribuyen a estas brechas (SSA 2007:37).

Un elemento más a considerar es la asignación de porcentaje del PIB al sector salud. Destaca que en 2014 el monto que México destinó a salud (6.3%) estuvo muy por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y peor aún, muy inferior a lo que dedican países latinoamericanos de ingresos medios menores a los que tiene México, como Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay (véase cuadro 4.9) (Banco Mundial 2015, SSA 2007:49).

Cuadro 4.9. Asignación porcentual del PIB al renglón de la salud en México

| País | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| México | 6.4 | 6.3 | 6.0 | 6.1 | 6.9 | 6.3 |

Fuentes: 2009 a 2012, Banco Mundial. 2013 a 2014, OCDE (2014).

Cabe resaltar que del gasto en 2010, la parte destinada a las instituciones públicas de atención a la salud fue distribuida, según reportaron Carbonell y Carbonell (2013), de la siguiente manera (véase cuadro 4.10): 77% a las instituciones en que los trabajadores y las empresas aportan para la seguridad social, mientras que 23% a las dos instituciones que atienden a población que no aporta para asegurarse (Seguro Popular).

Ahora bien, desglosando el gasto destinado a la Secretaría de Salud en 2013, de los 121 856.6 millones de pesos asignados al sector (en el que se reporta un incremento de 485 mdp, 3.7% respecto de 2012), 76.3% se destinó a cuatro programas: Seguro Popular, 54.8%; Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud, 13.7%; Desarrollo Humano Oportunidades, 4.5%, y Apoyo para Fortalecer la Calidad de los Servicios

de Salud, 3.2% (CEFP 2013:1); por su parte, las unidades predominantemente beneficiadas fueron los cinco institutos nacionales de salud, la Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CEFP 2013: 2), o sea, los del tercer nivel.

Otro tema dentro del Plan Nacional de Salud remite a recursos humanos para la salud, y puntualiza sobre «la escasez de trabajadores de la salud bien preparados y su inadecuada distribución geográfica. [...]. El país enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras, y, sobre todo, un grave problema de distribución de estos recursos» (SSA 2007:57). La mitad de los médicos se concentran en seis estados de la república, a saber: la Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Puebla, México y Veracruz. Chiapas cuenta en promedio con un biomédico por cada 1000 habitantes (SSA 2007:58).

Cuadro 4.10. Distribución del gasto en salud por institución 2010

| | Institución | MDP | MDP | % Subtotal | % por Inst. |
|------------------|---------------------|---------|---------|------------|-------------|
| Seguridad social | IMSS | 13 5121 | | | 54.26 |
| | ISSSTE | 39 511 | | | 15.87 |
| | Pemex | 10 626 | | | 4.27 |
| | Fuerzas a. | 6 500 | | | 2.61 |
| | | | 191 758 | 77.0 | |
| No asegurada | Secretaría de Salud | 50 270 | | | 20.19 |
| | IMSS-OP | 7 000 | | | 2.81 |
| | | | 57 270 | 23.00 | |
| | | | 249 028 | 100.00 | 100.00 |

Fuente: Carbonell y Carbonell 2013:10.

Entre las instituciones que proporcionan servicios a población abierta, las de escasos recursos financieros y para la operación, la Secretaría de Salud tenía en 2007 una cobertura aproximada para 52 millones de

habitantes, en tanto que el Programa IMSS-Oportunidades, 6.2 millones. De estos 58.2 millones de personas, aproximadamente 11 millones estaban afiliados al Seguro Popular (SSA 2007:61).

Ligado a lo anterior, como se verá con mayor detenimiento en el capítulo correspondiente, Leal (2013) y Uribe y Abrantes (2013:139) subrayan que, sobre la base de una política de atención primaria selectiva respecto de lo suburbano y lo rural —y agregaríamos que entre estados con mayor desarrollo y pobres—, a los centros de salud y clínicas que ahí operan se les asigna una dotación muy limitada de recursos para su operación, lo que repercute en la escasa cantidad de insumos y materiales, así como la baja calidad académica de los recursos humanos que ahí se desempeñan.

Además, la operación en áreas suburbanas y rurales, en específico las habitadas por población indígena, implica obstáculos, sobre todo de orden cultural, que dificultan el acceso de los usuarios a los servicios. Por un lado, el personal de salud actúa bajo un esquema burocrático, negligente y racista; por otro, la mayoría de los mayas que sufren DM y sus familiares, cuya educación escolar ha sido insuficiente o nula, provienen de culturas que no concuerdan con la perspectiva dominante; además, una parte significativa de la población carece de los recursos financieros necesarios para obtener insumos y acceder al control biomédico de la enfermedad, en caso de ser su opción principal y transitan por derroteros que la mayoría de veces no les aportan el control esperado.

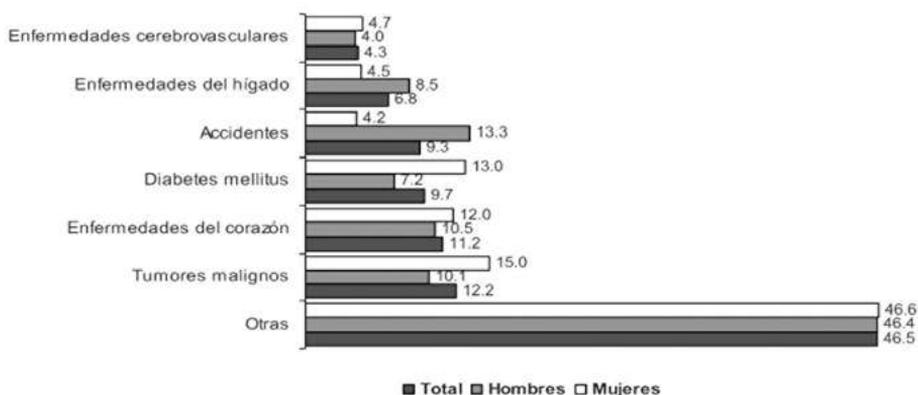
Incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus en Chiapas

Según reportó el INEGI, de las 18287 defunciones que se registraron en Chiapas en 2006, la DM se ubicó como la tercera causa fatal, después de los tumores malignos y las enfermedades del corazón (véase gráfico 4.2), con 1774 decesos, 9.7% del total de la mortalidad, y una tasa de 46.43 por 100 000.

Sin embargo, al analizar las causas de mortalidad clasificadas por sexo en ese año, notamos que 13.0% de las mujeres fallecieron por DM; ese dato

sitúa la diabetes como segunda causa letal, después de los tumores malignos, que ascendió a 15,0%. Distintos autores han señalado que mueren más mujeres que hombres por diabetes.

Gráfico 4.2. Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad general total y por sexo para el estado de Chiapas, 2006



Fuente: INEGI. Estadísticas de Mortalidad 2006. Consulta interactiva de datos.

En 2008 predominó la tendencia en cuanto a defunciones (véase cuadro 4.11), reportándose que, de 19570 en total, 2005 corresponden a DM, es decir, 10.24%, porcentaje superior al registrado en 2006, con tasa por 100 000 de 44.07, levemente inferior a la precedente.

Sobre los estratos sociales de donde provienen las defunciones por DM, desafortunadamente no ha sido posible encontrar datos que nos permitan distinguir cuáles son los conjuntos sociales en que acaece mayor mortalidad por esa causa. Así, con objeto de acercarnos a ello, recurrimos al registro de defunciones sucedidas en el medio hospitalario en 2008 (véase cuadro 4.12).

Cuadro 4.11. Mortalidad General en Chiapas 2008

| Orden | Causas | Clave lista mex. | Defunciones | |
|-------|--|-----------------------|-------------|---------|
| | | | | |
| | Total | [01-E59] | 19,570 | 100.0 % |
| 1 | Tumores malignos | [08-15] | 2,358 | 12.05 % |
| 2 | Enfermedades del corazón | [26-29] | 2,278 | 11.64 % |
| 3 | Diabetes mellitus | [20D] | 2,005 | 10.25 % |
| 4 | Accidentes |]E49-E53, E57-E58] | 1,793 | 9.16 % |
| 5 | Enfermedades del hígado | [35L-35M] | 1,331 | 6.80 % |
| 6 | Enfermedades cerebrovasculares | [30] | 910 | 4.65 % |
| 7 | Influenza y neumonía | [33B-33C] | 633 | 3.23 % |
| 8 | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal c/ | [46] | 602 | 3.08 % |
| 9 | Insuficiencia renal | [38C] | 506 | 2.59 % |
| 10 | Enfermedades infecciosas intestinales | [1] | 497 | 2.54 % |
| 11 | Todas las demás causas | [21] | 3,819 | 19.51 % |

Fuente: <<http://www.salud.chiapas.gob.mx/> [consulta: 24/05/2010]

Cuadro 4.12. Muertes reportadas por las instituciones públicas del sector salud en Chiapas según régimen e institución 2008

| Concepto | Total | Seguridad social | | | Asistencia social | | | |
|---------------------------|-------|------------------|--------|----------|-------------------|------|-----|-----|
| | | IMSS | ISSSTE | ISSSTECH | IMSS-OPORT | ISA | CRM | DIF |
| Defunciones hospitalarias | 3 383 | 589 | 196 | 180 | 391 | 2019 | 8 | 0 |

Fuente: Anuario Estadístico de Chiapas 2009:192. INEGI

De los 3 383 decesos reportados por DM, 2 019 ocurrieron en las instalaciones del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), seguidas de 589 en los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) régimen ordinario; 196 en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 180 en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSSTECH) y 391 casos en IMSS-Oportunidades. Del total, 2 410 se presentaron en población de escasos recursos, es decir 71.24% (Anuario Estadístico de Chiapas 2009:192). Llama la atención que no se cuente con registros de las defunciones en medio hospitalario privado y hogares. Debido a que los datos en los anuarios subsiguientes no están organizados por nosologías no fue posible el mismo análisis. Por mencionar un ejemplo, en el Anuario Estadístico y Geográfico de Chiapas 2015 solo hay una referencia a DM, situada en el cuadro 4.1. Defunciones generales por principales causas de muerte 2013.

Otro hito para acercarnos a las formas diferenciales de padecer y morir en Chiapas es el reporte de casos nuevos (recién diagnosticados) registrados en las instituciones.

Cuadro 4.13 Casos nuevos de DM registrados en las instituciones públicas de Chiapas del sector salud según régimen e institución 2003-2008

| | | Seguridad social | | | Asistencia social | |
|-------|--------|------------------|--------|----------|-------------------|--------|
| | TOTAL | IMSS | ISSSTE | ISSSTECH | IMSS-OP | ISECH |
| 2003 | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| 2004 | 11 403 | 4 210 | 2 113 | 285 | ND | 4 785 |
| 2005 | 13 247 | 3 057 | 2 587 | 500 | 905 | 6 198 |
| 2006 | 10 401 | 2 717 | 1 788 | 298 | 1 013 | 4 585 |
| 2007 | 28 112 | 4 372 | 2 158 | 7 924 | 948 | 12 710 |
| 2008 | 12 804 | 2 965 | 74 | 5 422 | 1 004 | 3 339 |
| total | 75 967 | 17 321 | 8 720 | 14 429 | 3 870 | 31 627 |
| % | 100 | 22.8 | 11.48 | 18.99 | 5.09 | 41.63 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Anuario Estadístico de Chiapas: 2004:205; 2005:226; 2006:268; 2007:280; 2008:309; 2009:209.

Como puede observarse, en el periodo previo a 2003 es notorio que la DM no aparece entre las causas más frecuentes de casos nuevos, y que es a partir de 2004 cuando despunta de manera elevada para incrementarse hasta 2007, en 2008 disminuye (véase cuadro 4.13 y gráfico 4.1).

De lo anterior sobresale la distribución de casos nuevos por institución que denota cómo la demanda de atención por DM predomina en las instituciones que atienden población abierta. De hecho, al considerar la sumatoria en los años registrados vemos que tan solo en el ISECH, del total de la consulta el 41.63% fue de casos nuevos de DM, ascendiendo a 46.72% si sumamos los atendidos en el IMSS-Oportunidades.

En segundo término, tenemos que en el ISSSTECH con pocos casos reportados entre 2003 y 2006, en 2007 y 2008 predominó por sobre el número reportado por IMSS régimen ordinario e ISSSTE. Este dato llama la atención porque se trata predominantemente de derechohabientes de origen maya integrantes del magisterio estatal.

En cuanto a servicios proporcionados por las distintas instituciones, sobresale que en los municipios con predominio de población maya solamente hay reportes por parte del ISECH. Así, por ejemplo, en 2008, en Chamula, el ISECH reportó 73250 consultas, mientras que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chiapas (Sistema DIF Chiapas) registró nueve, y por parte de IMSS-Oportunidades no existe información. La ausencia de reportes de esta última institución se repite en Chalchihuitán, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Oxchuc y Tenejapa, por no mencionar todos los municipios con predominio de población originaria.

Podría pensarse que IMSS-Oportunidades omitió informar de sus acciones en todo el estado; sin embargo, la institución sí proporcionó datos de municipios de la costa chiapaneca, donde se supone que su acción no es tan relevante en comparación con los primeros, dado que existe mayor cobertura de servicios, y en esas localidades también reportan IMSS régimen ordinario, ISSSTE, ISSSTECH, etc. (Anuario Estadístico y Geográfico de Chiapas 2009:193-202).

Al indagar en las fuentes presupuestarias observamos que la asignación en salud para los pueblos originarios, además de ser ya mínima, gradualmente disminuye. Esto apunta a que el presupuesto se dirige principalmente a zonas urbanas, para fortalecer la infraestructura existente o bien crear hospitales de segundo y tercer nivel, dejando de lado a la población.

Condiciones de atención a la DM en el primer nivel de las instituciones biomédicas en San Cristóbal, Tenejapa y Chamula

Las limitaciones impuestas al subsistema de servicios institucionales de salud de primer nivel por medio del «paquete básico de salud», que es el «conjunto mínimo de servicios que se otorga a toda la población en respuesta a sus necesidades prioritarias, de bajo costo y alto impacto» (Tamez y Valle 2005:331), extremas en la atención dirigida a población originaria, restringen sensiblemente las acciones realizadas en centros de salud y Unidades Médicas Rurales (UMR) en torno a la DM. Esto se traduce en que los recursos farmacéuticos y hormonales destinados para su manejo se limitan a la prescripción de metformina y glibenclamida, dejando fuera del cuadro medicamentos con mayor efecto sobre la hiperglucemia (solo accesibles en la medicina privada y a alto costo) y, sobre todo, la insulina, que solo en algunos casos es proporcionada en el segundo nivel de atención y casi exclusivamente a diabéticos que desde el principio fueron insulínodependientes.

Hasta donde constatamos, en los centros de salud de las cabeceras municipales de Chamula, Tenejapa y San Cristóbal,¹⁷ más allá de las variaciones en la glucemia,¹⁸ el esquema terapéutico se limita a la prescripción de metformina¹⁹ de 850 mg, fármaco con el que se *juega* al disminuir o

¹⁷ A excepción del CS de Los Pinos en SCLC donde su prescripción está condicionada a la pertenencia a algún Grupo certificado de Autoayuda (GAM) (Acero 2012)

¹⁸ Que en algunos enfermos reiteradamente es de más de 200 mg/dl, sobre todo en términos de que exceda los límites críticos, digamos, siendo moderados, entre 200 y 280 mg/dl.

¹⁹ La metformina es un medicamento que coadyuva a un mejor manejo de la glucosa en hígado y músculo (disminuye levemente la resistencia a la insulina a nivel de las células del

aumentar las tomas por día (de una a tres), y de una a tres tomas de glibenclamida²⁰ de 5 mg. En las trayectorias de los enfermos que acuden a la consulta nos hemos topado con que, independientemente de su presencia reiterada a consulta con persistencia elevada de la glucemia y aunque por su condición clínica se requiera redirigir el tratamiento, el esquema no se modifica.

Los otros dos puntos obligados para el manejo adecuado de la enfermedad, dieta y ejercicio, se esbozan superficialmente. En cuanto a la dieta, en general se recomienda a los pacientes no comer más de tres tortillas en cada comida, no tomar refresco o dulces y evitar los alimentos grasos. El tema del ejercicio casi no se aborda, en el entendido de que por lo regular se trata de población cuyas actividades cotidianas implican elevado gasto kilocalórico, a excepción de los comerciantes.

A pesar de que la norma técnica para DM emitida en 1994 (NOM-015-SECRETARÍA DE SALUD2-1994) enfatiza el carácter preventivo de las acciones prioritarias en el primer nivel, este desaparece en la NOM-015-SECRETARÍA DE SALUD2-2010, para resaltar solo aspectos de atención médica, y aunque resurge como fundamento en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en ninguno de los servicios médicos de las localidades se realizan actividades de promoción o prevención relacionadas con la DM, y tampoco se observan en las paredes de las clínicas carteles alusivos dirigidos a la población objetivo.

Así, las acciones en materia de DM se restringen a las efectuadas con los enfermos que asisten a la consulta, y en algunos casos se conforman grupos de ayuda mutua (GAM). Para nuestro ámbito de trabajo, tres en el centro de salud Los Pinos en San Cristóbal, uno en la cabecera en Tenejapa y otro en el puesto de salud del paraje denominado La Cañada,

músculo esquelético y adiposas, mas no estimula la producción y liberación de insulina, por lo que está recomendado como terapia en los casos leves de la enfermedad (Garber 2003:970-971).

²⁰ La glibenclamida en un hipoglucemiante oral de segunda generación, cuyo mecanismo de acción pancreático es aumentar la sensibilidad de las células β del páncreas a la hiperglicemia e incrementar la secreción de insulina (Lisson, 1999:19). Por otro lado, la dosis máxima al día es de 15 mg <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/glibenclamida.htm>.

ubicado a dos kilómetros de la cabecera municipal de Tenejapa. De los tres solo el de San Cristóbal ha reportado éxito en sus acciones.

Cabe resaltar que los operadores médicos del primer nivel por lo regular no poseen conocimientos y experiencia suficientes, ni cuentan con reactivos e insumos farmacéuticos para el manejo apropiado de un problema tan complejo, sobre todo ante la hiperglucemia persistente, hipoglucemias graves, cetoacidosis o el inicio del agravamiento y/o complicaciones. La situación no se ha considerado con seriedad y en la actualidad se pretende resolver este problema por medio de la sensibilización en línea, sin prever que en los centros de trabajo de los operadores biomédicos de este subsistema es difícil o nulo el acceso a la web, y por tanto no puede elevarse el nivel de conocimiento y competencia de los operadores médicos y sus asistentes por esa vía.

Sobresale también la errática relación de largo plazo entre instituciones-usuarios no solo en los Altos de Chiapas, sino como una constante a nivel nacional, que data de las acciones en salud emprendidas por el Instituto Nacional Indigenista a principios de la década de 1950 (Page 1996:238-239); a partir de 1960, de los servicios médicos ofrecidos por la Secretaría de Salud en centros y casas de salud ubicados en las cabeceras municipales habitadas por población originaria, y, finalmente, de los servicios médicos ofrecidos por lo que fue el sistema IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Progresa, a partir de 1979, por medio de las unidades médicas rurales (UMR) (IMSS-Solidaridad 1985, Page 2002:31). Lo anterior remite a que la atención biomédica tiene casi 70 años en la región.

Las actividades de los servicios de salud en los Altos de Chiapas durante alrededor de siete décadas han generado vastas narrativas y testimonios por parte de los usuarios, tanto originarios como mestizos, la mayoría de desencanto, sobre los servicios médicos. Destacan por su frecuencia: racismo manifiesto en violencia verbal, «regañños», grandes dificultades para la comunicación cuando el personal de salud no habla ni entiende la lengua, elevada mortandad al recurrir a las instituciones biomédicas, esterilizaciones sin consentimiento de las mujeres o sus familiares, falta de medicamentos, negación subsecuente de atención a enfermos por no ajustarse a

las indicaciones recibidas, escasa formación y experiencia de los médicos, por lo que frecuentemente no ayudan a las personas a sanar o dañan con sus tratamientos, y así se podría continuar la lista (Page 2002:96, 141-143).

Ya están acostumbrados cómo maltratar a los indios de las comunidades, como nos ven que no sabemos hablar como ellos hablan, solo nos dicen indios cochinos, ese el único regalo que nos dan a las comunidades, el maltrato que le han hecho a todos nuestros pueblos indígenas, somos los pisoteados de los ricos *kaxlantik*. Eso es lo que quiero decir, que lo sepan muy bien los que nos han hecho maldad (Page 2002:142).

Desde nuestra perspectiva, no se trata un hecho fortuito, sino que se ha cimentado en diferentes condiciones estructurales ampliamente documentadas (Menéndez 1984*b* y 2002).

Sistemas médicos en los Altos de Chiapas.

La biomedicina y la postura oficial sobre interculturalidad en salud

Cada mañana recorro los pasillos del sexto piso a la casa del especialista para indagar nuevos detalles. Ese hombre tiene tu vida en sus manos y no confío en él, pasa como una corriente de aire, distraído y apurado, dándome engorrosas explicaciones sobre enzimas y copias de artículos sobre tu enfermedad, que trato de leer, pero no entiendo. Parece más interesado en hilvanar las estadísticas de su computadora y las fórmulas de su laboratorio, que en tu cuerpo crucificado sobre esa cama.

Paula. ISABEL ALLENDE

La «severa crisis de efectividad e impacto» (con signos de cronicidad) que desde hace décadas caracteriza los servicios de salud dirigidos a población

abierta, tiene como causa el escaso o nulo financiamiento del subsistema, sin visos de mejorar si se considera la reforma estructural en salud; por el contrario, se avizora una sensible disminución de las intervenciones a un número delimitado (Uribe et al. 2013), destinando las más onerosas al gasto de bolsillo en aras de ahondar al máximo el costo-beneficio.

El mayor impacto del recorte financiero en México ha sido en los servicios de atención de primer nivel dirigidos a población excluida, atendida por la Secretaría de Salud e IMSS-Progresá, reflejado en la baja eficiencia y eficacia de su operación. Esto supondría el rechazo poblacional a los servicios de primer nivel de atención y que se ponga en riesgo la vigencia del punto de vista biomédico ante los conjuntos sociales excluidos y marginados. Sin embargo, la hegemonía de dicho modelo se difunde e impone en forma subliminal, sobre todo por los medios publicitarios que difunden productos y estilos de vida, y pregonan la responsabilidad individual sobre la conservación y pérdida de la salud y la «culpabilización de la víctima», al igual que mediante la interacción directa y el impacto de la práctica privada y la atención en farmacias basadas en el bajo costo de medicamentos genéricos y similares.

Aun con las deficiencias propias del subsistema, el Estado mexicano ha jugado un papel preponderante en la política pública en salud dirigida a población originaria, desde lo que, en 1950, Aguirre Beltrán designaba como «programas de salud en la situación intercultural», cuyas acciones inició el Instituto Nacional Indigenista a partir de 1951 en Chiapas, y la iniciativa posterior de creación del programa IMSS-COPLAMAR, en 1979.

En los términos de la relación entre biomedicina, población originaria y etnomedicinas, en 2002 la Secretaría de Salud hizo pública su postura, en un documento titulado *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, en cuya tercera edición (2014), fuera de todo análisis histórico, se señala que el concepto de interculturalidad en salud «recientemente se ha socializado en el ámbito de la salud» (Almaguer et al. 2014:17).

En 2003, con Julio Frenk al frente de dicha Secretaría, se crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, dependiente

de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DMTDIC s/f:3). Desde ahí, y como parte de la política pública, se elaboró la propuesta denominada «Enfoque Intercultural en Salud», a través de la cual consideramos se maquillan los servicios de atención con una cara de confraternidad, sin abandonar el enfoque biomédico ni la política de acciones de costo-beneficio.

En 2016 Almaguer entendía por interculturalidad:

el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera *abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica* en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias, enriquecimiento mutuo (Almaguer s/f:3-4).

Plantear una perspectiva horizontal y ahistórica de la interculturalidad como la descrita en líneas anteriores soslaya de entrada las relaciones que configuran posiciones diferenciadas en dicha interacción.

Por otro lado, abordar la problemática intercultural requiere una perspectiva relacional que coadyuve a visualizar las condiciones estructurales e históricas mediante las que se puede dar cuenta de situaciones diversas según la posición sociocultural, económica y religiosa en que se inscriban los actores inmersos en contextos específicos (García Canclini 2004). Hablar de interculturalidad implica referirse a las dinámicas entre dos o más culturas, actores y sujetos provenientes de los conjuntos sociales hegemónicos o dominantes y la población originaria y mestiza pobre, remitiendo a relaciones jerarquizadas caracterizadas por desigualdad, racismo, exclusión y frecuente maltrato a los que se sujeta a la población originaria y pobre por parte de las instituciones, sus operadores y otros proveedores de servicios de salud.

La definición de Almaguer no menciona, por diferentes razones, la incapacidad de los servicios gubernamentales de atención médica para

proveer atención digna y eficiente a los supuestamente beneficiados por los programas propuestos desde la dependencia a su cargo. Con el señalamiento en torno a la interculturalidad en salud se borran de un plumazo la opresión, no solo socioeconómica, cultural y racista, sino también las atribuibles al sistema de atención biomédica. Aspectos que debieran reconocerse para estar en posibilidad de generar estrategias encaminadas a resolver dichos escollos. Resumiendo, junto con García Canclini, entendemos que «la interculturalidad remite a la confrontación y el entrelazamiento, a lo que sucede cuando los grupos entran en relaciones e intercambios. [...] Implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos» (García Canclini 2004:14-15).

Por otro lado, la «interculturalidad en salud» que profesa la Secretaría de Salud corre aparejada con la estrategia privatizadora del Seguro Popular. Desde nuestra óptica, dicha política pretende paliar las deficiencias en la atención, reposicionándose ante los usuarios provenientes de los pueblos originarios mediante un discurso de supuesta horizontalidad, anteponiendo la atención en el segundo nivel por medio de hospitales interculturales y de las culturas (foto 4.1), soslayando los centros de salud de primer nivel, al menos los situados en las áreas rurales de los Altos de Chiapas que operan cada vez con menos recursos (foto 4.2).

Además, plantear las relaciones de operadores médicos-usuarios en situación de horizontalidad es una falacia, toda vez que el único actor activo es el operador biomédico. Esta postura enmascara y oculta la subordinación en términos de hegemonía/dominación; e insistimos, la exclusión, el racismo, el maltrato, la pésima calidad de la atención y sobre todo la imposición del punto de vista biomédico sobre el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención (Menéndez 2016).

Por su parte, el Programa de Interculturalidad en Salud de la misma Secretaría supuestamente reconoció e incorporó formalmente las «medicinas tradicionales», aunque de manera tardía después de más de 30 años de tener en México y Latinoamérica experiencias que buscaron la articulación entre la biomedicina institucionalizada, dirigida a población originaria y mestiza, con las etnomedicinas de los pueblos originarios (interpretése

como herbolaria etnomédica). Formalización que, además de enmarcarse en un planteamiento ahistórico e irreal, se da cuando los organismos internacionales y las ONG que financiaron dichas iniciativas desviaron su atención hacia otras problemáticas, y dichos procesos estaban en franco declive.

Foto 4.1. Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas



Foto. Jaime Page (11/02/2011).

Ahora bien:

Es a partir de la dimensión biológica que todo lo demás pasa a ser «curanderismo». Desde esta perspectiva, la práctica médica, así como las otras disciplinas centradas en la biología expresan una alternativa potencial que será reiteradamente utilizada científica e ideológicamente. Estas disciplinas plantearán

recurrentemente la determinación biológica no solo de la enfermedad sino de la organización social. Su intrínseco individualismo biológico, que a su vez expresa un reduccionismo genérico, tiende a la anulación permanente de las condiciones sociales como condicionantes reales de la salud/enfermedad; constituyen inconscientemente un modelo de explicación para los conjuntos que entran en contacto con su práctica (Menéndez 1984:80).

Foto 4.2, 4.2b Casa Materna Tenejapa, Chiapas*



*La casa materna hace también las veces de centro de salud. Foto: Jaime Page

Por lo anterior, consideramos fallido el intento de sacrificar, desde la postura de la interculturalidad en salud, la primacía del punto de vista de lo biológico con una pretensión ahistórica de horizontalidad de la biomedicina con otros sistemas médicos, lo que es, desde cualquier perspectiva y tratando de ser muy positivos, un propósito difícil de alcanzar, ya que para el modelo médico hegemónico y los conjuntos sociales dominantes significaría renunciar a los mecanismos de control social que tradicionalmente se han ejercido desde el sector y al criterio de verdad que se sostiene e impone sin negociar.

Dejar de lado el papel impositivo de la biomedicina y sus intentos por desplazar y eventualmente aniquilar los sistemas etnomédicos y sus bases ideológicas significa no comprender que la propuesta de interculturalidad hecha desde el Estado no sacrifica ni un ápice su predominio, por el

contrario, parece buscar simpatías mediante la flexibilización de comportamientos pero sin proponer una relación horizontal curadores-usuarios, es decir que sobre una relación jerarquizada pretende matizar el mensaje biomédico hegemónico-dominante, con amabilidad y un lenguaje comprensible para los usuarios.

Coincidiendo con Menéndez:

De lo que no cabe duda es de que esta relación tiene que estar inscrita en el cuerpo histórico de los conjuntos sociales sometidos, y que esta inscripción no solo expresa la violencia simbólica de esta relación, sino también la violencia física y social en la cual no se disimulan las relaciones de fuerza, y el tipo de relaciones y significaciones de control ideológico, social y físico que los determinan como subordinados (Menéndez 1984a: 82).

Relación curador-usuario

Abordamos la relación operador biomédico-usuario sin omitir la condición desventajosa del segundo frente al primero, sobre todo cuando «es pobre». En esa relación se le descalifica mediante adjetivaciones como «ignorancia», «incomprensión» (más aún si no habla la lengua del curador); se menosprecian sus sistemas etnomédicos al etiquetarlos como superstición; se fundamenta una supuesta inferioridad social, basada en el desconocimiento biomédico, sujeta a la relación «el que sabe/los que no saben», «el que cura/el que busca curarse», que genera dependencia entre el que opera y el que requiere servicios.

Parte de la violencia estructural dirigida a estos conjuntos sociales se finca en «culpabilizar a la víctima». Se deposita en el enfermo y su familia la responsabilidad por fracasar como receptores de la información biomédica, aun cuando muchos de los saberes y prácticas se van reestructurando epistemológicamente para dar cabida a conceptos cada vez más complejos (Briggs 2005:109-110), cuando en realidad puede atribuirse al sistema biomédico y educativo la inoperancia e incapacidad estructural para asomarse

a esas realidades que se empeña en transformar desde la curación, sin intentar comprender los procesos necesarios para educar a los conjuntos sociales en cuestión y, aún más, sin emprender acciones de educación, fomento y prevención de la salud.

Menéndez y Di Pardo (1996) subrayan la estructura de la comunicación biomédico-paciente que coloca a los enfermos como sujetos pasivos, ignorantes, mal informados y resistentes, en posiciones de «pacientes», poblaciones «en riesgo» e incluso «el público», estructuradas como de recipientes pasivos de un saber biomédico del que tendrían una necesidad vital y como cuerpos que deben ser dirigidos a través de intervenciones tecnológicas y farmacológicas, dada su incapacidad para asimilar puntos de vista científicos y modalidades de autorregulación.

Así, lo que es percibido como incapacidad se caracteriza en términos estigmatizantes. La categorización del subalterno como sujeto insalubre puede legitimar la denegación de derechos a la salud, conferidos a los ciudadanos salubres (Briggs y Briggs 2004), así como la denegación más extensa de derechos humanos (Farmer 2001, Briggs 2005:110-111).

Es necesario, entonces, que el racismo y la desigualdad presentes en la relación curador/usuario den paso a una relación operador-médico al nivel que tiene entre los conjuntos sociales «más favorecidos», con niveles de atención de calidad en todos los sentidos, y prestar atención a quienes postulan que el ámbito de la «interculturalidad en salud» requiere la transformación del sistema biomédico no solo en términos de actitud sino también incluyendo en su corpus nociones y prácticas de las medicinas originarias como condición para lograr un impacto real con sus acciones, postura que resulta contradictoria al ser totalmente ajena a la racionalidad biomédica, cuando lo conducente sería crear condiciones óptimas de atención no solo en términos clínicos, sino de promoción y prevención.

Parte del absurdo sobre el discurso de incorporación de las etnomedicinas se hace evidente en los hospitales interculturales donde se construyeron espacios anexos diseñados desde el centro del país para que etnomédicos y parteras atiendan a la par de la atención biomédica, aunque no son utilizados para lo que fueron planeados. En el extremo de la irracionalidad

programática se construyeron «temascales» sobre la base de un diseño único con dimensiones aptas para acoger al menos a una veintena de personas a la manera de los baños de vapor utilizados por los lakota norteamericanos o el uso New Age en el centro del país y ciudades cosmopolitas, estructura impuesta a rajatabla y sin conocimiento alguno sobre las realidades en que pretenden incidir. Lo anterior sobre todo a partir de la política neointegracionista del foxismo y continuada durante el calderonismo que se propuso la desarticulación de las etnomedicinas y con mayor énfasis la partería tradicional.

Además, insistimos, cuando una persona o familia acude a los servicios biomédicos, lo hace en demanda de asistencia biomédica, no etnomédica ni complementaria, intención muchas veces estéril pues la instancia, por las condiciones señaladas, no logra curar o controlar la enfermedad.

En tal sentido, reiteramos, lo que se requiere es un servicio en condiciones óptimas, lo cual depende de incrementar el presupuesto al menos a 9.0% del PIB o más, y que los recursos realmente lleguen a su destino — como en la mayor parte de países del orbe—, así como una racionalización del gasto y su control que hagan viable una operación eficaz del subsistema de atención, con personal biomédico y paramédico suficiente, eficiente y bien pagado, e insumos farmacéuticos y quirúrgicos adecuados.

Por otro lado, acerca de la llamada interculturalidad en salud, el ámbito biomédico sostiene que todo lo que transita por rumbos paradigmáticos distintos del biomédico es falaz, particularmente los sistemas etnomédicos de base religiosa y los populares, «curanderiles», que gravitan en magmas de superstición, charlatanería y atraso, sin considerar que sus formas preventivas, diagnósticas y terapéuticas tienen alto impacto. «En un nivel latente, la inferiorización de estos saberes ‘tradicionales’ supone la inferiorización y subordinación tanto de sus consumidores como de los operadores, es decir, de las clases subalternas, o por lo menos de una parte de estas» (Menéndez 1984b: 83).

Uno de los agentes que más han contribuido al descrédito y la perpetuación de las condiciones ideológicas de descalificación y satanización de las etnomedicinas es el de la comunicabilidad, incluso:

llevando frecuentemente a descartar sus propios saberes a unos individuos y colectividades relegadas a la posición de receptores ignorantes y pasivos de conocimiento biomédico. Las posibilidades para elevar críticas e imaginar alternativas son crucialmente restringidas por las economías políticas, comunicativas o de otro tipo, pero están siempre presentes (Briggs 2005: 115).

Etnomedicinas

Los pueblos originarios mesoamericanos han logrado sobrevivir al embate de las sociedades que los han colonizado y dominado por más de 500 años no sin menoscabos (Page 2010, 2011), esto gracias al conocimiento que han adquirido e incorporado, procesado y significado desde sus propias racionalidades y transmitido, además, de generación en generación por vía de la enseñanza directa y validado, al menos entre los mayas de los Altos de Chiapas, mediante lo que se ha designado como revelación onírica.

La capacidad de adaptación y pervivencia de los sistemas etnomédicos ha permitido a los pueblos originarios sobreponerse a los daños a la salud causados por persecuciones sufridas desde lo policiaco, lo jurídico, la biomedicina estatizada y el cristianismo católico y protestante.

Entre los mayas de los Altos de Chiapas se ha documentado (Page 2010, 2011) que las etnomedicinas no se basan en esquemas inamovibles y solo fundamentados en visiones de mundo estáticas en el tiempo, como se pensaba en las décadas de 1940 y 1970 (Díaz 1963, Fabrega 1973, Guiteras 1965, Harman 1990, Holland 1963, Köhler 1995, Pozas 1977, Gossen 1975 y 1980, Hermitte 1970). En torno a esto, recientemente se ha demostrado que en la región han ocurrido cambios sensibles en comparación con lo reportado en los decenios mencionados.

Viene al caso un fenómeno en el contexto ideológico-religioso que ha venido sucediendo entre buena parte de las poblaciones de tsotsiles y tseltales (hace dos o cuando mucho tres décadas): un proceso de resignificación de las deidades celestiales y secundarias cuyo simbolismo de protección-castigo-daño —debido al embate religioso y a la necesidad estructural

de adaptarse antes que desaparecer— va dando paso a la separación entre las deidades celestiales y las del lado del mal.

Actualmente, entre los tsotsiles tradicionalistas de Chamula y Chenalhó, las deidades celestiales, básicamente Dios, Jesús, la Virgen María y la Virgen de Guadalupe prodigan protección, pero la retiran cuando sus hijos no cumplen con el mandato primordial de adorar, nutrir y sostener a las deidades, razón única de la creación de la humanidad que se expresa en el Popol Vuh. Las huestes de las deidades celestiales están conformadas por deidades secundarias pertenecientes al panteón católico (santos, santas y vírgenes), que residen en las iglesias y los altares de los *jpoxtavanejetik*²¹ ‘quienes ayudan a sanar’, encargados de recibir y entregar las ofrendas de la humanidad a las deidades celestiales. En el espacio terrestre residen los *anjeletik*, término con el que se designa desde finales de la década de 1970 a los dueños de pozos, ojos de agua, cuevas y cerros, además de encargarse de guardar a los animales compañeros de los *kristianoetik* ‘cristianos’ en corrales dentro de los cerros, caracterizados del lado del bien por portar los colores verde, amarillo y blanco y que además de proteger a los animales compañeros (cuando los hay), administran la semilla vegetal y animal, el agua, el viento, los relámpagos, a favor o en contra de la humanidad, en función del cumplimiento del mandato primordial (Page 2011:307).

Con la actualización mencionada, la impartición de castigo y daño quedó en poder del *pukuj* (jefe de los diablos) y sus huestes, conformadas por deidades secundarias de la tierra, asentadas en ojos de agua, manantiales, cuevas, cerros, que se distinguen de las del bien por portar rojo y negro. Estas se dedican a atrapar los *ch’uleltik* ‘almas’ de los humanos que por no cumplir con el mandato primordial caen en sus trampas (Page 2011:307).

En la práctica, esto se tradujo en que quienes han recibido y ostentado el mandato espiritual de ayudar a sanar, los *j-iloletik* tsotsiles o *pikabaletik* tseltales (quienes pueden ver-escuchar), y a la vez enfermar dañando (*ak’chamel*), dejaron de operar en el binomio para pasar los primeros a ser

²¹ La terminación *etik* pluraliza la voz.

hijos de Dios, dedicados exclusivamente a ayudar a sanar; y quienes, como hijos del *pukuj*, encaminados a enfermar, dañar y destruir mediante *ak'chamel* 'mal echado' denominados *j-ak'chameletik* (Page 2011:338).

Sin embargo, el espectro de etnomédicos no se reduce a las categorías mencionadas, pues para el ámbito de lo natural se cuenta con otro tipo de terapeutas, entre estos: *tamal* 'partera/o', *j'ak'vomol* 'hierbatera/o', *jtsak-bak* 'huesera/o', *jtoibits* o *cavilto vinik* o *coponej'vits* 'rezador/a de los cerros' y culebrero.

En cuanto a otros cambios significativos es notorio que en las dos últimas décadas quienes detentan el cargo de hierbatero han ganado preeminencia sobre los *j-iloletik/pik'abaletik*, fundamentalmente porque la mayor parte de los jóvenes mayas actuales conciben y viven el mundo de manera distinta a sus mayores debido a que se han desarrollado en un contexto con presencia decisiva de agentes de la sociedad dominante en sus comunidades que estuvieron ausentes o eran desconocidos para sus padres y abuelos: diferentes niveles escolares que van desde preescolar hasta bachillerato; farmacias y consultorios médicos y odontológicos atendidos por *j-loktores*, promotores y técnicos dentales, incluso recientemente biomédicos titulados; televisión, opciones radiofónicas en español, *tsotsil* y *tseltal*, entre las cuales pululan las de corte religioso; la migración en busca de trabajo en la región, en otros estados del país o el extranjero, etcétera.

Estas instancias transmiten las posturas ideológicas hegemónicas sobre el deber ser de las personas, lo que en el corto plazo ha modificado sensiblemente la visión del mundo en amplios sectores de estas poblaciones, a partir de lo cual la biomedicina adquiere una importancia que en el pasado no tenía. Eso no significa menoscabo de sus etnomedicinas, pero ahora las opciones son elegidas con mayor libertad e incluso combinadas, como se verá en los resultados del trabajo de campo.

Sin embargo, a partir de la comparación de los procesos a que se ha visto sometida la población y con ello sus etnomedicinas, es claro que —como lo señalaron en otro documento algunos etnomédicos de Chamula, Chenalhó y Oxchuc— los *pik'abaletik* *tseltales* y *j-iloletik* *tsotsiles*:

van desvaneciendo las formas de atención que durante las últimas décadas han mantenido las medicinas de los mayas de los Altos, y su eventual desaparición, primero en aquellas localidades donde los jóvenes ya no sueñan y que sobrevendrá con la muerte de los ancianos que actualmente se ocupan de la atención, y más adelante en aquellas en que cada vez son menos los jóvenes que reciben el mandato, lo cual es sinónimo de un cambio drástico o de la desaparición de la cosmovisión. Quisiera equivocarme con este propósito, pero el trabajo de Freyermuth (1993) muestra con mucho esta tendencia (Page 2011:343).

La cita anterior apunta a que las etnomedicinas van quedando sobre todo en manos de herbolarios, hueseros y parteras. De hecho, como se corroboró en otra investigación (Page 2010), esa condición es el común denominador en el municipio de Tenejapa y de manera importante en Oxchuc, donde es muy difícil encontrar ahora un *pikabal*, y las búsquedas de atención se centran en conocedores de la herbolaria o la biomedicina, a la que se accede en unidades médicas y por medio de promotores. Además, se observó que lo relativo al *akchamel* es actualmente atendido por «espiritistas».

Medicinas complementarias y otros recursos terapéuticos

En México las llamadas medicinas complementarias, en contraste con los intentos de desarticulación de que son objeto las etnomedicinas, coexisten con la biomedicina, aunque subordinadas a esta. Destacan la homeopatía, la medicina china y la ayurvédica, cuyas racionalidades, aunque no son necesariamente biológicas, mantienen ciertos nexos de compatibilidad paradigmática con algunos de los criterios de verdad que postula la biomedicina, ya que gravitan en el entorno de la naturaleza humana (no sobre principios religiosos), incluso situándose en el campo de intereses de la física cuántica. Si bien el acceso a estas por parte de la población que nos ocupa es mínimo, en contados casos las solicitan con distintos resultados,

en particular la homeopatía, que fue el recurso más socorrido entre los sujetos participantes en el proyecto.

Recursos terapéuticos

Otro de los recursos que no podrían ser categorizados dentro de las medicinas complementarias ni en las etnomedicinas, pero que aparece en el entorno biológico, es la herbolaria fundamentada en plantas medicinales provenientes de otras regiones del estado, de otros estados y del mercado nacional e internacional, como se puede constatar en los mercados municipales a lo largo del país. Varias en presentaciones comerciales, muchas veces obtenidas con conocidos o en los mercados ciudadanos y comunitarios.

En este contexto, un recurso de atención que despunta por la enorme frecuencia de uso son los productos denominados «naturistas» y/o «complementos alimenticios», siendo las empresas Omnilife y Herbalife las preponderantes en el mercado. De la primera para el tratamiento de la DM resalta el producto «Dolce Vita», cuyo ingrediente principal es la *Gymnema sylvestre*, planta originaria de Asia y África a la que ensayos farmacológicos y clínicos le atribuyen propiedades hipoglucemiantes e hipocolesterolemiantes (Carretero, Ortega y Sánchez 2001). Acorde con la publicidad de Omnilife, el producto ayuda de forma natural a regular los niveles de glucosa en sangre y en el aprovechamiento de las grasas para obtener energía. Promueve la reducción de peso y disminuye la ansiedad por los alimentos dulces, esto por el ingrediente combinado con el cromo (Omnilife 2012).²²

Tanto Omnilife como Herbalife son corporaciones de capital estadounidense que reclutan a sus vendedores entre las personas que consumen sus compuestos. Operan bajo la lógica de las «pirámides», es decir, el vendedor recibe un porcentaje y otro lo reciben quienes en cadena lo cooptaron; a su vez, este recibe ganancias de las ventas que realicen aquellos a los que logró reclutar y de los que a su vez estos recluten.

²² <<http://www.omnilife.com/front/detalle.php?producto=4780>>.

Omnilife tiene su base de operaciones en el lado sur de San Cristóbal, en la periferia del Mercado Popular del sur (Merposur). Sus promotores hacen visitas de casa en casa o bien adaptan un espacio en sus viviendas para presentar los productos.

La corporación Herbalife contaba de 2011 a 2014 con dos oficinas en San Cristóbal de Las Casas, una frente a la plaza central y otra a cuatro calles hacia el norte. Sus promotores operaban de dos formas: en la calle o con demostraciones en domicilios particulares. Los hombres siempre de saco y corbata y las mujeres en vestido formal. En tanto que cuando visitan la casa de algún cliente ya cooptado, como pudimos atestiguar en Tenejapa, ofrecen una plática y realizan una demostración en la que exponen el éxito que han tenido con los productos de la empresa en beneficio de sus vidas.

Por otro lado, Herbalife no ofrece «alimentos» específicos para la DM; la propuesta general consiste en tres frascos, uno de gel y dos con polvos que se mezclan con agua y se licuan. El primer recipiente contiene gel de *Aloe vera*; el segundo, hierbas diversas y proteínas; y el tercero, vitaminas, minerales y fibra²³ (Herbalife 2014). A diferencia de Omnilife, Herbalife se

²³ HERBALIFE, HERBAL ALOE, Concentrado de Aloe para beber. Herbalife ha conseguido, mediante el desarrollo científico, captar y estabilizar los prestigiosos nutrientes orgánicos que se encuentran en la planta de aloe vera. Los expertos recomiendan que deberíamos consumir al menos dos litros de agua cada día para que nuestro sistema orgánico funcione correctamente. El Concentrado Herbal Aloe es una forma positiva y refrescante de garantizar el mantenimiento de un nivel adecuado de consumo de agua, refrescando el sistema digestivo y ayudando en el proceso natural de limpieza del propio organismo. Se ha incluido: manzanilla, por sus propiedades suaves y relajantes; limón natural, antioxidante; extracto de alfalfa, rico en calcio, magnesio, potasio y betacaroteno; un tónico general. Modo de uso: botella con tapón de rosca, que contiene 240 ml (aproximadamente, seis raciones). Mezclar 3-4 tapones de concentrado con 125 ml de agua. Batido Nutricional Proteico: Fórmula 1. Especialmente formulado con nueve gramos de proteína de soya de gran calidad (por ración). Con leche semidesnatada, de 19 a 21 gramos. La Fórmula 1 puede ayudarte a conseguir tus objetivos de control de peso. Contiene vitaminas y minerales, incluyendo vitaminas C y E, antioxidantes. También aporta todos los aminoácidos esenciales que tu cuerpo necesita para mantenerse bien. La nueva fórmula mejorada y enriquecida con proteínas, derivada de proteína de soya aislada proporciona fibra dietética de alta calidad, rica en minerales y vitaminas, incluidas las vitaminas A, C y E, antioxidantes. La Fórmula 1 usa caseinato cálcico, una fuente de proteínas más recomendable para aquellos que no toleran la lactosa, es fácil de preparar, ya sea batiendo a mano o utilizando una minibatidora. El producto final es espumoso y posee una textura cremosa suave. Te puede ayudar a controlar centímetros y también kilos. Cómo tomarlo: mezclar

cuida al menos en su publicidad y en su página web, de ni siquiera insinuar que sus productos tengan algún efecto sobre las enfermedades, pero esto cambia cuando sus vendedores callejeros tratan de atraer clientes para sus productos, asegurando que al ingerirlo el azúcar se normalizará. Llama la atención que, al menos en San Cristóbal de Las Casas, las estrategias de captación de clientes están dirigidas sobre todo a campesinos, obreros de la construcción y empleadas domésticas, no convocando por ejemplo a persona alguna que parezca pertenecer a la clase media alta ni a extranjeros.

A pesar de las precauciones en cuanto a publicidad, no se advierte cuidado con respecto al contenido de sus productos. En el *Journal of Hepatology* publicado por Elsevier (lámina 6.1) se presenta un artículo que detalla el daño hepático y consecuente muerte de personas que consumieron productos de dicha empresa.

Desde junio de 2014, los agentes de Herbalife no se presentaron más en los espacios públicos donde captaban a sus «víctimas» en San Cristóbal de Las Casas. Además, sus dos locales en el centro de la ciudad fueron ocupados por otras empresas. Desconocemos las razones por las que dejaron de operar. Hacia 2015 los agentes reaparecieron en escena en muy escaso número y por calles alejadas al centro de la ciudad, y hasta 2016 en que se escribe este trabajo, su presencia es escasa.

Finalmente, respecto de las diferentes opciones de atención a que se puede acceder, hay que destacar que los conjuntos sociales que nos ocupan proceden dentro del marco de las racionalidades que detentan sobre el proceso de salud-enfermedad-atención, con la clara distinción de cuál camino es el más adecuado para recibir atención según la causa de la enfermedad o la efectividad que hayan referido otras personas.

dos cucharadas soperas en el líquido de su preferencia, como agua, jugo, yogur descremado, agua con media fruta pequeña (preparado con fruta puede aportar un máximo de 180 calorías, aproximadamente). Recomendamos no tomar leche de ninguna clase. Sabores: vainilla, chocolate, fresa, frutas, capuchino (Herbalife 2011).

SEGUNDA PARTE

DIABETES MELLITUS COMO PADECIMIENTO: transiciones entre la transubjetividad y la subjetividad en la periferia de San Cristóbal de Las Casas y cabeceras municipales de Tenejapa y San Juan Chamula

En los dos primeros capítulos de esta segunda parte se revisan aspectos comunes a las tres localidades en las que se desarrolló este trabajo, así como los determinantes, condicionantes y hechos que predisponen a la diabetes o que impactan en su prevalencia; en los subsiguientes, las especificidades de cada lugar.

Antes de adentrarnos en los datos de las tres localidades cabe señalar que la disparidad en casos presentados obedece a que no en todas las entrevistas se logró una apertura y colaboración plena para aportar los datos que requerimos. Llama la atención la gran disponibilidad de la gente en Tenejapa, no solo para ser entrevistada sino para recibirnos en cada ocasión, dispuestos a responder a nuestras preguntas y permitirnos hacer el seguimiento de sus trayectorias. De igual manera sucedió con algunos participantes en San Cristóbal, aunque no con todos. Sin embargo, en Chamula solo fue posible hacer el seguimiento de un caso; fuera de eso, los encuentros se redujeron a la entrevista inicial, dado que los sujetos esperaban se les proveyera de medicamento, lo cual no estaba en nuestras posibilidades. La construcción de los gráficos sobre glucemia dependió del seguimiento de la trayectoria.

5. Transubjetividad y horizonte

El estudio del padecimiento visto desde la tríada padecimiento-enfermedad-dimensión-macrosocial del proceso salud-enfermedad-atención (Good 2003, Kleinman 1988, Menéndez 1994), bien puede ser abordado desde las esferas de la subjetividad, la intersubjetividad y la transubjetividad, respectivamente (Jodelet 2007:51-52).

En este apartado y con la lógica de los capítulos anteriores, nos ocupamos en primer término del plano transubjetivo, que conforma, influye e incluso determina la configuración de las otras dos y las prácticas que generan, ya que sus «elementos atraviesan tanto el nivel subjetivo como el intersubjetivo [...] [y] remiten a todo lo que es común para los miembros de un mismo colectivo» (Jodelet 2007: 54). La visión del mundo que comparte el común de los miembros de un colectivo sociocultural reside en el plano transubjetivo, así como las representaciones sobre el proceso de salud-enfermedad-atención que, como se verá más adelante, tiene lugar dentro de un horizonte amplio.

La noción de horizonte alude a los ámbitos desde donde puede situarse un objeto, es decir: perspectivas conceptuales, teóricas, etc., pero también como un espectro en que se ubican elementos, incluso algunos contradictorios, aglutinados en torno a un eje común que remite a respuestas o acciones posibles para abordar o resolver los problemas del PSEA-P. Para ello, Jodelet nos acerca al explicar que el concepto de *horizonte*:

permite superar el carácter unilineal de la noción de perspectiva. Porque el modo de enfocar los objetos y los acontecimientos que pueblan nuestro mundo cotidiano apela a sistemas de representaciones transubjetivas que modelan y matizan nuestras percepciones. [...] un mismo acontecimiento puede movilizar representaciones transubjetivas diferentes que los sitúan en horizontes variables, de aquí derivan, por parte de los sujetos, interpretaciones que pueden ser objeto de debate y desembocar en situaciones de consenso o disenso (Jodelet 2007: 55).

En este texto la noción de horizonte amplio nos permite visualizar cómo los elementos transubjetivos de las representaciones modelan de manera dinámica la relación entre aspectos provenientes de sistemas médicos disímiles, y comprender y registrar cómo ocurre el uso y usufructo de estos en forma alternada o al mismo tiempo, sin que ello signifique a los sujetos conflictos de orden ético, moral o conceptual a nivel personal, familiar o social.

Cosmovisión

Aunque líneas arriba hicimos mención de componentes fundamentales de la cosmovisión tradicionalista y de algunos cambios significativos, podemos referirnos a un mosaico al interior de los grupos de edad, así como a segmentos ligados a grupos religiosos diversos con posturas antagónicas o empáticas hacia dichas nociones y que pone a la vista una gran variabilidad. Antes de adentrarnos en especificidades de los conjuntos sociales haremos algunas precisiones.

El término cosmovisión deriva de la palabra alemana *Weltanschauung* (de *Welt* ‘mundo’, y *anschauen* ‘observar’), introducida por el filósofo alemán Wilhelm Dilthey (1949); puede ser traducido como *visión del mundo*. Ambos términos en español se refieren a las formas en que los grupos humanos conciben el mundo y viven conforme a él.

La formulación de Franz Boas (1928) sobre áreas culturales dio lugar, en la década de 1940, a la noción de superárea cultural mesoamericana

propuesta por Paul Kirchoff, que con el tiempo, tras una prolongada discusión en el seno de la disciplina, contribuyó a la conformación y consolidación, en la década de 1980, del paradigma de la «cosmovisión mesoamericana», cuyos principales artífices, afirma Andrés Medina (2015), han sido Johanna Broda y Alfredo López-Austin. Medina sostiene que partir de la obra de este último se abrió el campo teórico de la cosmovisión a una muy compleja discusión, con distintas implicaciones teóricas y metodológicas, y que «el término [cosmovisión] es aceptable si por *cosmos* se entiende la totalidad unitaria de lo existente y si se acepta el amplísimo sentido del término *visión*» distinguiendo *cosmogonía* como lo relativo al origen del mundo y *cosmología* como lo inherente a los actos cognitivos y reflexivos (Medina 2015:49, 53, 70).

Los acercamientos al concepto de *cosmovisión* en general remiten a las distintas perspectivas o los ángulos desde los que se estudian los campos del quehacer humano. Tenemos, entonces, que López-Austin, desde una perspectiva general, la entiende como:

un hecho histórico de producción de procesos mentales inmerso en decursos de muy larga duración, cuyo resultado es un conjunto sistémico de coherencia relativa, constituido por una red colectiva de actos mentales, con los que una entidad social, en un momento histórico dado, pretende aprehender racionalmente el universo en forma holística (López-Austin 2015:44).

También observamos acercamientos desde la perspectiva de los espacios físicos y geográficos en referencia a lo agrario y sus vínculos cosmogónicos y astronómicos. Johanna Broda asume el término como: «una visión estructurada en la cual los miembros de una comunidad combinan de manera coherente sus nociones sobre el medio ambiente en que viven y sobre el cosmos en que sitúan la vida del hombre» (Broda 2001:16).

Medina entiende la cosmovisión con énfasis en la noción de persona, desde donde centramos nuestro acercamiento, como: «Una matriz en la que se articulan las concepciones y las orientaciones relativas al tiempo y al espacio, así como la configuración de la persona [...], en la que se inscribe

el conjunto social, en este caso la comunidad, y desde la cual reproduce y recrea su cultura» (Medina 2000: 94 y 105).

En referencia, entonces, al campo médico vemos que ahí donde los aspectos de la visión del mundo que se adentran en las diferentes formas que adopta el PSEA-P en distintas sociedades y culturas, la noción de persona se constituye como el elemento de mayor importancia.

Entre tseltales, tsotsiles y mestizos la visión del mundo o cosmovisión alude específicamente a elementos de orden ideológico, cosmogónico, religioso, biomédico, etc., presentes en el plano transubjetivo y, por tanto, activos en la subjetividad y las prácticas ostensibles en el PSEA-P, en el cual, como resultado de los intercambios intersubjetivos y de la experiencia adquirida, se reelaboran, fortalecen o desechan las representaciones que concurren en las tres esferas, dando con ello lugar a una constante actualización que abona en forma predominante a mantener la coherencia entre conceptos, causas y estrategias implicadas en dicho proceso.

En el área de estudio que nos ocupa, la forma de significar la *visión del mundo* determina pautas sobre cómo se concibe y se vive de manera particular en el mundo, que suele ser distinta de la que se observa en la sociedad global, y para nuestro objetivo apunta a conceptos sobre el PSEA-P dentro del horizonte amplio al que nos hemos referido y que contiene aspectos de orden natural y sobrenatural, con inclinación hacia uno u otro según el pueblo de pertenencia y el origen étnico.

Transfiguración¹ de la cosmovisión

A partir de lo dicho sobre cosmovisión, sus cambios y ajustes, en este estudio se documenta que en las prácticas orientadas a la conservación de la

¹ Entendiendo «transfiguración étnica» como los procesos a través de los cuales, como señalan Bartolomé y Barabas (1996:28), se realizan «... sucesivas alteraciones internas tanto biológicas (mestizajes) como culturales, y en sus formas de relación con la sociedad envolvente» entre los grupos étnicos, en un intento por mantenerse como entidades étnicas ante el empuje de los diferentes agentes de la sociedad dominante. «Es decir, que la transfiguración supone la existencia de cambios adaptativos que modifican la fisonomía cultural».

salud y a la búsqueda de atención para el control de las enfermedades en general, y de las crónicas en particular, los habitantes de las cabeceras municipales de Tenejapa, Chamula y periferia de San Cristóbal de Las Casas, con resabios mesoamericanos, acceden de manera exclusiva, alternada o simultánea a distintas opciones de atención disponibles a nivel local y regional, sin conflictos de orden ético, moral o conceptual en las esferas personal, familiar o social, dentro de un horizonte amplio (Jodelet 2007:55).

Para entender dicho horizonte en que se concibe y actúa dentro del PSEA-P examinamos, en primer término, la coexistencia de elementos religiosos con resabios prehispánicos mezclados con cristianos, a los cuales se suman componentes de orden natural cuyo rango gravita desde la noción de frío-calor hasta las de orden biomédico, todas dentro del continuo de una transubjetividad que no cuestiona lógicas opuestas, pero sí las clasifica.

Esta coexistencia se refleja en el plano de la salud, en el segmento natural del horizonte, mediante acciones que buscan armonizar, dentro de la propia racionalidad del grupo, los elementos materiales y subjetivos en que se clasifica lo caliente y lo frío, proceso en el que se han asimilado parámetros sobre el cuidado de la salud inducidos desde la biomedicina (higiene personal, de la casa y la alimentación; prácticas de crianza, del embarazo, etc.). A esto se suma que en el plano espiritual es menester efectuar los rituales que cotidiana o periódicamente exige la religiosidad particular, considerando los que deben realizarse a nivel individual, familiar y de petición a las fuerzas sobrenaturales que pueblan la naturaleza, todo lo cual debe aportar a la conservación de la salud y la prosperidad. Mediante dichas ceremonias y rituales se cumple con lo exigido por el mandato primordial, además de respetar las costumbres y el orden establecido (véase Page 2011).

Al hablar de la enfermedad, por un lado, en el extremo del horizonte o polo sobrenatural tenemos el *ak'chamel*;² de ahí se avanza hacia lo natural,

² Similar de brujería, por poseer características que los distinguen de las prácticas mestizas y populares mexicanas, sobre todo por las formas de interceder valiéndose del *j-ak'chamel* (literalmente 'el que pone enfermedad') tenejapaneco de la entidad *lab*, con la capacidad de este de transformarse en diferentes animales o fenómenos naturales y que es de índole gaseiforme, lo que le da capacidad de penetrar los cuerpos de sus víctimas para dañarlos (véanse Page 2008, 2010, Sánchez Carrillo 2013).

pasando por las consecuencias del incumplimiento del mandato primordial y el sucesivo retiro de la protección prodigada por las deidades celestiales que predisponen al susto u otras formas de pérdida del *ch'ulel-alma*, o bien crea condiciones para que esta entidad pueda ser atrapada por los distintos entes sobrenaturales que pueblan la superficie de la tierra. Lo anterior deriva en enfermedades prolongadas, graves e incluso la muerte (Page 2011).

Se pasa en seguida a un plano intermedio en el que se estiman nosologías de orden energético que conllevan mal de ojo, caída de mollera, tristeza, etc., generadas por personas con mucho calor o un frío extremo.

Siguen las de orden natural con alguna similitud o dentro de la clasificación internacional de enfermedades, aunque siempre subjetivadas desde la racionalidad del grupo, que transitan asimismo desde las nociones de frío-caliente hasta las que sostiene la racionalidad biomédica, que constituye el otro extremo del horizonte referido en el que aún predomina la noción de agente causal material-enfermedad.

El elemento determinante a partir del cual los sujetos y sus médicos tradicionales identifican la naturalidad o sobrenaturalidad de la enfermedad reside en la presencia de ciertos aspectos en el sueño.

Es que nosotros sabemos, o sea, cómo te voy a decir, ya sabemos qué puede sanar un *pikabal*, a veces venimos y soñamos que tal cosa, que te pegaron, que te caíste. Entonces sabemos que hay que rezar, porque a nuestro *ch'ulel* lo molestan, pero eso llega a nuestro cuerpo, por eso sabemos bien cuando se necesita *pikabal* (testimonio, Antón, Tenejapa).

De acuerdo con la subjetividad de los participantes, por lo general, de inicio se intenta resolver la enfermedad en el ámbito de la autoatención con predominio del criterio frío-caliente. En este plano, como es el mal de ojo, se recurre a manipulaciones corporales (masajes) o frotado con plantas; para otras condiciones, la ingestión de infusiones elaboradas a base de plantas medicinales locales o foráneas, o fármacos. Según esta lógica se recurre a la polaridad opuesta con el requerimiento de algún sabor también

inscrito en alguna de las polaridades o neutro (amargo, agrio, dulce, salado, sin sabor), pero también con baños o *pus* (baño de vapor).

En la autoatención, bajo el mismo principio bipolar, las enfermedades son categorizadas en función de las manifestaciones físicas, emocionales o mentales (signos y síntomas); un ejemplo conciso serían las enfermedades infecciosas del tracto respiratorio o digestivo que cursen con fiebre con o sin escalofríos, lo cual inclina a considerar la enfermedad hacia el polo frío, si estos están presentes, o al caliente si no los hay.

Asimismo, las condiciones de orden socioeconómico como pobreza, solvencia económica, exclusión, violencia, marginación y racismo han adquirido peso como factores que participan en la génesis y persistencia de las enfermedades.

Es además en el plano de la autoatención donde se incorpora el seudonaturismo caracterizado por el uso de productos herbolarios procesados por corporaciones internacionales como Herbalife, Omnilife y nacionales.

Cuando el problema de salud rebasa las capacidades del plano de la autoatención se recurre a terapeutas de los diferentes sistemas médicos al alcance de la familia, ya sea hierbateros, hueseros, promotores de salud, *loktores* o biomédicos a nivel público o privado.

Cuando los problemas persisten más allá de un tiempo razonable y son percibidos como enfermedades crónicas no transmisibles, por lo general la subjetividad inducida por los mensajes biomédicos inclina las representaciones hacia el polo natural. Por ejemplo, en cuanto a diabetes y enfermedades del corazón, la causa se atribuye a excesos dietéticos (grasas y carbohidratos), abuso en el consumo de refrescos y cerveza; en el caso de la diabetes, que el azúcar viene de la sangre; o la tuberculosis, que es otro de los flagelos que los extermina, asociado al bacilo, pero sobre todo a la pobreza.

Cuando la enfermedad crónica o su agravamiento se vincula a sueños que la evocan, ya sea que los tenga el enfermo o algún familiar de este, o bien cuando otras opciones de atención a las que se haya recurrido no hayan logrado curar o controlar el problema, suele inferirse que la

causa radica en el plano sobrenatural y se recurre a los *j-iloletik*³ tsotsiles o *pikàbaletik* tseltales (que pueden sentir-escuchar la palabra presente en la sangre), quienes tras pulsar al enfermo determinarán si la enfermedad quiere rezo y ofrenda o no, y le indicarán al enfermo y su familia si se trata de enfermedad natural, susto, pérdida del *ch'ulel*-alma, y el tipo de estrategia terapéutica que procede.

El horizonte amplio al que hacemos referencia se transfigura constantemente como resultado del impacto de diferentes elementos provenientes del orden global, entre los que predominan el proselitismo religioso, la publicidad farmacéutica difundida por los medios, el quehacer de vendedores «merolicos» en calles y mercados, las estrategias callejeras de cooptación de clientes llevadas a cabo por entusiastas de las empresas de productos «herbolarios» y de «nutrición» como Omnilife y Herbalife y la insistente opinión de familiares y conocidos acerca de diferentes opciones y recursos; y en función de la pobreza o solvencia económica del núcleo familiar, la conservación de la salud dependerá, por un lado, del cumplimiento de las obligaciones de orden espiritual y religioso, es decir, nutrir y sostener a las deidades y, por otro, de llevar correctamente las prácticas de cuidado y respeto del cuerpo, la familia y la sociedad, evitando al máximo las confrontaciones y la envidia.

La enfermedad surge cuando la armonía se ve alterada en el plano natural o espiritual, o en ambos, y entonces se sitúan los padecimientos, según la gravedad o cronicidad, en cualquier parte del espectro, incluso alternadamente, aunque predominará el polo que privilegie la subjetividad del sujeto; por lo tanto, a esto se ligará indistintamente la atribución de la causa que también puede variar con el tiempo.

En ese sentido, la mayor parte de participantes han manifestado que el «azúcar no pide rezo», que es una enfermedad natural y requiere, en algunos casos plantas, y en otros «medicina de farmacia». Pero cuando el padecimiento es asociado con lo onírico, se le ubica en el terreno del susto o la envidia, que opera ya sea sin la participación de un tercero, o por

³ Plural de *j-itol*, literalmente 'el que ve', término con el que se nombra en tsotsil a aquellos terapeutas que basan sus procedimientos diagnósticos en rezos, sueños y técnicas de pulseo.

efecto del trabajo de un *j-ak'chamel*, con objeto de dañar e incluso inducir la muerte del afectado.

Con respecto a las representaciones⁴ que los sujetos nos compartieron sobre la DM cabe apuntar que no se obtuvieron puntos de vista elaborados y que sus opiniones más bien rondaron en torno a concebir la enfermedad como natural o sobrenatural, y estableciendo sobre todo una liga estrecha con lo que consideraron ser el origen, las causas y las estrategias para su abordaje y control.

En coincidencia con Abric (2004:406) en el sentido de que las representaciones generalmente no trascienden el ámbito del sentido común, centramos nuestro trabajo en la noción de padecimiento, es decir, en el análisis de la subjetividad del enfermo y sus allegados en torno a cómo se sufre y se lucha con la diabetes.

Con base en lo anterior podemos ubicar la subjetividad documentada sobre la DM y el sentido que se da a las prácticas distribuidas en el horizonte amplio en distintos planos: por un lado, aquellas que se sitúan en el ámbito natural entre quienes consideran que el «azúcar no es de rezo», es decir, que no proviene ni está fincada en fenómenos sobrenaturales, sino naturales, y que por tanto para su control o «curación» se requiere alguna sustancia o combinación de estas, sea medicina de farmacia, plantas medicinales o productos «naturistas», así como evitar ciertos alimentos y hacer ejercicio, criterios ciertamente asimilados desde los mensajes de la biomedicina. Por otro, tenemos a quienes atribuyen el azúcar a fenómenos de orden sobrenatural, entre los que predominan como causa directa el susto, la envidia o el mal echado.

Atendiendo al horizonte amplio, la mayoría de participantes ha transitado de ida y vuelta entre un ámbito y otro, dependiendo de éxitos o fracasos atribuibles a las estrategias terapéuticas o a combinaciones de estas, de condiciones particulares de vida, así como por la influencia que en

⁴ Abric define la representación como: «[...] una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas y entender la realidad a través de su propio sistema de referencias y, por lo mismo, adaptarse a dicha realidad y definir en ella un lugar para sí» (Abric 2004: 407).

enfermos y familiares ejercen los integrantes de sus redes, los agentes de los sistemas médicos y de empresas de productos «naturistas». Con base en lo anterior, los sujetos han combinado recursos terapéuticos de ambos polos.

La mayor parte de los sujetos declararon que la agobiante sed y la constante urgencia por orinar los tomó por sorpresa. Al inicio no atribuyeron la situación a alguna enfermedad en particular y más bien, sin detenerse a reflexionar sobre las causas, decidieron saciar la sed con lo que estuviera a mano, predominantemente con refresco o agua.

Las familias que de primera intención supusieron la presencia del azúcar, buscaron atención en la biomedicina o en otro sistema médico.

En otros casos no se tuvo idea sobre lo que estaba ocurriendo y, al no contar con un diagnóstico, optaron en primer término por la autoatención, utilizando remedios basados en hierbas no especificadas, encaminadas a incidir sobre signos y síntomas. La persistencia del cuadro, aunado a la acelerada pérdida de peso, y en algunos casos a la disminución de la agudeza visual, llevó a la mayoría de los participantes a recurrir a instancias donde su mal fuera diagnosticado para conocer las posibles causas y recibir la terapéutica adecuada.

Durante la documentación de las trayectorias nos percatamos de que la decisión con respecto al tipo de atención dependió de las condiciones sociales y familiares que en su momento afectaban al enfermo y del polo natural o sobrenatural hacia el que predominantemente se dirigían en su padecer.

En este sentido, si la confluencia de sentido y las circunstancias personales inclinaban la balanza hacia la causalidad natural, fuera esta atribuida a contagio, herencia u otro mecanismo, la mayor parte de las personas involucradas, si no es que todas, recurrieron, en orden de importancia, al consumo de plantas medicinales, consumo de productos «naturistas» procesados y/o atención médica privada o institucional.

En el esquema de plantas medicinales utilizadas para el azúcar, que solas o combinadas entre sí o con medicamentos de farmacia son empleadas para su tratamiento, ya sea que provengan de los patios, del

campo aledaño, de regiones cercanas donde se migra o bien de los negocios de mercado dedicados al ramo, las que principalmente destacan son: hierba mora (*Solanum nigrum*), tronadora (*Tecoma stans*), guarumbo (*Cecropia obtusifolia*), níspero (*Eriobotrya japonica*), ciprés (*Cupressus sempervirens* L.), sábila (*Aloe vera*), nopal (*Opuntia ficus-indica*), marrubio blanco (*Marrubium vulgare* L), palo santo (*Bursera graveolens*), amula de Monterrey o prodigiosa (*Brickellia* sp.), hierba del perro (chiapaneca), (*Calea urticifolia* [Mill.] DC) cáscara sagrada (*Rhamnus purshiana* DC) y lágrima de San Pedro (*Coix lachryma-Jobi*). A esta lista se podría agregar otro buen número de hierbas, pero desafortunadamente no fueron mencionadas y tan solo se informó que provienen de tierra caliente.

Dentro del ámbito de lo natural, el otro recurso de uso frecuente son los productos que las empresas denominan «naturistas». Los principales distribuidores son Omnilife y Herbalife.

6. Entre dieta y «comida chatarra»

La dieta

La dieta común entre los mayas de los Altos de Chiapas, fuera de mínimas variantes, se caracteriza por el predominio de alimentos de elevado contenido calórico como son la tortilla de maíz nixtamalizado (hervido con cal y ceniza) o la tortilla de harina de maíz industrializada (Maseca), frijol, huevo, pan, pozol (masa nixtamalizada diluida en agua), sopa de fideo, pocas verduras y feculosas entre las que predominan: hierba mora, acelga, zanahoria, papa; en temporada, ejotes, calabacita, flor de calabaza y chayote, ocasionalmente pollo y esporádicamente carne de res o de cerdo.

En un curso/taller sobre DM dirigido a promotores de salud tsotsiles y tseltales en 2015 se elaboró un listado y las correspondientes cantidades ingeridas por día a partir de lo que los asistentes señalaron como alimentos que componen la dieta diaria, coincidente con lo recabado en trabajo de campo (véase cuadro 6.1). A partir de la lista se hizo el cálculo kilocalórico relativo al consumo cotidiano de una persona adulta que resultó en un rango que va de 3566 a 4488 kcal. Esto sin considerar el consumo cotidiano de refresco y frituras que será variable entre los miembros de las familias y que, como se verá en el siguiente apartado, constituye un muy elevado aporte de kilocalorías al día.

Por otro lado, se ha considerado la talla y el peso ideales promedio de la población maya alteña en un rango de edad entre 25 y 60 años (cuadro

Cuadro 6.1. Cuatro dietas con aporte kilocalórico para un día

| Alimento | kcal/100 g | g/día | kcal/día | Dieta 1 | Dieta 2 | Dieta 3 | Dieta 4 |
|---------------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tortilla industrializada | 193 | 900 a 1200 | 1737 a 2316 | 1737 | 2316 | | |
| Tortilla de maíz amarillo | 237 | 900 a 1200 | 2133 a 2844 | | | 2133 | 2844 |
| Frijol cocido | 127 | 200 | 254 | 254 | 254 | 254 | 254 |
| Sopa de fideo | 91 | 100 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| Pozol | 189 | 300 | 567 | 567 | 567 | 567 | 567 |
| Pan | 281 | 100 | 281 | 281 | 281 | 281 | 281 |
| Huevos fritos | 201 | 300 | 603 | 603 | | 603 | |
| Huevo duro | 155 | 100 | 155 | | 155 | | 155 |
| Verdura | 32 | 100 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| Pollo | 219 | 100 | 219 | | 219 | | |
| Carne de cerdo | 273 | 100 | 273 | | | 273 | |
| Carne de res | 264 | 100 | 264 | | | | 264 |
| Total, kcal | | | | 3566 | 3915 | 4234 | 4488 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INCAP 2012, respecto de calorías y datos de trabajo de campo.

Cuadro 6.2. Cálculo de consumo normal de kilocalorías por día según grupo de edad y peso

| Peso/Edad | < 25 (+300) | 26-45 | 46-55 (-100) | 56-65 (-200) | 65 > (-300) |
|-----------|-------------|-------|--------------|--------------|-------------|
| 35 | 1175 | 875 | 785 | 685 | 575 |
| 40 | 1300 | 1000 | 900 | 800 | 700 |
| 50 | 1550 | 1250 | 1150 | 1050 | 950 |
| 55 | 1675 | 1375 | 1275 | 1175 | 1075 |
| 60 | 1800 | 1500 | 1400 | 1300 | 1200 |
| 65 | 1925 | 1625 | 1525 | 1425 | 1325 |
| 70 | 2050 | 1750 | 1650 | 1550 | 1450 |
| 75 | 2175 | 1875 | 1775 | 1675 | 1575 |
| 80 | 2300 | 2000 | 1900 | 1800 | 1700 |

Peso ideal X 25. < 25 años súmalo 300 kcal al rango de 26-45; entre 25 y 45 años ninguna operación; entre 45 y 55 años restar 100 kcal al rango de 26-45; entre 55 y 65 años réstale 200 kcal al rango de 26-45; más de 65 años réstale 300 kcal al rango de 26-45.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Bienestar Salud <<http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/cuantas-calorias-debes-consumir-al-dia>> [consulta 08/06/2015].

6.2), en la que podemos observar que después de los 45 años, las necesidades kilocalóricas por día disminuyen (700 y 1550 kcal), lo que, por supuesto, será variable según la actividad física desempeñada, pudiendo incrementarse hasta 3000 kcal en caso de realizar actividad física intensa (trabajo y deporte).

Al relacionar ambos cuadros notamos que la población que nos ocupa está muy lejos de ajustarse a las recomendaciones dietéticas por grupo de edad y peso, e incluso como veremos a continuación el panorama se pone peor.

Importancia de la «comida chatarra» en la génesis y prevalencia de la diabetes

Frituras y otros sólidos

En relación con la población objeto de esta investigación, predominantemente adultos por arriba de la quinta década, «la comida chatarra o basura» (denominación con la que simpatizamos) no es del todo relevante, ya que estos productos se consumen ocasionalmente con motivo de alguna reunión social no ritual. Sin embargo, en términos de prevención y de promoción de salud, sobre todo enfocando la atención en niños y adolescentes adquiere gran relevancia. Se entiende por:

Comida basura o comida chatarra (esta última denominación empleada en Chile, Colombia, México, Perú, Argentina, Venezuela y Uruguay, que es traducción literal del término en inglés *junk food*) contiene, por lo general, altos niveles de grasas saturadas, sal, condimentos o azúcares (que estimulan el apetito y la sed, lo que tiene un gran interés comercial para los establecimientos que proporcionan ese tipo de comida) y numerosos aditivos alimentarios como glutamato monosódico (potenciador del sabor) o la tartracina (colorante alimentario), así como caramelo IV (cancerígeno).¹

¹<https://es.wikipedia.org/wiki/Comida_basura#cite_note-3> [consulta: 02/07/2015].

Los abundantes tendejones que se ubican a los lados de los caminos y poblados de los Altos de Chiapas principalmente expenden refrescos, comida chatarra y algunas latas de chiles. Entre los productos que destacan están los de las marcas Sabritas (Cheetos 30 g /162 cal, Sabritas 30 g /154 cal) y Barcel, Sopa Nissin, dulces y chocolates monopolizados por Nestlé, y gran variedad de dulces y fritos de producción regional. Con dos bolsas de fritos de 30 g se ingieren entre 308 y 324 kcal.

Estos productos son relevantes en la génesis de sobrepeso y obesidad entre niños y jóvenes dada la intensidad y frecuencia de su consumo, lo cual predispone a dichos grupos de edad a padecer DM en la etapa adulta, así como enfermedades cardiorrespiratorias, gota y cáncer.

Refresqueras en los Altos de Chiapas

De entre los alimentos chatarra, los productos más destacados por su consumo desmedido son los refrescos (bebidas carbonatadas y azucaradas) con los que un porcentaje elevado de la población maya hablante suple el agua y el pozol entre comidas, además de ser incluidos como elemento cotidiano en la mesa (Committee on School Health 2004, Ludwig et al. 2001, U. S. Department of Health and Human Services 2001, Organización Mundial de la Salud 2003, Schulze et al. 2004, Choi et al. 2008, Ludwig et al. 2001, en Jordan 2008:149-150).

Por ser Coca-Cola®-FEMSA la empresa preponderante en el ramo y ser desmedida su presencia en los Altos de Chiapas, en este apartado se describen sus formas de operación y su impacto entre los mayas alteños.

En los Altos de Chiapas el consumo de refrescos, como veremos, es el más elevado en el mundo. Entre los que también circulan tenemos: Pepsi, Fanta, Fresca, Peñafiel, Jarritos, Boing y en mucho menor medida varias marcas de capital mexicano local como Nectarín, Vigor y Fersán.

Las estadísticas de 2009 que revisan las ventas mundiales de The Coca-Cola® Company (TCCC) arrojaron que mientras en la mayor parte de países del orbe, considerando el total de la población, en promedio se

consumieron 100 tasas de 250 ml por persona ese año (25.0 litros), en los Estados Unidos se ingirieron 400 (100 litros) y en México 600 (150 litros) (Blanding 2010:290), lo que ubica al pueblo mexicano como el principal consumidor de esta bebida en el mundo.

A finales de 2014, un medio periodístico reportó el incremento de consumo de Coca-Cola® a nivel nacional que pasó de 150 a 163.3 litros por persona, 13 más que en 2009 (Vitónica México 2014).

Cabe resaltar que el promedio de consumo de Coca-Cola® citado para México no necesariamente refleja las variaciones por región del país. Por ejemplo, en los Altos de Chiapas donde para 2010 se contabilizó una población de 928 073 habitantes,² se consumieron en promedio 3285 tasas de 250 ml por persona/año, lo que equivale a 821.25 litros (2.25 al día), ubicándose como la región en que más Coca-Cola® se bebe en el mundo. Esto contrasta con el consumo de los comcaac del caluroso desierto de Sonora, cuya población registrada en el censo de 2010 era de 807 habitantes (Yáñez 2012:105). En tiempos de calor cada persona de esa etnia llega a ingerir hasta cinco litros del oscuro líquido, variando a lo largo del año entre dos y cinco litros diarios, sin dejar de señalar que en sus comunidades no hay agua corriente ni entubada potable (Yáñez 2012:141).

Según se informa en un portal de internet sobre el tema,³ «el refresco Coca-Cola® de 355 ml contiene 140 kcal»; por tanto, una porción de 500 ml, cantidad contenida en el envase de vidrio que se comercializa en las comunidades mayas de los Altos de Chiapas, tiene un aproximado de 197 kcal, entonces, el consumo diario es en promedio de 788 a 985 kcal por la vía del refresco, lo que eleva sustancialmente el aporte calórico ingerido de 3566 a 4354 kcal en el mínimo, y de 4888 a 5873 en el máximo. Eso nos da un promedio diario de 5113.5 kilocalorías, cuando lo máximo para personas entre 50 y más años con actividad física no extenuante ronda entre 950 y 1800. Lo anterior por sí solo puede explicar la elevada prevalencia de DM en los Altos de Chiapas que, como veremos, constituye la principal causa de muerte en los municipios trabajados.

² <<http://cuentame.inegi.org.mx/>>.

³ <www.cuidadodelasalud.com>.

Producción de Coca-Cola® en San Cristóbal

Para el logro de las metas de venta, la empresa opera de la siguiente manera: en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, eje político, administrativo y económico de los Altos de Chiapas, la empresa Coca-Cola®-FEMSA posee una de las dos plantas embotelladoras más grandes de México, registrada a nombre de «Inmuebles del Golfo S. A. de C. V.» (véase foto 6.1). La otra se ubica en Apizaco, Tlaxcala.

Foto 6.1. Planta Coca-Cola®-FEMSA en San Cristóbal de Las Casas. Foto: Jaime Page



La planta embotelladora se sitúa en las faldas del antiguo volcán conocido como Huitepec, que alcanza una elevación aproximada de 2700 msnm (cuya cúspide puede observarse en el extremo izquierdo de la foto 6.2). Los lugareños, entre otras descripciones, dicen que se trata de un «volcán de agua». Esta planta surte de su producto al estado de Chiapas, parte de Oaxaca y Tabasco (Jordan 2008:75).

Como ejemplo de la capacidad instalada de la planta, se registró que en 2008, con el agua extraída del subsuelo, se produjeron 120 000 litros de refresco por día (Coca-Cola®, Fresca, Fanta, etc.) o sea, 43 800 000 litros para ese año.

Por el agua que la empresa extrae del Huitepec no paga un centavo a la federación, al estado y mucho menos a San Cristóbal de Las Casas, puesto que durante las gestiones presidenciales de Ernesto Zedillo, Vicente

Fox y Felipe Calderón, funcionarios y exfuncionarios de Coca-Cola®-FEMSA fueron ubicados en puestos claves. De estos destacan: Luis Téllez Kuenzler, secretario de Energía en la gestión de Zedillo y de Comunicaciones y Transportes en el sexenio de Felipe Calderón, y que actualmente se desempeña como «consejero propietario de Fomento Económico Mexicano (FEMSA), empresa líder en América Latina, integrada por: el embotellador de Coca-Cola® más grande del mundo, tiendas de conveniencia OXXO y una importante inversión en Heineken».⁴

Foto 6.2 Planta Coca-Cola®-FEMSA en San Cristóbal de Las Casas, al fondo el Huitepec. Foto: Jaime Page



Por otro lado, el expresidente de México Vicente Fox trabajó de 1970 a 1979 en TCCC, llegando a ser director nacional de Operaciones y presidente de la División de América Latina.⁵ Durante su mandato situó a diferentes exempleados de FEMSA como funcionarios gubernamentales, particularmente al señor Reyes Tamez Guerra como secretario de Educación; a Fernando Canales Clariond, en diferentes momentos, en Economía y Energía; a Fernando Elizondo Barragán en Energía y a María Teresa

⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Luis_T%C3%A9llez [consulta: 02/06/2015].

⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Vicente_Fox [consulta: 02/06/15].

Herrera Tello en la Reforma Agraria (Castro Soto 2003-5, FEMSA 2006b, Rodríguez Gómez 2008, Campos Garza et al. 2008, en Jordan 2008:70).

El nombramiento de mayor relevancia para nuestro tema fue el de Cristóbal Jaime Jáquez como Comisionado Nacional del Agua, quien antes de eso fuera director general de Coca-Cola® México. Durante la gestión del señor Jáquez se concesionó por 20 años, sin costo alguno para Coca-Cola®-FEMSA, la extracción de agua en San Cristóbal de Las Casas, libre de impuestos y otras cuotas (Blanding 2010: 167).

Penetración de las refresqueras en los Altos de Chiapas

Con la fundación en 1935 del Departamento de Acción Social, Cultural y de Protección al Indígena (DASCPI) en los Altos de Chiapas se inicia la reconfiguración organizativa de los municipios habitados por población maya y zoque. A partir de 1939 la DASCPI se aboca a colocar jóvenes mayas con cierto grado de escolaridad como secretarios de cabildo, quienes de forma gradual llegaron a controlar los gobiernos municipales y en Chamula también las instancias religiosas, y finalmente llegaron a conformar poderosos cacicazgos (véanse Favre 1973:74, Page 2011:37-38).

In many communities, the same *caciques* that monopolized production of *pox* retained the concessions to Coke and later Pepsi. In some, such as Amatenango, concessions were granted politically [...]. Those owning the concessions of the soft drinks became rich, reaping huge profits in villages with little other commerce or industry, and passing the concessions along to family members to create dynasties. Before long, however, the increasing consumption of soft drinks brought its own problems-tooth decay, diabetes, and obesity (Blanding 2010: 157-158).

El señor Salvador López Tuxum lideraba en Chamula al grupo caciquil «Tuxumetik», denominado así por sus coterráneos en alusión al apellido de quien lo encabezaba, secundado por Juan Gómez Oso y Salvador Sánchez

Gómez (Robledo 1987:69-70). Los Tuxumetik se constituyeron como los únicos gestores sociopolíticos, así como intermediarios en asuntos económicos frente a instancias ladinas de diferente orden. Su visión comercial poco a poco llevó al grupo a constituirse en el principal acaparador de la producción del municipio. Así, en 1962 obtuvo las concesiones de Coca-Cola®, Pepsi y cerveza (Page 2011:48-49). Carlos López Gómez, hijo y heredero del imperio de Salvador López Tuxum, declaró que:

Todo [este negocio] es herencia de mi finado padre. [...] Mi padre [Salvador López Tuxum] es el que obtuvo primero la concesión, el permiso pues, del distribuidor. [...] Nos platica mi mamá que [antes] no se conocía ni la Coca ni la Pepsi. Se conocía otro tipo de producto que se llamaba «gaseosa».

Pero los empresarios de las refresqueras Coca y Pepsi vieron que sí se vendía el producto de gaseosa, [...] y vinieron [en 1962] a ofrecer [la concesión]. Entonces [fue allí] donde se empezó a introducir el producto Coca y Pepsi. [El refresco rápidamente] obtuvo más demanda, más ventas. Entonces el producto anterior, la gaseosa, ya no se vendía tanto. Lo que se empezó a vender más es la Coca y la Pepsi (López Gómez 2007 en Jordan 2008: 74).

Fotos 6.3 y 6.4. Antiguo depósito de Coca-Cola® en Chamula.

Fotos: Jaime Page, 29/01/12



Entonces mi papá llegaba a San Cristóbal a acarrear producto, pero no en vehículo, sino en caballo. No había carretera ni medio de trasladarse con carros, entonces llegaba a acarrear allí. [...] Y la gente venía acá [al depósito en la cabecera de San Juan Chamula], en este mismo lugar, a comprar [desde] las diferentes comunidades. Venían acá a acarrear con mecate o con caballo. Venían a traer acá porque mi papá tampoco tenía carro para distribuir, por eso venían los paisanos a comprar. [...] Por lo regular empezó poco a poco. Solo los más cercanos de la cabecera venían a [a]carrear. Ya en los parajes o las colonias más retirados, no muy conocían. Lo más lejos que [caminaban eran] unos 30-40 kilómetros (López Gómez 2007 en Jordan 2008: 74).

Importancia de la Coca-Cola® en la vida social y religiosa

También en 1960, cuando los Tuxumetik obtuvieron las concesiones citadas, la escalada proselitista protestante tuvo su mayor ímpetu, y aunque en ese momento no se tradujo en su instalación en Chamula, la satanización y persecución de las formas religiosas tradicionalistas y del consumo de pox sí impactaron en el plano transubjetivo religioso.

La estrategia de que se valieron los Tuxumetik para erradicar la bebida fue argumentar que las deidades que los tsotsiles adoraban eran satánicas, pues además de prodigar el bien y la protección a sus preferidos, también infligían daño y muerte a petición formal.

En cuanto al consumo de pox y otras bebidas alcohólicas durante las ceremonias, fue por medio de la revelación onírica que las divinidades enviaron la indicación a algunos de los *jpoxtavanejetik* (los que ayudan a sanar) de no consumir ni ofrendar dichas bebidas a las deidades celestiales, toda vez que se volvieron nutrimento exclusivo del *pukuj*. En este sentido a un prestigiado *j-ilol* de Chenalhó se le indicó:

Primero, te entregaron el pox, pero ahora te quiero decir que no lo debes de beber, así que te lo vine a quitar. El trago no es nuestro, es del enemigo, y te lo digo para que lo sepas y lo tengas en tu mente (testimonio de don Antonio en Page 2011:351).

Con este cambio y los acontecidos en torno a la estructura de las deidades se redistribuyó la materia sagrada al incorporarse nuevos elementos. El desplazamiento del *pox* dio lugar a la integración del refresco como nutrimento sustituto ante las deidades celestiales, especialmente la Coca-Cola®, configurándose además como un elemento de estatus social. En la racionalidad tradicionalista, las deidades se nutren del olor que emanan las ofrendas: flores y el *pom* (copal), el olor dulzón del refresco y el calor de la palabra, el fuego de velas y veladoras (véase Page 2011). Derivado de lo anterior, en todos los Altos de Chiapas es siempre prestigioso ofrecer Coca-Cola® y Pepsi, pero principalmente la primera en festejos familiares, bodas, bautizos, fiestas patronales, juegos de basquetbol, eventos políticos y sociales.

Estrategias de mercado

En los Altos de Chiapas las empresas refresqueras, específicamente Coca-Cola®-FEMSA, convocan por medio de sus estrategias de mercado al total de población maya mediante espectaculares que ligan la bebida con las expresiones rituales y de gobierno (véanse fotos 6.5 a 6.12), de estas destaca un espectacular situado en Tuxtla Gutiérrez a finales de agosto de 2014, con la leyenda de «Comparte con Jesús», precisamente colocado en la carretera oriente por donde accede la población maya alteña a la capital (véanse fotos 6.5 y 6.6). Asimismo, la estrategia de mercadotecnia publicita los refrescos mediante carteles en los que se presentan los productos en los diferentes idiomas regionales, destacando su bajo precio.

En cuanto a la competencia por el mercado, los agentes de ventas presionan a los dueños de tendejones y tiendas en las zonas rurales mediante la dotación de refrigeradores destinados exclusivamente a sus productos, ofreciendo pintar los locales, toldos, mesas, sillas, todo con el logo de las marcas y el refresco. Es común coaccionar a los comerciantes para que únicamente vendan sus productos y no acepten a la competencia, de acuerdo con el testimonio de López Gómez:

Fotos 6.5 y 6.6. Espectacular en Tuxtla en la carretera que llega de los Altos. Fotos: Jaime Page



Fotos 6.7, 6.8. 6.9. Espectaculares de Coca-Cola® a la entrada de las cabeceras municipales. Fotos: Jaime Page



Al fallecer mi padre, se seguían vendiendo los dos productos, las dos marcas. Tenemos camioncitos para distribuir en los parajes, y en esos días se llevaba Coca y Pepsi. Pero como le decimos, tanto de la Pepsi como la Coca nos presionaban en ambas partes. ‘Vendes más Coca, te apoyamos. Y no quiero que mezclen con otro producto,’ decían los de la Coca. [...] Y ya después, nos obligaron definitivamente: ‘Tú decides: te quedas con la Coca o te vas con la Pepsi’. Así sucesivamente seguían presionando. Nosotros nos dimos cuenta de que ya no podíamos seguir trabajando las dos marcas. ¿Por qué? Por la misma razón: te obligaban. O te decían ‘¿Cuánto quieres pa’ que se pierda la Pepsi?’ Quiere que quedemos como exclusivo de Coca. [...] Por esa razón nosotros ya decidimos quedarnos con la marca de Coca-Cola® (López Gómez 2007, en Jordan 2008: 77).

Fotos 6.10, 6.11. Anuncios de las refresqueras en tsotsil y tseltal. Fotos: Jaime Page



Para estimular el consumo familiar se agrega el hecho de que los refrescos se venden más baratos en las comunidades de los Altos, incluso es más barata la Pepsi que la Coca. A esta estrategia se le denomina «brindar precios accesibles» (Javier 2008, en Jordan 2008:76).

Hacia mediados de 2014 constatamos que el precio de los refrescos en los municipios habitados por mayas era más barato que en la ciudad. En la periferia de San Cristóbal, habitada por población maya, el costo de una Coca-Cola® de 500 ml en envase de vidrio que es el producto de mayor consumo oscilaba entre \$7.00 y \$8.00, mientras que en cualquier

comunidad maya de los Altos el precio iba de \$4.50 a \$5.00. En San Cristóbal, el costo de la Pepsi en envase desechable de 3.0 l es de \$23.00. En tanto que, en Romerillo, Chamula, cuesta \$9.00.

En este sentido, la apuesta de TCCC es la de obtener la ganancia a expensas de la venta de elevados volúmenes de refresco, abaratando el costo del producto mediante el uso extendido de envases de vidrio retornables de 500 ml y retornables de PET para los tamaños familiares y extra que después de ser sometidos a lavado en la planta de San Cristóbal son reutilizados. De ahí que, al transitar por los caminos y carreteras de los Altos de Chiapas es inevitable toparse con tiendas, tendejones y algunas casas, con pilas de cajas con envases de Coca-Cola® (véase foto 6.12), algunas llenas, o bien, dependiendo del día, cajas de refresco vacías colocadas a pie de carretera en espera del paso del camión.

Foto 6.12 Tienda/depósito de Coca-Cola® en el centro de Chalchihuitán. Foto: Jaime Page



El refresco ha alcanzado la dimensión de imprescindible en la dieta de los mayas que nos ocupan, así como en eventos sociales y religiosos. Jordan resume que se ingiere:

en vez de agua o pozol como alimento básico; en compañía de otros como una demostración de amistad o respeto; para pedir o agradecer un favor; al momento de pagar una deuda; mezclada con pox para distraerse u olvidarse de cosas negativas; como sustituto para pox o vino en ceremonias y ofrendas católicas sincréticas; como parte de los rituales de curación; festejo por el nacimiento de un niño; bodas y velorios (Jordan 2008: 145).

La cantidad de refresco ofrecida dependerá del evento y de la situación económica de la familia y puede ir desde tres o cuatro cajas hasta 100 (Blanding 2010:158-159). Por otro lado, cabe señalar que entre los protestantes, al estar proscritas las bebidas alcohólicas, se bebe refresco en las festividades.

La cerveza

Dado que varios de los hombres entrevistados manifestaron en forma contundente que su padecimiento se desencadenó por el consumo excesivo de cerveza, consideramos un espacio para abordarla.

Una cerveza en envase de vidrio o aluminio contiene 355 ml y aporta en promedio 150 kcal, en tanto que una sin alcohol aporta 56 kcal. El envase de 940 ml conocido en México como caguama contiene una aproximado de 397.2 kcal. En cuanto a precios de la cerveza no constatamos diferencias entre San Cristóbal y los municipios aledaños.

Cuadro 6.3. Kilocalorías que aporta la cerveza

| Porción | kcal/cerveza | kcal/2 cervezas | kcal/4 cervezas | kcal/6 cervezas | kcal/10 cervezas |
|---------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 355 ml | 150 | 300 | 600 | 900 | 1500 |
| 940 ml | 397 | 794 | 1588 | 2382 | 3970 |

Fuente: Elaboración propia.

El consumo eventual de un par de cervezas no acarrea daño en personas sanas ni diabéticos. Sin embargo, cuando se busca alcanzar, sostener y acentuar la embriaguez, lo cual sucede con relativa frecuencia más entre hombres que en mujeres, implica un aporte calórico elevado (véase cuadro 6.3). Por tanto, no se descarta como factor coadyuvante en el desencadenamiento y agravamiento de la diabetes, ya que en una borrachera de varios días una persona puede ingerir de 1500 a 3970 kcal o más solo de cerveza. A reserva de tratar el caso más adelante, para uno de los participantes el ingerir \$800.00 de cerveza con un amigo fue el factor que desencadenó su padecimiento.

7. Sufrir de azúcar en Tenejapa¹

Metodología

Dado que las estadísticas oficiales no desglosan las primeras 10 causas de muerte por municipio, para la obtención de datos sobre la mortalidad en Tenejapa entre 2008 y 2012 se recurrió como única fuente a la revisión de actas de defunción de la localidad.

Para la identificación de personas que viven con DM (PVDM) y su selección para entrevistas y seguimiento, inicialmente en diciembre de 2010 se aplicó un cuestionario en 71 viviendas del centro de la cabecera municipal, que además de cubrir el objetivo permitió una aproximación al perfil alimentario semanal de las familias.

En 20 (29.41%) de las 71 familias encuestadas se registró al menos una persona viviendo con diabetes y tres casos de DM tipo 1; en tres domicilios se reportó derechohabiencia, dos del ISSSTE y uno del IMSS, aunque ninguna de las familias detectadas recurría a dichos servicios.

El 2% de las familias acudía a los servicios locales de salud (Secretaría de Salud y UMR-IMSS-Progresa) a recibir tratamiento y asesoría para el control de la DM; el resto buscaba a otras opciones de atención presentes en la cabecera de Tenejapa y cuando optaron por atención biomédica lo hicieron fuera del municipio, sobre todo en Comitán.

¹ Un extracto de este capítulo forma parte del libro *Enfermedades del rezago y emergentes en las ciencias sociales y la salud pública* (Page et al. 2014).

El siguiente paso consistió en una segunda visita a las viviendas en las que se detectaron PVD_M, para entrevistar a enfermos y a los familiares que aceptaron. En cada visita se efectuaron glucometrías y al parecer esta fue una acción detonante para que personas de la periferia de la cabecera se acercaran deseosos de participar en el proyecto. Así se pudo completar la cantidad que nos habíamos propuesto.

Se realizaron entrevistas biográficas a 16 PVD_M para documentar la subjetividad respecto del padecimiento y la trayectoria en su manejo y control. Se dialogó con seis mujeres tseltales, siete hombres tseltales y dos mujeres mestizas. El rango de edad osciló entre 26 y 73 años, con promedio de 53.8 años. Cabe señalar que los únicos dos jóvenes (26 y 36 años) padecen DM insulino dependiente, por lo que el rango de edad entre los que padecen DM2 inicia en 48 años, y eso deja el promedio de edad en 57 años.

Siete de las personas entrevistadas se declararon tradicionalistas, tres católicas, cuatro presbiterianos y dos que transitan entre diferentes denominaciones y el tradicionalismo. La parte medular del trabajo consistió en dar seguimiento a casos complejos para documentar las nociones que los participantes expresaron sobre la DM y las opciones elegidas para su control. A aquellos con perfil coincidente con la biomedicina se les sugirió asistir a los servicios gubernamentales de atención a la salud. Solo tres accedieron.

En lo correspondiente a las entrevistas a enfermos y sus familiares, estas se centraron en las circunstancias que originaron la DM: cómo se la explicaban en el momento y en sus diferentes etapas; narración de la trayectoria, experiencias en torno a tratamientos, dieta y actividad física; aspectos de orden socioeconómico, cultural, religioso y su impacto en cada caso.

Nueve de los sujetos tuvieron mayor dificultad que el resto para el manejo y control de su padecer, constituyéndose como candidatos idóneos para el seguimiento de sus trayectorias durante dos años. Por lo regular se les visitó cada 15 días o a veces cada semana. Durante esas visitas se conversó sobre sus recientes experiencias o bien asistimos con ellos a alguna actividad relacionada con el control de su padecimiento, también se les realizaron glucometrías a fin de valorar junto con ellos lo efectivo o no de las medidas de control seguidas.

Tenejapa: ámbito y recursos para la salud. Localización



Mapa 1: Tenejapa en Chiapas.

Fuente: Comité Estatal de Información Estadística Geográfica de Chiapas (CEIEG)
 <www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp.../download.php?id...Tenejapa>.

El municipio de Tenejapa está situado en la región V Altos tsotsil-tsel-tal. Colinda al suroeste con San Cristóbal de Las Casas, y en distintos puntos con los municipios de Chenalhó, Chamula, Mitontic, Huixtán, Oxchuc, San Juan Cancuc. El municipio con el que principalmente interacciona la población de Tenejapa es Cancuc, sobre todo en cuanto a atención etnomédica.

Demografía

En 2010 el INEGI reportó una población de 40 208 habitantes, 90% tseltales² y el resto mestizos; la cabecera municipal habitada por 1 998 tseltales (4.96% de la población total) (INEGI 2010b). El grado de marginación es muy alto. En una escala de 0 a 100 alcanza 1.18, considerado el cero como el extremo de la marginación, aunque esta no es la impresión que deja la cabecera municipal porque, como se describe en los siguientes párrafos, con salvedades, quienes ahí radican, o tienen una casa, en general gozan de mejor situación socioeconómica que el resto de los habitantes del municipio.

Servicios

La cabecera municipal cuenta con servicios sanitarios básicos (agua entubada y drenaje), pavimento, energía eléctrica, teléfono alámbrico y señal de celular; las calles se conservan limpias y no se observan en ellas perros ni animales de corral. Las casas habitación, en su mayoría, combinan piso de cemento con paredes de tabicón y adobe; los techos combinan teja y lámina de zinc, y unos pocos de concreto. Las cocinas son de madera.

Economía

La economía de las familias se basa en la producción de maíz y frutas, escaso ganado, comercio de alimentos, producción y venta de textiles, transporte, así como recursos provenientes de las remesas de familiares que han migrado dentro o fuera del país.

² El censo del 2000 reportó que 92.27% de los habitantes hablaban lengua indígena (Enciclopedia de los municipios de México, 2012).

Atención a la salud-enfermedad

En las trayectorias y opiniones de los participantes se vislumbra la importancia que tiene para ellos el sistema etnomédico de atención; sin embargo, tanto sus agentes como la población mantienen celosamente en el anonimato sus nombres. Constatamos que cuando eligen esta opción de atención acuden a localidades cercanas a la cabecera municipal o bien al municipio aledaño de Cancuc, donde sus *ch'abajeletik* gozan de gran prestigio por la elevada efectividad de sus procedimientos.

En relación con lo anterior, entre 2011 y 2012 tuvimos noticias de algunos médicos tradicionales de Tenejapa que negaron su identidad al sentirse amenazados por la política persecutoria contra ellos por parte del presidente municipal en turno, adepto a una de las iglesias cristianas del municipio. Puntualizando que lo anterior no significa que las religiones evangélicas y cristianas sean un impedimento drástico para que sus adeptos intenten en un momento determinado atender su salud con dichos actores. Incluso había en la cabecera un consultorio atendido por un médico tradicional que había pertenecido a la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), en donde también ofertaba medicamentos elaborados por él mismo con plantas medicinales.

Otra de las opciones de atención es la que las empresas de productos naturistas, principalmente Omnilife y Herbalife, proporcionan por medio de sus agentes.

Los terapeutas ausentes o al menos escasamente mencionados como alternativa de atención aun a lo largo de las trayectorias son los espiritua- listas. Esto llama la atención pues en el municipio aledaño de Oxchuc la opción constituye una práctica generalizada para el alivio del *ak'chamel*.

En cuanto a la atención biomédica, el programa IMSS-Prospera cuenta con una Unidad Médica Rural (UMR) situada al norte del poblado que por acuerdo con el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) atiende a la población que habita el norte de la cabecera. La atención es proporcionada por un médico pasante o titulado. Cabe resaltar que de 2008 a

2012 en la UMR no se contó regularmente con médico asignado, por lo que la atención la proporcionó la enfermera de base. A partir de 2013 y hasta 2014, en que se dio término al trabajo de campo, la presencia del médico fue regular.

El ISECH ofrece atención a la población del sur de la cabecera en dos edificios, uno situado frente al parque de la presidencia municipal, a un lado de la parroquia; y el otro, la clínica rural de la mujer, está a dos calles al sur de la presidencia. Adscribe a cinco médicos, entre titulados y pasantes, varias enfermeras y psicóloga.

Por último, el DIF municipal ofrece los servicios de traslado de enfermos a segundo y tercer nivel y las trabajadoras sociales dan seguimiento local de casos. En lo que corresponde a atención médica privada, hay un consultorio médico con servicios de ultrasonido y al menos dos farmacias de genéricos deficientemente surtidas.

Alimentación

Una parte de los alimentos de la población proviene de la milpa (maíz, frijol, haba, verduras) y el solar (cría de animales de corral, como aves y conejos); los jueves se instala un mercado bien surtido en las calles principales del poblado haciendo posible complementar la dieta al comprar verduras, frutas y carne. Hay además innumerables tendejones donde se adquieren alimentos chatarra (refrescos, embolsados, enlatados y galletas).

Observamos que incluso entre las familias de más escasos recursos con las que se ha trabajado, en la dieta siempre hay presencia de verduras, frijol, tortilla y en ocasiones pozol, pollo o carne.

Morbilidad y mortalidad por DM en Tenejapa

Ante los límites inherentes al reducido número de cuestionarios aplicados y la imposibilidad de elaborar con los datos un perfil epidemiológico

fidedigno sobre la prevalencia de DM en el municipio, aunado a la inexactitud de las estadísticas oficiales, revisamos y sistematizamos información de las actas de defunción del archivo del Registro Civil de los años 2008 a 2012. Se obtuvo la siguiente información: en 2008 la DM fue la sexta causa de muerte a nivel general con cuatro casos de un total de 119 defunciones (cuadro 7.1), arrojando una tasa de mortalidad de 0.1 por cada 1000 habitantes; en 2009 fue la segunda con 11 de 139, con tasa de 0.28 (cuadro 7.2); la primera en 2010 con 18 de 166, con tasa de 0.45 (cuadro 7.3) y en 2011 la segunda con nueve de 171, con tasa de 0.22 (cuadro 7.4).

Cuadro 7.1. Principales causas de muerte. Tenejapa, Chiapas, 2008

| # | Enfermedad | Defunciones | Total/# causa | Tasa/1000 |
|---|--|-------------|---------------|-----------|
| 1 | Insuficiencia renal crónica | 19 | 9 | 0.48 |
| 2 | Infección gastrointestinal | 11 | 1 | 0.28 |
| 3 | Neumonía | 10 | 0 | 0.25 |
| 4 | Abdomen agudo/IRA | 6 | 6 | 0.15 |
| 5 | Suicidio por envenenamiento y ahorcamiento/homicidio/cirrosis hepática | 5 | 5 | 0.13 |
| 6 | DM | 4 | 4 | 0.1 |
| 7 | Diarrea aguda/abdomen agudo/cáncer gástrico/paro cardiorrespiratorio | 3 | 2 | 0.08 |
| 8 | Crisis convulsiva/asma | 2 | 4 | 0.05 |
| | Todas las demás | 21 | 1 | 0.53 |
| | Falla orgánica múltiple (FOM) | 17 | 7 | 0.43 |
| | Total | | 19 | 303.00 |

Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil de Tenejapa, Chiapas. Elaboración personal.

Un factor que sesga enormemente la mortalidad no solo por DM sino por todas las causas es la designación de falla orgánica múltiple (FOM) con

la que indiscriminadamente se denomina la causa de muerte. En tal sentido, tenemos que en 2008 la tasa de registro por FOM fue de 0.43; que en 2009 no trascendió y que en 2010 fue de 0.27. En 2011 llama la atención el registro de una tasa de mortalidad específica por FOM de 1.20, a lo que se agrega 0.61 por senilidad, y la suma arroja un dato de 1.81, de un total de 4.2, que representa 42% del registro total. De ese modo, 2011 resulta una pérdida en términos estadísticos. Esa realidad se refleja en la disminución del índice de mortalidad por DM. En 2012 esta condición fue más grave, por lo que en dicho año no se hace referencia a datos sobre mortalidad.

Cuadro 7.2. Principales causas de muerte. Tenejapa, Chiapas, 2009

| Enfermedad | Defunciones | Total/ causa | Tasa/1000 |
|--|-------------|--------------|-----------|
| Insuficiencia renal | 15 | 5 | 0.38 |
| DM | 11 | 1 | 0.28 |
| Infarto al miocardio | 10 | 0 | 0.25 |
| Bronconeumonía/Diarrea | 8 | 6 | 0.20 |
| Cirrosis hepática | 7 | 7 | 0.18 |
| Cáncer gástrico/Desnutrición severa/EPOC | 6 | 8 | 0.15 |
| Sepsis neonatal | 4 | 4 | 0.1 |
| Abdomen agudo | 3 | 3 | 0.08 |
| Todas las demás | 45 | 5 | 1.13 |
| Total | 139 | 39 | 3.49 |

Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil de Tenejapa, Chiapas. Elaboración personal.

En el marco de los datos anteriores se enfatiza el ascenso significativo de la mortalidad por DM de 2008 a 2010, no solo en la escala de principales causas de muerte, sino en el ascenso de la tasa, de 0.1 en 2008 a 0.45 en 2010.

Por último, también cabe remarcar que no únicamente las muertes por DM van en aumento, sino también la mortalidad general, ya que de 2008 a

Cuadro 7.3. Principales causas de muerte Tenejapa, Chiapas 2010

| # | Enfermedad | Defunciones | Total/causa | Tasa |
|---|---|-------------|-------------|------|
| 1 | DM | 18 | 8 | 0.45 |
| 2 | Diarrea | 17 | 7 | 0.42 |
| 3 | Insuficiencia renal | 16 | 16 | 0.40 |
| 4 | IRA | 13 | 13 | 0.32 |
| 5 | Sepsis | 10 | 10 | 0.25 |
| 6 | Homicidio/ cirrosis hepática/suicidio | 6 | 18 | 0.15 |
| 7 | Infarto agudo al miocardio | 5 | 5 | 0.12 |
| 8 | Accidente cerebrovascular/Úlcera péptica/Abdomen agudo/Cáncer de mama/EPOC/Insuficiencia cardíaca | 4 | 4 | 0.1 |
| 9 | Cáncer de colon/Deshidratación severa/Desnutrición | 2 | 6 | 0.05 |
| | Todas las demás | 48 | 8 | 1.19 |
| | FOM | 11 | 1 | 0.27 |
| | Total | | 82 | 4.62 |

Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil de Tenejapa, Chiapas. Elaboración personal.

Cuadro 7.4. Principales causas de muerte Tenejapa, Chiapas. 2011

| # | Enfermedad | Defunciones | Total/ # causa | Tasa |
|---|---|-------------|----------------|------|
| 1 | Neumonía | 12 | 2 | 0.29 |
| 2 | DM | 9 | 3 | 0.22 |
| 3 | Diarrea | 8 | 8 | 0.20 |
| 4 | Suicidio | 7 | 7 | 0.17 |
| 5 | Cardiopatía congénita | 5 | 5 | 0.12 |
| 6 | TBP | 4 | 4 | 0.10 |
| 7 | Insuficiencia renal/ insuficiencia cardíaca/ECV/epilepsia/ broncoaspiración | 3 | 15 | 0.07 |
| 8 | Tumoración abdominal/sepsis/ intoxicación alcohólica/cáncer gástrico | 2 | 8 | 0.05 |
| | Todas las demás | 29 | 29 | 0.71 |
| | FOM | 49 | 49 | 1.20 |
| | Senil | 25 | 25 | 0.61 |
| | Total | | 171 | 4.2 |

Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil de Tenejapa, Chiapas. Elaboración personal.

2010 las tasas por mortalidad específica (por 1000 habitantes) ascendieron de 3.03 a 4.2. En las cifras resaltan con relevancia como causas de muerte: insuficiencia renal y, en definitiva, un buen porcentaje como consecuencia de complicaciones de la diabetes; diarreas, infecciones respiratorias agudas (IRA) y suicidio.

Condiciones de atención de las instituciones biomédicas a la DM en la cabecera municipal de Tenejapa

Documentamos que en el centro de salud (Secretaría de Salud-ISECH) de Tenejapa a los diabéticos se les programa consulta mensualmente a primera hora; para atenderlos se les exige llegar en ayunas. Al entrar en materia, además de las revisiones de rutina (interrogatorio, exploración física, toma de signos vitales) y cuando en la unidad se cuenta con reactivos para el glucómetro, también se les realiza una prueba de glucosa plasmática. Las indicaciones dietéticas y de actividad física, así como la prescripción de medicamento, solo se nombran en la consulta pero no se profundiza en los temas, lo que sí se enfatiza es el apego a la instrucción de tomar la metformina y la glibenclamida a las horas y dosis indicadas.

Al preguntar tanto en Tenejapa como en la Jurisdicción Sanitaria el porqué de la ausencia de insulina en la clínica y en el primer nivel de atención en general, la respuesta fue que no cuentan con un sistema de frío específico para la conservación de la hormona y esta no debe estar ubicada junto con las vacunas, para evitar accidentes fatales. Sin mencionarse que el recurso es limitado y que la insulina se distribuye de manera selectiva a partir del segundo nivel de atención.

El manejo de diabéticos en la UMR es distinto. En el archivo existe un padrón de enfermos correspondiente a la mitad de la cabecera que tienen asignada. Esto no se traduce en visitas y orientación para el control de la enfermedad, sino que la atención como en el ISECH obedece solo a la demanda. Los que solicitan el servicio pueden obtener metformina y no con tantas dificultades glibenclamida.

Cuando un enfermo requiere insulina se le envía a San Cristóbal, al hospital de segundo nivel que hasta hoy en día es identificado por la población como Clínica de Campo y que ahora el IMSS designa como «Hospital Rural de Prospera», donde a partir de esa consulta periódicamente se le realizan exámenes de laboratorio para medir la glucosa en ayunas, hemoglobina glucosilada y perfil de lípidos. En función de los resultados, y de ser necesario, el médico familiar establece tratamiento a base de insulina; y si el enfermo se lo solicita al director, se le envía a la UMR. Sin embargo, cabe mencionar que esta hormona o los medicamentos no siempre están disponibles.

Tal como sucede en el ISECH, el personal de la UMR no realiza actividades de promoción o preventivas en torno a DM y, dada la prolongada ausencia de médico, tampoco actividades encaminadas a apoyar a los enfermos en el manejo de su enfermedad.

Cómo se vive-padece la DM en la cabecera municipal de Tenejapa

El apartado anterior es el marco para presentar las historias y sobre todo las características que adoptan las trayectorias de los tenejapanecos que viven con DM. Previamente se describen generalidades sobre las tendencias encontradas.

Como ya se mencionó, aproximadamente 2% del segmento de la población entrevistada acudía a los servicios locales de salud para recibir tratamiento y orientación para el control de la DM. La tendencia se confirmó con los testimonios documentados: únicamente cuatro de los participantes, dos que cursan con DM tipo 1 y dos con DM tipo 2 asistían a las instancias de atención referidas.

En cuanto a las opiniones sobre los servicios de salud, la expectativa hipotética era encontrar que por su condición de pobreza, lo oneroso del tratamiento y la búsqueda de atención biomédica, los diabéticos entrevistados demandarían atención en los servicios locales, aunado a lo cual expresarían críticas diversas sobre estos y los motivos para no asistir.

Sin embargo, nos topamos con que, de primera intención, aunque posteriormente lo hicieron, entre las opciones de la mayoría, a excepción de los cuatro arriba señalados, no estaba considerado buscar atención en los servicios municipales que el gobierno ofrece, descartando la posibilidad de hacerlo en San Cristóbal o Comitán.

Algunas de estas personas reportaron el uso de plantas como opción de tratamiento. Entre las utilizadas de manera individual, solo en dos mujeres el uso de *Aloe vera*, mejor conocida como sábila, contribuyó a la normalización de la glucemia y la mejora del estado general. Ambas consumieron la planta procesada en presentación de gel, y como complemento se apegaron a un control dietético. Al momento de la entrevista una de ellas había controlado su glucemia durante tres años solo con sábila, en tanto que la otra, aunque la usaba irregularmente y sin control dietético, lo logró durante un año, pero posteriormente, y por circunstancias concretas, presentó de nuevo hiperglucemia constante.

Dentro del ámbito de lo natural, el otro recurso de uso frecuente son los productos que las empresas denominan «naturistas», sobre todo los de Omnilife y Herbalife.

La tercera opción dentro del ámbito de lo natural es la atención biomédica.

Quienes solicitaron los servicios que ofrece el hospital de IMSS-Prospera en San Cristóbal fueron remitidos a la UMR para continuar el control. De nuestros entrevistados acuden dos señoras mestizas con DM leve y dos jóvenes que padecen DM 1; ahí reciben la insulina que requieren, pero tienen que asistir periódicamente al hospital para valoración clínica. Los demás participantes en algún momento, debido sobre todo a los costos de traslado, gasto de médico y medicamentos, no continuaron el control fuera de la localidad.

Del total, más de la mitad han recurrido en algún momento a consultar a uno o varios *chabajeletik*, ya atribuyendo la causa del azúcar a envidia (*pixò'tan*), mal echado (*ak'chamel*), o por alguna experiencia que haya generado susto (*xiel*), en estos individuos el padecimiento está situado en el ámbito de lo sobrenatural.

Los casos

En esta sección se presentan relaciones de casos. Se inicia con aquellos para quienes la enfermedad obedece al mal echado; en seguida, uno cuya atención se ha basado en el producto *Dolce Vita* de Omnilife, y, por último, tres experiencias vinculadas a la biomedicina. A fin de preservar la privacidad de los participantes se les designará con nombres inventados.

Much

Much, mujer tsestal de 63 años que aparentaba al menos 10 más, de complejión enjuta, monolingüe, iletrada, no asistió a la escuela porque su padre pensaba «que los profesores se la iban a comer»; de usos y costumbres tradicionales. Murió a principios de 2015 por complicaciones de la diabetes.

En el predio de aproximadamente 1000 metros en el que residía tienen sus viviendas los suegros y todos los hijos de estos. Ella vivía con una nieta que es sorda de nacimiento. Durante sus últimos años contó con un ingreso de \$790.00 con el que sobrevivían ella y su nieta, dinero que recibía bimestralmente del programa Oportunidades. Con eso y los productos de su milpa, que en ocasiones alcanzaba a surtir de maíz para todo el año, completaban su alimentación.

En lo general sus hijos la ayudaban, pero no la apoyaban ni en la búsqueda de atención ni de medicación para el control del azúcar. Su dieta estaba basada en verduras, pozol, tortilla, en algunas ocasiones frijol y muy esporádicamente carne. Acompañaba las comidas con café azucarado o té. Cada ocho días, «porque mi corazón me lo pide», se tomaba una Coca-Cola® de 500 ml, a veces más. También con relativa frecuencia se embriagaba (con pox) hasta perder el sentido.

Desde su subjetividad, vinculaba su enfermedad con una vida de extremo sufrimiento, ya que consideraba que había sido objeto de *akchamel*.

Entre los datos que destacan de su narrativa tenemos que su padre fue asesinado cuando ella tenía ocho años de edad. Además de la tristeza que

esto le generó, lo sucedido arrojó a la familia a la pobreza extrema y al trabajo sin descanso.

Según relató Much, su padecimiento inició en la juventud. Estando recién casada empezó con un fuerte dolor abdominal (*sme 'jwinik*) que fue atribuido a *akçhamel*. Para Much, la mujer que se lo puso «quedó muy enojada» y envidiosa porque Much se quedó con aquel hombre.

Supo que era *akçhamel* porque en tres ocasiones arrojó huevecillos de rana. Para sanar acudió con diferentes *jpoxtavanejetik*, incluso llegó hasta Pujiltic en Carranza, en busca de atención. Todas las personas a las que consultó le dijeron que esa mujer le había puesto el mal, así que Much acudió a su domicilio para amenazarla: «Le fui a decir: ¿Qué fue lo que te hice?. Le dije que la iba a ir a matar. 'No me importa si voy a la cárcel con todo y hueso, aunque la verdad no sé si me puedan encarcelar todavía, así como estoy'. Fue lo que dije, y no sabía mi esposo porque yo estaba sola». Al poco tiempo se le quitó el dolor, pero mencionó que el mal ahí quedó.

En 2004, siete años después de haberse curado, el dolor reinició pero acompañado de boca seca, sed excesiva, frecuente orina, debilidad y visión borrosa. De nueva cuenta atribuyó la enfermedad a *akçhamel* y así lo siguió creyendo porque no había medicamento que le bajara el azúcar. Dijo haber visitado a los médicos de la UMR y que ninguno la alivió. No supo si el mal se lo puso la misma persona u otra. No logró preguntarlo a un *chabajel* porque no tenía el dinero necesario para pagar sus servicios.

Desde el día en que se casó se fue a vivir en el predio de los suegros, quienes, según su narración, constantemente la maltrataban, «siempre me regañaban», no le daban de comer suficiente, motivo por el cual reñía con su esposo reclamando que ella estaba acostumbrada a comer bien y no a pasar hambres (lo que contradice el discurso de pobreza).

Con frecuencia se embriagaba con el esposo y ya entrados en copas reñían demasiado. Esta situación prevaleció hasta la muerte de él, «que tuvo lugar ya tarde en su vida, por ahí de 2008» vinculada con el evento que se narra en seguida.

Durante una reunión familiar en la que su esposo, su hijo —en ese momento regidor en el cabildo municipal— la esposa del hijo y ella

estaban ebrios. Much recibió un balazo proveniente del arma que estaba en manos de su hijo y con la que él pretendía dañar a su sobrina sordomuda debido a los celos de su esposa. La bala fue extraída a un lado de la espina baja y al parecer solo dañó músculo estriado.

Si bien Much sobrevivió sin secuelas aparentes, en su opinión su esposo murió a los pocos días «por el disgusto». Al respecto otro de los hijos mencionó:

Tengo otro hermano que es regidor en Tenejapa. Era el segundo jueves del rezo que tienen, y venían tomados mi difunto papá, mi mamá, mi hermano y mi cuñada. Porque el altar está acá y ahí estaba el rifle, y no sé cómo empezaron a discutir, estaba mi casita acá nada más cuando sentimos el plomazo y venimos a ver que mi mamá estaba tirada sangrando. Sí, por eso mi difunto papá no salió del cólico pue'. Yo y mi esposa llevamos a mi mamá en el hospital, le revisaron su vientre. Acá le llegó, aquí entró el balazo, de ahí le salió aquí en la mera colita del huesito, nomás un poquito no tocó el hueso, gracias a Dios no tocó panza ni tripa, nada, pura carne, casi así de tanto tamaño fue la operación que le hicieron para sacar el bala.

Mi difunto papá se fue con el presidente municipal Pedro Meza Ramírez: —Señor presidente, dame tu arma, es que le voy a echar también a mi hijo —dijo pue'. —No *bankilal*,³ no *bankilal*, que decía el presidente. Con eso no pasó, no pasó.

Dice mi mamá que a las dos semanas, cuando fueron en la clínica a llevar a mi papá, que un carro lo iba a atropellar, es que no, no veía por el cólico.

El médico le dijo a mi difunto papá: —Ta' alto tu presión.

Luego mi papá se fue con mi otra hijita que está en la secundaria, taba chiquita y no fue en la clínica, se fue con el cuñado de Mercedes en Banabil, ¿y qué le fueron a hacer allá?, le metieron dos litros de suero vitaminado, y llegó acá y la vena pue', uuucha, se veía, ya con eso duró como dos días o tres días. Cuando entró ya en cajón, puro olor de suero vitaminado, sale sangre acá, acá, acá en la boca, todo. Pero el olor pue', puro es suero vitaminado (entrevista al hijo de MMG 01/06/12).

³Hermano mayor.

Para Much la ausencia de su marido fue causa de tristeza constante el resto de su vida, llevándola con frecuencia al llanto y a la embriaguez; además, la abrumaban los constantes problemas derivados de los pleitos que había entre sus hijos.

Un año antes del deceso de su esposo supo que uno de sus hijos estaba vendiendo un terreno que le pertenecía a ella, con lo que se originó un lío entre los hermanos y eso le provocaba gran pena. Días antes de una de nuestra visitas, dos de sus hijos se liaron a golpes estando sobrios. Al respecto, sus hijos le decían que no pusiera atención, que las cosas al poco se arreglaban, que se saliera a la milpa y que se tranquilizara.

Independientemente de los pormenores de su vida cotidiana, Much persistió con la idea de que su mal provenía de *ak'chamel*, ya que independientemente de la medicación que recibía, la glucemia siempre estuvo por arriba de los 500 mg/dl. La única ocasión en que se obtuvo un registro dentro de límites normales fue en una glucometría que le realizamos al día siguiente de una borrachera. Curiosamente, y a pesar de la hiperglucemia sostenida al menos seis años, hasta finales de 2012 no se observaban ni reportaban complicaciones; sin embargo, dos años después murió.

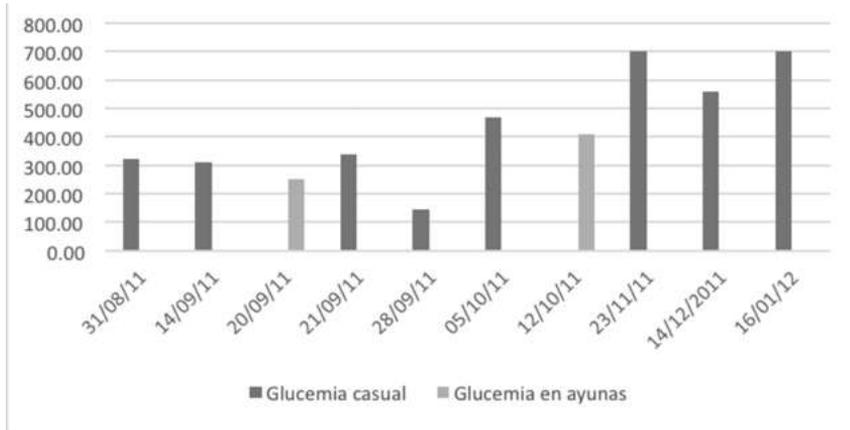
Durante las reuniones de seguimiento que sostuvimos con ella durante dos años, reiteradamente se hizo énfasis en la eliminación del refresco y el alcohol de su dieta, pero no se percibieron modificaciones de sus hábitos. Asimismo, insistentemente se le sugirió a sus hijos llevarla a San Cristóbal para prescribirlle insulina pero esto no fue considerado.

Análisis

Desde una perspectiva integradora en torno a los aspectos constituyentes de la trayectoria de Much, vemos una historia con predominio de violencia intrafamiliar. Subjetivamente, el origen de su padecimiento y tal vez de los infortunios posteriores a la violencia está ligado al *ak'chamel*.

En tal contexto, el tema de su DM está articulado con constantes exabruptos emocionales, agregando el abandono de parte de sus hijos,

Gráfico 7.1. Much. Glucosa plasmática



Fuente: Datos del trabajo de campo.

abatimiento manifiesto en el descuido personal, embriaguez ocasional, ingesta de refrescos y la insistencia en que su enfermedad provenía de *akchamel*, lo que se reflejó en la poca importancia dada a otras opciones terapéuticas, y eso al final contribuyó al desenlace relatado de su historia.

Mira

Este caso es el que más atrajo nuestra atención. Mira es originaria de Yaxanal, Tenejapa, con 51 años al momento de la entrevista, de edad aparente a la cronológica, de constitución delgada, facies depresiva. No está inscrita en el Seguro Popular; es zapatista, analfabeta, habla español con dificultad, pero más bien requiere traducción. Radica en la cabecera municipal, en un predio de su propiedad en el que vive desde que se casó.

Es viuda, tuvo un hijo y una hija de su primer matrimonio. Desde hace 25 años mantiene una segunda relación. La casa que habita le fue heredada por sus padres. Consta de siete habitaciones de bajareque con techo

de lámina, tres de las cuales da en renta y una utiliza para vender frutas, verduras y textiles. Se dedica al comercio, hace y vende tamales y «otras cositas». Relató que anteriormente su negocio estaba mejor surtido, pero en 2006, por gastos derivados de la enfermedad de su hija, se le vino abajo.

Es madre de dos: Magdalena, que vive con ella y que al momento de la entrevista tenía 26 años, y otro hijo de quien no se detalla edad, que salió de casa a los 12 años para irse a trabajar. Piensan que actualmente vive en Guadalajara y es militar. No se comunica con su madre y no envía ayuda monetaria ni de ningún tipo.

Mira enviudó en 1986 y su actual marido «se fue metiendo poco a poco a su casa por ahí del 2000». Dice cambiar constantemente de religión como parte de la búsqueda de ayuda para los problemas de salud propios y de su hija Magdalena. Al momento de redactar este texto no acudía a ninguna iglesia y aunque transita entre las diferentes iglesias según le proponen, por sus creencias y prácticas es tradicionalista.

Según su cálculo, hacia 1997 inició con azúcar. Tenía mucha sed y orinaba a cada rato, por lo que bebía mucha agua. Luego se sintió muy débil. Primero tomó verbena y nopal para tratarse, hasta que a los tres años agravó y buscó atención en la clínica de Esquipulas, en SCLC. No sabe qué le dieron, solo que fueron inyecciones, porque también le estaba fallando la vista.

Cree que se enfermó del azúcar por tristeza, a consecuencia del deceso de sus progenitores y su esposo, además de que a la muerte de sus padres un medio hermano, hijo de su padre, la sacó de la casa en un terreno que tenía en Yaxanal, de donde a su vez fue expulsada por la comunidad «Ahí fue cuando me empezó la enfermedad».

Uno de los factores que, entre otros, ha contribuido a una persistente hiperglucemia es que en 2004 su hija enfermó gravemente de vómito, y le quedaron como secuela, o como una enfermedad diferente, contracciones musculares tónico-clónicas generalizadas, que en la etapa inicial la incapacitaron en 80%, siendo capaz de alimentarse pero no de movilizarse sin ayuda, preservando todas sus capacidades intelectuales y afectivas.

La enfermedad de su hija se presentó posterior a un parto y apunta a la cronicidad y a la dependencia total de un tercero. Al parecer la abuela

materna murió de algo parecido. Dicho mal ha progresado manifestándose en noviembre de 2015 en una incapacidad total no solo muscular sino también respecto de sus facultades mentales. La enfermedad no fue diagnosticada a pesar de haber sido atendida en sus inicios en el hospital de tercer nivel de Tapachula por diferentes especialistas.

Por otro lado, Mira ha estado sometida durante años a golpizas por parte de su actual esposo, «sin estar tomado». Además del estrés que eso genera, le afecta el no haber logrado sacar al hombre de la casa, quien además no aporta ni un centavo, ni en especie, para el sostén de la familia, pero exige comida y sustento.

En lapso no señalado, y según relata Mira, a instancias del marido y por la maldad que ella ha cargado durante un año estuvo «echando trago», tiempo durante el cual maltrataba a sus hijos aún pequeños. Pudo dejar «el trago» porque «le pidió a diosito que la ayudara a dejarlo».

En cuanto a los problemas con el marido, Mira y su hija solicitaron apoyo a las autoridades municipales para sacarlo de la casa, sin lograr respuesta. Aducen que los funcionarios tienen miedo porque el señor es zapatista. En repetidas ocasiones Mira había sido amenazada por su esposo a punta de pistola, «diciéndome que si insisto en sacarlo de la casa me va a matar».

Por otro lado, los *poxhawanejetik* a los que ha recurrido reiteradamente señalan a su esposo como el responsable de estarles realizando *ak'chamel* a ambas «porque quiere que se mueran» y así quedarse con el terreno y la casa. Por eso Mira también deduce que él les puso el *ak'chamel* que las enfermó a ella y a su hija.

En mayo de 2011 el esposo se ausentó de la casa por varias semanas, estuvo renuente a que Mira participara en la siembra de maíz. Ella y su hija pensaron que por fin se habían librado del hombre, pero regresó amenazando nuevamente a Mira a punta de pistola y diciéndole que si no quería ser su esposa la mataría. En marzo de 2012, por medio de su hija, supimos que el hombre fue acusado del asesinato de una persona en su paraje, por lo cual fue recluso en el Centro de Readaptación Social (Cereso) de San Cristóbal.

Por otro lado, el esposo de la hija estuvo ausente durante los primeros meses de nuestras visitas; sin embargo, ocasionalmente la visitaba, a consecuencia de lo cual quedó embarazada. En mayo de 2011 nos platicaron que el mes anterior había parido a un niño, que el parto fue atendido por Mira, que el bebé mamaba muy bien y rápidamente subió de peso, pero inició un cuadro febril con una temperatura sostenida de 38°C que en pocos días lo llevó a la muerte. Durante el proceso de parto, puerperio y deceso del bebé no buscaron atención ni médica ni de la medicina tradicional. Como el bebé no estaba registrado fue enterrado en el predio donde viven.

Mira en sueños ve que su marido está trabajando para dañarlas. También sueña a un rezador cancuquero, a quien fuera de sus sueños no conoce. Él le dice que su esposo es quien daña a su hija. Aun sin conocerlo, Mira daba por sentada su existencia en el plano terrenal pero argumentaba no haberlo buscado por falta de recursos económicos.

A principios de 2011 el yerno llegó a vivir con ellas. Y en una ocasión en que este las llevó en su camioneta a Cancuc, un hombre se le acercó y preguntó a la hija si no podía caminar. Al responderle que no, el señor le recomendó visitar a Antonio Pérez Santis, de Chiloljá, Cancuc.

En atención a los sueños sobre el cancuquero que su madre había tenido, hacia agosto de 2011 buscaron a un rezador de Cañada Chica, en Tenejapa, quien les hizo 13 rezos y les confirmó que la maldad la puso el esposo de Mira «y otra mujer que él tiene». Le dijo a Mira que su enfermedad no era DM real, sino *ak'chamel*. El rezador aseguró que con él se iban a curar. Sin embargo, a Mira le recomendó tomar medicamento hasta que sanara. También le prometió a su hija que se curaría. Pero sin mayor explicación, después de algunas sesiones reconoció que a ella no le habían hecho *ak'chamel*, por lo que no la podría ayudar.

Nos fue posible asistir a una sesión de curación en la que el señor mostró desconfianza respecto de nuestra presencia y por ello no llevó a cabo el ritual en forma cabal. Posteriormente acudieron a varias sesiones con él.

Entre el 9 de junio de 2009 y septiembre de 2011, Mira tuvo un promedio de glucosa plasmática casual de 323 mg/dl.

Un día de la última semana de mayo de 2009 se sintió muy mal y acudió a la UMR, donde la enfermera que la atendió detectó que tenía la glucosa demasiado alta, así que le aplicó insulina para estabilizarla. La razón para ir a la UMR fue debilidad y «solo quería dormir». Había asistido a la UMR en otras ocasiones señalando que «no le dan medicamento». La enfermera nos dijo que Mira «se niega a recibir el tratamiento que se le propone debido a que se dice zapatista y como tal no puede aceptar ayuda del gobierno».

Mira y su familia se alimentan principalmente de verduras (nabo, calabaza, chayote, mostaza, punta de chayote, nabito, punta de calabaza, flor de calabaza, ejote, chile, etc.) frijol, habas, pozol y tortilla de nixtamal hecha en casa; ocasionalmente pollo o carne de res. En la entrevista inicial informaron que no tomaban refresco, pero a lo largo de las visitas se constató su consumo de Coca-Cola®. Además, las dos aceptaron que ella se toma al menos un refresco al día porque «el agua no le gusta».

El 8 de junio de 2011, encontramos a Mira en el área que tiene habilitada como tendejón, sentada, platicando con una amiga, ambas con una Coca-Cola® en la mano. Tan solo nos sonrió y colocó el envase a un lado. Ese día apresuramos nuestra visita y prometimos volver en otra ocasión.

Durante su trayectoria Mira ha acudido a recursos provistos por la herbolaria industrial. En mayo de 2011 suspendió su medicación farmacéutica e inició un tratamiento sugerido por un señor que vende hierbas en la calle los jueves (en el mercado de Tenejapa). El hombre se presenta como el doctor Ornelas y el tratamiento consistió en:

Herbapack (hierba del sapo, prodigiosa, guarumbo y tronadora), zarzaparrilla con ginkgo biloba, jugo de noni, y un compuesto a base de ajo, guayacán, guarumbo, prodigiosa, nopal, wereke, lágrima de San Pedro y xoconostle; por último, neem. En total gastó aproximadamente 1000 pesos en ese tratamiento, resultando, después de haber tomado las hierbas durante varias semanas, una glucosa plasmática posprandial (dos horas después del desayuno) de 451 mg/dl. Al notar el poco éxito del tratamiento, retomó la medicación farmacéutica que le proveíamos a partir de muestras médicas.

En junio de 2011 intentó otro tratamiento con una mezcla de hierbas que obtuvo en un puesto de plantas medicinales del mercado de SCLC, con el que tampoco logró el control de su glucemia.

El 21 de septiembre de 2011, al hacer la visita acostumbrada descubrimos que en casa de Mira había una presentación de Herbalife. Ella estuvo muy animosa mientras los presentadores preparaban los tres diferentes licuados que conforman la dieta propuesta por la empresa. El primero, según describió Miguel, el agente de Herbalife, contenía *Aloe vera*; el segundo, hierbas diversas y proteínas; y el tercero, vitaminas, minerales y fibra.

Previamente, Mira asistió a un par de rezos con el *chabajel* tenejapaneco. Antes del evento de Herbalife, el 14 de ese mes, y aun asistiendo con el *chabajel*, registramos una lectura de glucosa plasmática casual de 173 mg/dl, casi la mitad del promedio. El día de la presentación de Herbalife, antes de ingerir los licuados y por primera vez desde que se inició el seguimiento, la glucemia en ayunas de Mira estuvo en 91 mg/dl.

Aunque aún no los había probado, Mira de inmediato atribuyó su mejoría a la ingesta de los productos de Herbalife. Motivada, se ausentó de la casa durante unos minutos pues se fue a pedir prestados los \$700.00 que le costó el tratamiento completo.

Basados en el precio del tratamiento y en que los compuestos de dos de los licuados no contienen ingredientes conocidos que actúen contra la diabetes, le propusimos a Mira tomar solo el Aloe, se lo conseguimos a buen precio en San Cristóbal y durante un año fue con lo que se trató.

Hasta la fecha de elaboración de este texto, la glucemia de Mira se mantuvo dentro de límites normales a pesar de situaciones afectivas complejas. En una primera ocasión, su hija, su yerno y su nieto salieron a vender a Pantelhó y no regresaron a casa en varios días, lo cual incluso motivó una búsqueda; pero finalmente, regresaron a los tres días. Mas, durante ese lapso Mira lloró todo el tiempo al pensar que algo malo les había sucedido.

En otra ocasión encontramos a Mira totalmente ebria. Según Magdalena, llevaba dos días ingiriendo alcohol. Se notaba extremadamente triste, quejándose de que ya no tenía a sus padres y, sobre todo, que se sentía muy cansada, reiteradamente mencionaba que ya se quería morir.

El siguiente evento sucedió cuando su hija y nietos se fueron a vivir al paraje del esposo. Ese hecho la entristeció sobremanera y le generó un sentimiento de soledad inconsolable. Recordó de nuevo la falta de sus padres. En esa ocasión también relató que su esposo estaba en la cárcel, por estar involucrado en una balacera en la que murió una persona. Reiteraba su pensamiento sobre la maldad de ese hombre.

Otro acontecimiento, que incluso atestiguamos, fue el momento en que el yerno las abandonó, llevándose con él al niño. Cuando la hija nos explicaba los hechos, Mira le dijo que «no quería volver a ver a ese niño en su casa». Siguieron discutiendo y ambas terminaron llorando. Intentamos retirarnos por considerar que era una situación íntima, pero nos retuvieron y Mira pidió que se le realizara una glucometría, que arrojó 132 mg/dl.

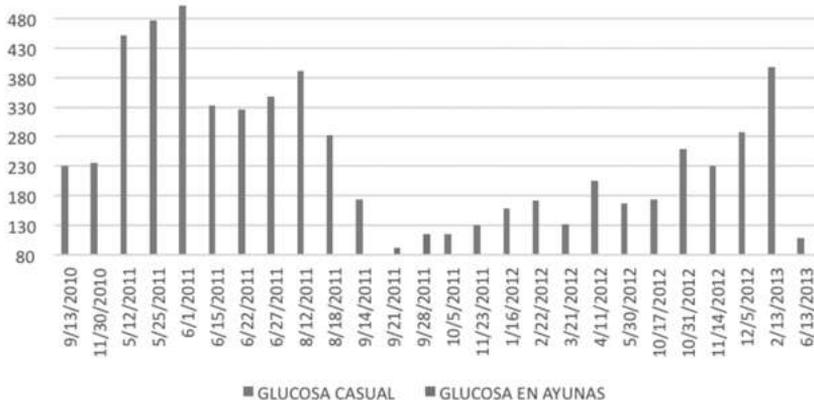
En las sesiones posteriores, la glucosa plasmática casual se elevó gradualmente: 206 mg/dl el 11 de abril, 166 el 30 de mayo, 174 el 17 de octubre, 250 el 31 del mismo mes, 230 el 14 de noviembre y 287 el 5 de diciembre.

La corta estancia del yerno en casa resultó en un embarazo gemelar, que fue acompañado por personal del DIF. Además, la llevaron al hospital en San Cristóbal para el control del embarazo. Se le programó para cesárea con la intención de aprovechar la cirugía para ligar trompas de Falopio. Sin embargo, el trabajo de parto se presentó antes y fue atendido por «su Mira».

Los bebés, un niño y una niña, fueron revisados periódicamente en la Clínica de la Mujer del ISECH, por la directora, dada la intercesión del DIF municipal. De igual manera, el DIF llevó a la hija de Mira a varias consultas «por su mal». Debido a la medicación que recibía no pudo amamantar a los bebés y estos fueron alimentados con leche de fórmula.

En noviembre de 2015, en la última visita que realizamos nos encontramos con la presencia del esposo de Mira. Ella estaba muy angustiada y triste debido al marcado deterioro de su hija, quien ya no tenía ningún control muscular: «ya no le es posible estirar las piernas», el ojo izquierdo presentaba una severa desviación hacia afuera y arriba, y aunque nos reconoció ya no podía comunicarse. Mira expresó: «Solo esperamos a que diosito se la lleve».

Gráfico 7.2. Mira. Glucosa plasmática en ayunas y casual.



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Análisis

En el caso de Mira, su enfermedad y los altibajos aparecen en todo momento vinculados a una historia de vida marcada por la violencia intrafamiliar que ha padecido desde la defunción de sus padres. Sin embargo, dado el cúmulo de sufrimientos, se inclina por atribuir su «azúcar» al *akchamel* puesto por su esposo para despojarla de su propiedad, apreciación intersubjetivamente retroalimentada por los *pikabaletik* (quienes pueden escuchar/sentir la sangre). A lo anterior se agrega la constante violencia conyugal concretada en palizas, gritos y expoliación de los recursos de la casa proveídos por ella, traducida en una amenaza continua y cuya manifestación somática se traduce en una constante hiperglucemia que, por cierto, cedió cuando el esposo se ausentó por un año.

De la mano de toda esta violencia, el deterioro de su salud y la situación de su hija empeoraban sus condiciones materiales de subsistencia, en la medida en que los gastos invertidos en salud también redujeron prácticamente a nada el medio en el que sustentaban su de por sí precaria economía.

Desde el punto de vista biomédico, sus intentos por controlar su diabetes pueden juzgarse como anárquicos e inconsistentes, derivados, de alguna manera, del cúmulo de información que la bombardeó y que le generó una indefensión subjetiva que aún hoy la mantiene confundida sobre su porvenir.

Sin embargo, a diferencia de Much, con todas las aflicciones propias y familiares, lo mismo que la tristeza que todo ello le causaba, en Mira, a pesar de violencias y amenazas que sobre ella y su hija permanentemente pendían, persistió la voluntad de contrarrestar sus infortunios, incluida su diabetes. Desde esta óptica, por contraste, se puede decir que las diversas tentativas por resolver los problemas de salud de ambas transitan de ida y vuelta en el marco del horizonte amplio al que hemos hecho ya referencia.

Joco

Al momento de la entrevista Joco tenía 36 años. Es originario del paraje San Antonio, Tenejapa. Llegó a la cabecera en 1995. Vive en unión libre y tiene tres hijos: «un varón y dos hembras». Estudió la primaria completa, es cristiano bautista.

Su principal fuente de ingresos es lo que devenga como empleado en una ferretería del pueblo y lo obtenido de una tienda de su propiedad ubicada en su domicilio, al norte del poblado, afuera de la secundaria. En el poblado donde nació tiene dos hectáreas, regalo de su padre. Dice que a veces trabaja media hectárea, pero que «por su enfermedad no tiene fuerza suficiente para trabajarla».

El terreno donde vive es suyo, también regalo de su padre, con dimensiones de 6 × 6 m, donde solo cupo la casa, además de tres pequeños espacios para cocina, baño y lavadero, donde se lavan ropa y trastes. Los tres espacios cuentan con agua corriente. La construcción es del material conocido como block (bloque de hormigón), con piso y techo de concreto.

La familia está afiliada al Seguro Popular y su esposa recibe el programa Progresas.

Hasta diciembre de 2008 Joco se desempeñó como velador en las oficinas que tenía el Instituto Federal Electoral (IFE) en la localidad. En 2010, al término del proceso electoral encontró un empleo de cajero en la ferretería del pueblo.

El padecimiento de Joco inició en 1984, a sus 20 años. Cuando se manifestó, él y su padre trabajaban en los caminos que la Secretaría de Comunicaciones y Transportes construía en Chiapas, labor que desempeñaba desde los 16 años. «La enfermedad me agarró en la pavimentación del tramo Pueblo Nuevo Solistahuacán-Huitiupán», obra en la que fungía como checador de maquinaria.

Era la perdición allí pues, porque te llevaban allá: «No, que vamos a echar unas copitas», y ya empieza uno pues, a veces a gastar el dinero, porque quincenal nos pagaban, pero quincenal teníamos que pagar también. Tomaba yo a veces de dos o tres días en la semana y así trabajábamos en el campo. Hasta el ingeniero y el sobrestante tomaban pues, también. Era entre ambos que tomábamos. Como trabajábamos en el campo y era un campamento, pues dormíamos todos ahí. A veces en la tarde empezábamos a tomar ahí también. Hasta el ingeniero y el sobrestante tomaban, nadie nos decía nada pues. Así que no sé, a lo mejor eso fue. Hasta ahí supe que hay un Dios, pue'. Mi papá también tomaba. Él me enseñó, digamos, porque no es igual si no toma el papá, pues se puede regañar el hijo, lo podemos regañar o le podemos decir que no tome. Pero si toma el papá qué le vas a decir a tu hijo, nada. Es mi papá, él me enseñó a tomar también. A veces cuando salíamos aquí, los días domingo salíamos pues acá, y como entrábamos pues en el rancho, ahí donde vive mi papá, ya mi papá iba bolo de regreso y a veces él me daba mis copitas también. Ahí es donde empecé también desde niño. Tenía como mis 14 o 15 años cuando ya empecé a tomar.

Si bien piensa que el consumo de cerveza y una alimentación nada sana cimentaron la enfermedad, cree que lo que desencadenó la DM fue un terrible susto:

Ese tractor iba a aplanar una casita, pue', que quería aplanar. Pero como la carretera estaba así, ahí lo iba a aplanar esa tierra. Pero ya después no subió,

patinó, ya se fue resbalando, resbalando el tractor. Y como yo era yo el checador, y todo eso, ora si pue' que, ora sí que pue' sentí que, ora sí que... Tuve miedo, pue'... Yo pensé que se había matado el operador. Como se fue pue', se fue en el barranco. Ahí es donde ora sí que se me oscureció la mente, no supe, como solo vi que se fue, ya no supe, me senté y ya al rato volví, como que volví otra vez, ya cuando voy viendo que hasta abajo estaba, pue', el tractor. Y allí empezó, parece. Lo bueno es que estaba así la carretera (inclinada) y había otra carretera que pasaba así abajo, que fue donde fue a dar pue' el tractor. Pero no, solo quedó así sembrado en una alcantarilla, en la noche lo sacamos. Me empezó a dar mucha sed, mucha hambre, e iba mucho al baño, orine y orine cada rato. Y en las noches salía yo a tomar agua. En la noche comía yo, me daba mucha hambre. Y a los ocho días bajé de peso, estaba yo bien gordo, y a los ocho días bajé de peso. Me dio dolor de cabeza, dolor de cuerpo. Es lo que me dio, mucha sed que no aguantaba ya. Caminaba yo un ratito y a tomar agua, y orine y orine.

Joco regresó a SCLC porque ya no pudo trabajar, no tuvo un diagnóstico preciso sino hasta que lo llevaron a la Clínica de Campo de SCLC, donde resultó con glucemia de 500mg/dl. Las pastillas no abatieron la hiperglucemia, por lo que se le prescribió insulina.

Dadas las características del manejo de la insulina, sobre todo la necesidad de refrigerarla y que al principio implicaba que una enfermera se la suministrara, tuvo que abandonar el trabajo en caminos para buscar una actividad laboral en la cabecera de Tenejapa donde existían la infraestructura y los apoyos para la conservación de la insulina y su aplicación cotidiana.

Trató de obtener curación visitando «*ch'abovanej*, esos que queman vela y espiritistas, todos dijeron que su problema no era azúcar sino *ak'chamel*». Visitó a varios en compañía de sus familiares, no solo en Tenejapa, también en Cancuc y SCLC, donde lo llevaron al templo Trinitario Mariano de Chagoyán, en el barrio de San Martín; ahí les dijeron que la terapia consistía en 18 sesiones a las que asistió puntualmente. Sin embargo, ni con esta ni las otras terapias mejoró, y el azúcar siguió en aumento. Mientras

visitó a los *chabovanej*, suspendió la insulina y tomaba las hierbas que ellos le recetaban.

Gradualmente fue empeorando, hasta quedar postrado en cama, además de que su visión mermó aceleradamente.

Sí, ahí fuimos y son como 18 veces que nos dijo que ya ahí se iba a terminar pue' la esa enfermedad. Pero no, más y más se me agravó. Como tomaba yo algo caliente, como canela, los caldos que me daban. Tomaba yo pura hierba, pero nomás así, no me curó, y perdí la vista, miraba yo todavía, ahí perdí la vista, ahí ora sí que ya no pude caminar, ya no pude caminar, se me doblaban mis rodillas. Me debilitó. Ora sí que estaba alta el azúcar. Y así estuve como tres años, así tirado ahí en la cama. Sin tomar nada, puras pastillas. A veces dice esos que tienen azúcar también, que con este me estoy controlando, dale esta pastilla, cómprale esta pastilla, o dale esta hierba que tome, pero ni así. Tomé muchas hierbas, muchas hierbas que tomé, pero no, no me controló, no, no, no. Y ya después, estuve como dos años tirado allá, así nomás en mi cama, en una cubeta orinar ahí nomás. Comía yo, pero ya no me podía yo levantar, ya no tenían fuerza mis pies, ya no tenía fuerza. Ya llegué a pesar como 30 kilos, 30 kilos. Ya mi mujer, así como ya estaba yo, ella me cargaba, me sacaba en el baño a orinar, a bañarme ahí. Sí, ya me llevaban como niño, ya cargando. Sí, ya quedé nada más el puro hueso, ya pegado ya el cuerito. Sí, pue', ya le digo que ya llegué a pesar 30 kilos, pero ahora sí que dije yo, solo voy a esperar cuándo. Me voy a morir, ahora sí que ya no hay pues, ora sí que medicamento que me controle, y a veces el ardor el dolor en las noches, el dolor de cabeza, el dolor de cuerpo, dolor de hueso. [Ya desesperada y como último recurso, su esposa decidió llevarlo de nueva cuenta a la Clínica de Campo]. Y ahí, ora sí que me regañaron pues, porque habíamos dejado pue' la insulina. Me regañó pue' el doctor, regañaron pue' a mi familia, y luego ya habíamos terminado pue' el dinero, no teníamos dinero pa' venir, pue'. Así, y ya me internaron. A veces me quedaba yo ocho días, ocho, quince días la primera vez allá en la clínica. Y ya que lo miraron que estaba ya más o menos me bajaron, porque ya le digo que me cargaron, pue', para subirme, para ir al baño, no le digo que ya no tenía yo fuerza en mis pies, ni en mi mano, para meter mi comida en mi boca, ya no podía yo, sí, y ya no miraba yo, pue'.

Desde hace 15 años ha sido proveído de insulina en la Clínica de Campo del IMSS-Progresa. En un principio asistía mes con mes para que se la expidieran, pero en 2006 habló con el director de la dependencia y desde entonces se la envían a la UMR de Tenejapa.

Al hablar acerca de su vista dijo:

Y así fue, y así fue. Hablamos con la trabajadora social, me operaron de la vista, le hablaron a un doctor que se llama doctor Torres de San Cristóbal. Sí, ese le hablaron que nada más la mitad íbamos a pagar y el IMSS nos iba a ayudar también, y el doctor Torres que trabaja ahí en el IMSS, también. Sí el doctor Gabriel Torres, él me operó de la vista. La verdad pues no sé qué operación me hicieron. Sí, me operaron uno fue el que salió bien, el otro ya no.

Los primeros lentes que Joco tuvo se los obsequió el INI, los demás él los fue comprando. Desde aquella vez ha asistido más o menos regularmente a sus consultas apegado al tratamiento con la insulina.

En junio de 2010 se desmayó, por lo que fue trasladado al hospital en SCLC donde se le diagnosticó una severa hipoglucemia. Le disminuyeron la dosis de insulina de 40/20 a 30/15 (ui/mañana/noche).

No, a veces sube, desde que empecé a veces que sí sube, sube la azúcar, sube pue'. Pero esta vez es la primera vez que se bajó. Estaba a 46, algo así, y no sabía yo qué pue', qué había pasado, porque nunca me había pasado eso. Fue pues, que me mandaron, como era yo conserje allá, me mandaron a sacar copias, vine acá. Ya iba yo de subida cuando me empezó. Siempre pue', porque la verdad que esa enfermedad ya no se siente uno normal, a veces en el día me empieza a doler la cabeza, el dolor de cuerpo, todo eso. Ora sí que ya no hay un día que te vas a sentir bien, porque un día vas a tener dolor de cabeza, dolor de hueso, así que ya no se quita pue', ya. Sí, como en la sangre está pue' ya. Esa es la primera vez que me dio, esa. Sí, y no sabía yo, hasta que me llevaron a urgencias, ahí supe pues que estaba baja pues mi glucosa.

El primer trabajo que tuvo después de recuperarse fue realizando labores de intendencia en una constructora que pavimentó el tramo Tenejapa-Cancuc. Después pasó al IFE y por último a la ferretería, donde tiene problemas para asistir a su control médico:

Es que como a veces no me dan permiso para ir a mi consulta, hasta que salgo ya voy a mi consulta. Como son dos días que tengo que viajar, pue'. Un día a laboratorio y el otro a consulta con el doctor y tengo ora sí que pedir permiso, y el gasto también de pasaje, todo eso, sí.

Acerca de la dieta describió que come dos tortillas, nada de refresco, nada de grasa. En la dieta predominan las verduras, el frijol y el maíz en diversas formas (pozol, tortilla, tamal). Ocasionalmente carne de pollo y de res, nada de cerdo.

Aunque la iglesia a la que asiste no ha incidido de manera alguna en el proceso de vivir con diabetes, su adscripción parece al menos haber sido una de las razones para no buscar más atención de médicos tradicionales. Acerca de ello explicó:

Sí, gracias a Dios ahí encontré más paz. Sí. Ora sí que ya no con los curanderos, porque a veces con los curanderos hay que comprar trago, hay que comprar vela, hay que comprar flor, y a veces los curanderos quieren pues su comida, que quieren pues un pollo, huevos, que carne. Y además es vano, pue', porque solo vienen, si te vienen a rezar a hacer esa curación echan trago, al rato están peleando, al rato te dan tu poquito de trago para que te cures. Ora sí que no es igual como un doctor que te dice que te evites de tomar trago, que te evites de todo eso. Sí. A veces eso es lo que no nos gustó, pue'. Ora allá, pues, como solo un Dios hay, pues eso es lo que hay.

Asimismo, aunque no refiere apoyarse en su adscripción religiosa para atender su problema de salud, al menos traza a través de ella una lógica preventiva fundamentada en las oraciones dirigidas a Dios:

Si me ofrecen de comer en una reunión, ahora sí que primeramente Dios tengo que orar para comer ese alimento; si me lo como, ora sí que oro primero para comerme ese alimento. Si me ofrecen sí. Pero un poquito, tomo un poquito, pero ora sí que Dios me ayuda desde ahí, porque tengo que orar primero para tomar, porque como dice la Biblia, eso es lo que come uno, ora sí que va al escusado, porque no creo que dañe todo en un ratito y no es diario. Al día siguiente no me siento mal porque estoy pendiente de mi medicamento que me tengo que poner diario. Con eso parece que lo controla.

Acerca de lo emocional, su fe parece también tener relevancia:

Porque cuando, ora sí que me enfermo mucho pues me pongo a orar. Yo sé que tengo un mi señor que me cuida, tengo un mi doctor, en mi señor Jesucristo todo lo tengo, él es doctor, médico y él me salva de todo, por eso no, de mi enfermedad no pienso, pero a veces sí cuando no hay trabajo, no hay... Sí hay cosas, a veces piensa uno que no hay dinero para hacer algo. A veces los niños que piden, así como estos días, no que quiero este para, que me están pidiendo en la escuela, pues a veces donde siente uno, pues ni modo, pues Dios lo sabe y Dios proveerá lo que necesita uno. Y así nomás, eso es lo que a veces piensa uno.

En cuanto a la prevención de la DM en el entorno familiar concreta, en las pláticas que recibe en la clínica le sugieren: evitar los dulces en demasía, refresco, comer menos tortilla, poca grasa, bastante fruta y verduras.

Sobre la atención médica, Joco se quejó de la organización de la Unidad Médica Rural (UMR) debido a que solo reciben 10 pacientes de primera vez y 15 con cita previa. Si es primera vez es necesario acudir muy temprano para obtener ficha y si uno llega en el onceavo lugar o después no se accede a la consulta, sea la causa que sea, aun siendo emergencia.

Aduce que no consideran que «la gente tiene que trabajar», «los patrones no dan permiso a la gente de salir», lo cual pone en constante riesgo la permanencia en el trabajo, fundamental para la supervivencia de la familia.

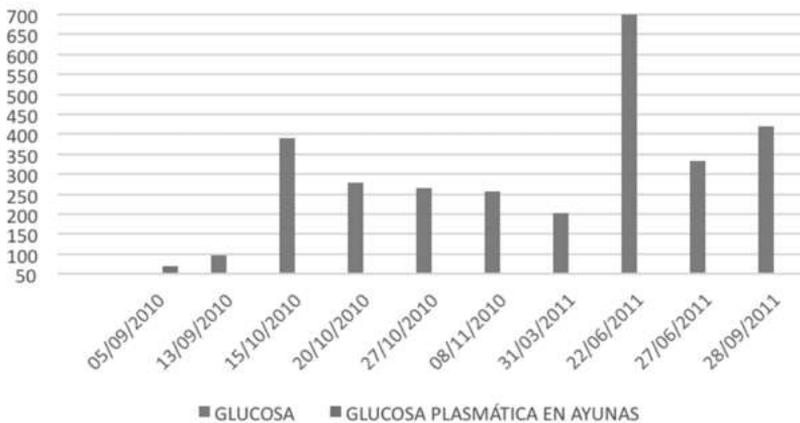
Relata que en una ocasión se presentó en la UMR a solicitar jeringas para la aplicación de insulina pues cada una le costaba en ese momento

\$2.50 y requería dos diarias. Comprarlas mermaba considerablemente su presupuesto. La enfermera le comentó que «no podía darle el material, que este tendría que proporcionárselo la médica después de prescribir la insulina, dado que la institución lleva un control minucioso de los materiales y medicamentos».

En el transcurso de las visitas se observó un control deficiente, ya que no se inyecta la insulina cuando corresponde y en ocasiones hasta deja de aplicársela por días, derivando en lecturas por arriba de 600 mg/dl y muchas cercanas a los 300.

En la última glucometría hecha el 28 de septiembre de 2011 presentó una glucosa plasmática casual de 419 mg/dl. Comentó que por órdenes del médico redujo la dosis de insulina a una inyección al día. Debido a tan alta glucemia le recomendamos volver a la dosis usual de dos aplicaciones diarias. Aseguró que lo haría, pero ya no se constató, pues por un tiempo se negó a recibirnos.

Gráfico 7.3. Joco. Glucosa plasmática en ayunas y casual



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Por esas fechas lo despidieron de la ferretería, la causa fue su nombramiento como Comité de Educación de la primaria de Tenejapa y debía

asistir a reuniones, así como a actividades de reparación en la escuela, y como no le daban permiso en el trabajo, lo despidieron. Durante un tiempo vivieron exclusivamente de las ganancias obtenidas en la tienda en la que por cierto vende solo «chucherías» a los estudiantes de la secundaria.

Meses después se ubicó como dependiente en una farmacia cercana a su domicilio. En ese momento dijo haber retomado disciplinadamente la aplicación de insulina, lo cual se comprobó con la glucometría.

Dado el término de la temporada de trabajo de campo, ya no se continuó el seguimiento.

Análisis

Subyace en la narrativa de Joco que subjetivamente atribuye dos hechos como causa de su DM: consumo constante y abundante de cerveza, práctica propiciada en gran medida por la índole de su trabajo, es decir, la continua convivencia en relativo aislamiento con sus compañeros y, como desencadenante, el enorme susto que vivió.

Es probable que el exabrupto emocional lo haya inducido subjetiva/ intersubjetivamente —durante una primera etapa— a probar con médicos tradicionales y plantas medicinales, que además de haber afectado su economía fueron ineficaces y lo llevaron al borde de la muerte.

De igual forma, a partir del cambio de adscripción religiosa optó exclusivamente por la atención biomédica desde la que logró controlar su enfermedad y reponerse. No deja de ser sugerente que Joco traiga a cuento, en favor de su conversión religiosa, la conflictividad que le causaba el consumo de alcohol con los terapeutas tradicionales y el hecho de que estos induzcan a los pacientes a hacerlo. Desde su nueva perspectiva asumía esto como un hábito por completo contraindicado para su salud.

Acerca de la conflictividad que Joco aparentemente visualizaba resulta pertinente comentar que casi toda expresión de enfermedad e infortunio está expuesta, desde la perspectiva tradicionalista, a susto y acusaciones de mal echado, con lo que, como expone Fernández (1995), la adscripción a

iglesias evangélicas y cristianas puede ser asumida como una forma de aislarse y protegerse, al menos idealmente, de sus efectos.

También en el caso de Joco destacan problemas de corte estructural que de diversas formas complican la posibilidad de mantener una atención y un control óptimos. Nos referimos a las dificultades prácticas y administrativas para recibir la insulina requerida: traslados frecuentes a San Cristóbal para ser atendido con los consecuentes costos económicos y laborales, pérdida de días de trabajo, gastos de traslado, la dificultad para obtener permisos para ausentarse del trabajo y el riesgo, en consecuencia, de perderlo.

Lo anterior explica en parte la discontinuidad manifiesta de su tratamiento y el estrés continuo que a la vez afecta su condición. Todo ello no puede desligarse de las aflicciones emocionales que sus carencias económicas le ocasionaban, a él y a su familia. Circunstancias todas que también lo hacían visualizar su adscripción religiosa como un recurso para sobrellevarlas.

Doyo

Creció en un contexto presbiteriano. La primera vez se casó en la rancharía de donde es originario, «tuvo cargo» en los Comités de agua y escuela y predicó en la iglesia presbiteriana. A los 18 años se inició como aprendiz de dentista con un odontólogo de filiación a la Iglesia Adventista del Séptimo Día procedente de Tuxtla, que atendía en varias comunidades de Tenejapa.

El aprendizaje como técnico dental no fue gratuito. Tuvo que pagar \$5000.00. Para cubrir el importe entregó al dentista un acordeón por el equivalente de \$3000.00, ufanándose de que a él solo le costó \$1000.00. El resto lo entregó en efectivo.

La instrucción fue de un año. Desde entonces, con ese trabajo se gana la vida. Relató que su maestro le dio título y registro de profesiones, lo que lo habilitó, según señaló Doyo, como doctor. La primera vez que Doyo

trabajó solo fue con motivo de una invitación a Chacomá, donde le juntaron a la gente que tenía problemas dentales.

En 2002, siendo predicador en su comunidad, tuvo problemas en la congregación y lo quisieron enviar, según narró, injustamente a la cárcel, acusado de robar:

Empecé a orar a las ocho, estuve yo orando hasta las ocho de la noche, nueve a 10 a 11 a 12, a las 12 en punto terminé ahí de orar. Yo le dije claro al Jesucristo: «Soy humano, no aguanto este. Claro, cuando tú viniste aquí al mundo aguantaste, pero tú eres Dios. No soy Dios, soy humano, no voy a aguantar, no voy a poder, quiero morir. Señor—le dije—no quiero vivir, mejor me muero, no aguanto este dolor».

Tiempo después soñó:

En otro día, qué me dijo en mi sueño: —Soy yo Doyo, no te vas a morir, nada más te lo cambio tu Biblia. Tráeme este, pero el otro. Me dio cuatro color, Biblia de cuatro color en mi sueño; uno blanco, uno rojo, uno verde, un negro. Pero me dijo claro:

—Este negro no sirve, rojo no sirve —me dijo en mi sueño—.

—¿Entonces cuál sirve? —lo pregunté en mi sueño.

—Solo lo vas a aprender este blanco y verde.

—Ah bueno.

Y parece que ese dije yo en mi sueño. Y de ahí pasó, pasó, pasó día y bueno, hice otro sueño, ya me dijo claro. ¿Qué me dijo en mi sueño? Me mostró que aquí sale el sol, aquí baja el sol. Y de ahí, en mi sueño vino un señor, estaba muy alto, tiene el vestido blanco, digamos como bata. Bueno, y me dijo en mi sueño:

—Mira tú Doyo —me dijo— ¿Quieres estar con Dios?

—Sí, siempre estoy con Dios —le dije—. ¡Si soy religioso pue'!, ¡si soy de presbiteriano! —le dije en mi sueño.

—No Doyo —me dijo—. No, porque esa no es tu suerte ahí. Te voy a decir claro —me dijo en mi sueño—. Date vuelta. Me di mi vuelta donde sale el sol, de este lado, ahí estaba colgado Jesucristo, así de frente estaba colgado de las

manos de Jesús, está ahí el Dios a la derecha, está en medio de Jesús, está ahí el otro a la izquierda el espíritu santo.

—¿Te miras este? —me dijo.

—Sí.

—¿Entonces quién es el que está de primero? —me dijo.

—Dios —le dije.

—Ah bueno. ¿Y la que está en medio?

— Ese es Jesucristo.

—Ah. ¿Y el otro, el tercero?

—Es el Espíritu Santo.

—¿Entonces lo sabes?

—Sí lo sé porque soy de presbiteriano pue’.

—¿Y por qué no creen en el Dios entonces?

—Sí estoy con Dios pues, desde ahí crecí y hasta ahí estoy ahorita, namás sucedió este problema, no voy a aguantar porque soy humano, entonces, pero Dios manda lo que soy. Entonces le dije: —¡Ah! ¿Entonces quieres a Dios?

—Ah bueno, ¿entonces por qué no sabes?

—Cómo no voy a saber, sí sé leer el Biblia y le sé cantar el Dios y siempre estoy con Dios.

—No Doyo—me dijo claro en mi sueño—. No Doyo, bájate tu vista en Tierra.

Lo bajé así mi ojo, lo vi que está lleno de pura veladora grande, veladora chica, así de tamaño, así de tamaño; velitas chiquitas, velitas de peso, de dos pesos, de tres pesos hasta de diez pesos está amontonado así.

—Si quieres estar con Dios cura con este.

—Pero como no sé pues, porque soy de presbiteriano, porque los que son de presbiteriano no saben usar todo eso lo que es vela. ¡Ah! Pero no voy a poder —le dije.

—Si no vas a poder curar aprende es que es tu vida, este vas a tener encendido todo el día.

Me dio una veladora de \$10.00. Así está el tamaño pues, agarró uno y lo levantó, me entregó en mi mano y me dijo:

—Esta veladora enciéndelo todo el día, no se puede apagar ni un minuto, ni una gota, que esté encendido. Si ya va bajando así, enciéndelo ya otro, si lo miras que ya solo nomás está el poquito, ya está en el vaso, enciéndelo otro. Así lo vas a hacer, vas a ver cómo vas a estar aquí en el mundo. No vas a decir que mi

reino está en otro mundo, no, aquí en Tierra está el reino de Dios. Vas a gozar, vas a tener buena vida, vas a tener buena comida y vas a tener dinero, no vas a morir con hambre. No mires de dónde viene tu dinero, no sabes de dónde vienen unos 50 pesos, unos 100 pesos para que tengas tu comida. Vas a morir hasta que esté blanco tu pelo. ¿Has visto cómo anda un viejo que anda ya con su palito por su edad? Así vas a morir, vas a estar aquí viviendo largo día aquí en Tierra. Así, aquí está el río, no en otro lado. Si quieres vivir buen tiempo aquí del mundo no falles con tu veladora.

Así es que me mostró todo: para qué sirve la chiquita, pa' qué sirve la del peso, de cincuenta centavos, de a cinco, de a diez, pa' qué sirve me mostró.

—Úsate eso, no es malo y lo vas ayudar muchos mis hijos.

Así es que desperté y dije yo —¡Uuhh! Empecé a pensar: ¿Por qué?, ¿por qué?

Hasta que salí a pensar cuando estuve yo acostado: —Mejor voy a traer mi vela. Como tengo carro, agarré mi carro a las seis de la mañana y vine aquí, docena vine a comprar veladora, llegué, no tengo altar, solo en mesa chiquita, compré mi mesa chiquita lo pongo aquí mi veladora, lo encendí, encendido está diario, diario, diario. Gracias a Dios hasta la fecha estoy bien, así está la historia.

Pasó, pasó mucho día y empecé a pulsar mi mano: —¡Ah! Ya lo sé que tengo aquí en mi mano, tengo enemigo, tengo esto, esto y esto. Fíjate bien, habla, dice. Muchos dicen que no habla, pero dice. Date cuenta, pulso tu mano [Pulsa la mano de uno de nosotros], yo me doy cuenta qué es lo que tienes, si estás de buena vida, no tienes tu enemigo, no tienes tu contrario, no está echando daño, no te está echando maldad, aquí dice en tu sangre, fíjate, estás tranquilo, no sientes dolor nada, está diciendo tu mano, está trabajando tu sangre, estoy, en gracia de Dios así estoy.

Doyo supo que tenía DM pulsándose pero también porque en las noches salía y sale varias veces a orinar, tenía antes y durante la entrevista los labios secos y mucha sed. Al realizarle una glucometría casual arrojó 506 mg/dl de glucosa en sangre. La esposa nos dice que a veces va a orinar hasta seis veces en el día y otras tantas durante la noche, además es muy enojón.

Desde el inicio de la enfermedad y durante varios años trató de controlarse con el producto Dolce Vita de Omnilife que contiene cápsulas de

Gymnema sylvestre, planta originaria de Asia y África, que según ensayos farmacológicos y clínicos permiten atribuirle propiedades hipoglucemiantes e hipocolesterolemiantes (Carretero 2001). Sin embargo, mencionó que «hace como tres semanas que lo dejé de tomar porque me sentí débil, me dolía el corazón, estaba mareado, me causaba diarrea y además estaba triste y no podía dormir».

Doyo explicó que en abril de 2010 se agravó a consecuencia de un problema de salud que tuvo su hijo mayor a los 23 años. El pronóstico no era optimista, y decidió trasladarlo a San Cristóbal donde fue internado en la clínica del doctor Alcántara. Ahí se le diagnosticó un problema de vesícula. Estuvo internado algunos días, pero decidió voluntariamente darse de alta y se negó además a someterse a la cirugía que el médico le prescribió. En su comunidad el hijo de Doyo estuvo en cama hasta que él mismo consideró que ya había sanado.

Debido a ese problema, Doyo estuvo tan preocupado que casi no durmió ocho noches, y no se calmó hasta que le disminuyó el dolor a su hijo. Doyo cree que por esa situación se le subió el «azúcar», puesto que no solo le preocupaba el problema de salud del hijo sino también lo caro que podría resultar el hospital.

Al hablar de la diabetes comentó que la padece desde 2006. Los síntomas iniciales fueron dolores y ardores en todo el cuerpo, ardor al orinar y calentura:

Hace como 5 años este, todavía tiene 5 años. Bueno, qué dolor hay aquí, que duele un chingo, no aguanta el dolor aquí en la rodilla, aquí en la espalda, que duele, hasta cabeza duele y un poco de calentura, arde un chingo, que no se deja, por ejemplo, poner así, así no se puede, arde como chile, qué ardor tiene todo. En mis orina, así está el dolor.

«Estaba muy gordo», y cuenta que uno de esos días que estaba trabajando en la cabecera de Tenejapa se le acercó un señor, habitante de San Cristóbal y vendedor de Omnilife, con quien estableció el siguiente diálogo:

Se te nota que estás enfermo, y seguro que es diabetes

—¿Cómo lo sabes? —le dije.

—Rápido se mira que tienes diabético. Susto y diabético.

—¿Será? — le dije.

—Sí, seguro. Estás bien gordo, luego se mira bien rápido. Los que son diabéticos no tienen ganas, no tienen ganas, así como estás ahorita ¿dónde te duele? — preguntó.

—Tengo dolor aquí, aquí, como que no tengo ganas; es azúcar ese, dice. ¿Será?

—Sí Doyo, es diabetes. Para qué vas a vivir, cómprate esto.

Llevaba su libro, tamaño así del libro, bien lleno.

—Te voy a mostrar qué necesita tu cuerpo, es que ya no está trabajando tu páncreas, por eso ya tienes azúcar. Porque cuando funciona bien la páncreas es cuando no tenemos azúcar. ¿Cuántas veces haces pipí de noche?

—¡Ah!, como que unos 6, 7, 8 veces.

—¡Ah!, ¿ya viste?, eres diabético, cuando no tenemos DM como 1 o 2 veces a la noche—me dijo—. ¿Si quieres, te voy a traer Dolce Vita mañana?

—¿Es para eso? — le pregunté.

—¡Sí!

En un segundo encuentro le dijo:

—... el dolor, siempre duele, como que me quiero marear, como que no miro bien, así como ahorita, ahorita como que no miro muy bien, como que mis ojos están así medio que no sirve mi ojo ahorita por el aumento que tengo, no lo miro, nada más a los que están ya de 100 metros no los conozco bien. Así estoy ahorita por el aumento que tengo.

—Mira Doyo —me dijo—, trágalo, ya llegamos, te voy a mostrar más. Trágate seis, me dijo. Así está la cápsula de Dolce Vita, trágate seis y vas a sentir cómo está.

Y me dio una lata que se mira como jugo pues, como Vigor; porque muchos lo vendían como jugo de Vigor.

—Tómate con este —me dijo.

—¿Se puede?

—Sí se puede, trágatelo.

Tragué seis y lo tomé uno de ese. Así como estamos platicando, ni lo sé cómo se calmó el dolor y el ardor. No sé cómo fue, como que olvidé así de platicar. Me mostró su libro, me mostró esto. Pasó una hora.

—¿Y cómo te sientes?

—Como que ya no hay dolor, como que ya tengo ganas.

—¡Ah!, ¿ya viste? —me dijo—, otros seis trágalo.

—Me voy a morir, como mucho dicen la medicina de la farmacia que no se deja tomar dos, tres pastillas, solo una.

—¿Si es natural cómo te vas a morir? Es natural, es medicina natural, trágalo seis y vas a ver cómo te vas a sentir.

Tragué otros seis, a las cuatro de la tarde ya tenía ganas de trabajar, quería salir a trabajar porque tengo cafetal, tengo esto, sé agarrar machete, azadón, todo; ya quiero andar todo, como que no hay debilidad. Me curó bien. A caminar, a trabajar, así como atiando gente. Todo se fue el dolor, bien tranquilo quedó mi cuerpo, quedó mi sangre. Empecé a tomar ese Dolce Vita hasta la fecha ahorita; tiene nomás como tres semanas que dejé de tomar.

Al hombre que le vendió la Dolce Vita solo lo vio en algunas ocasiones, hasta que dejó de consumirla. Doyo la compraba en SCLC, en la tienda que la empresa tiene en el Mercado Popular del sur (Merposur). Cuando lo dejó de tomar, el frasco costaba 130 pesos.

A partir de esa fecha y hasta la entrevista era lo único que tomaba. En lo correspondiente a lecturas de la glucemia, solo se hizo una en 2009, que fue de 300 mg/dl.

Con la toma de Dolce Vita el número de micciones disminuyó de dos a tres por noche, según si tomaba o no café antes de acostarse

Al preguntarle si asistió con algún biomédico, enfáticamente aseguró que «ni se me había ocurrido, ya que con lo que tomaba me sentía bien». Sin embargo, cuando se le preguntó sobre otro tipo de remedios, dijo haber probado con caldo de víbora en abril, y desde entonces hasta que empezó el problema de su hijo se había sentido tranquilo y muy bien (con una sola toma).

Gracias a la información que circula entre sus conocidos sabía que no debía comer grasa ni carbohidratos en exceso. Y que con el Dolce Vita no

tenía que someterse a ningún control, que podía comer de todo, hasta tomar refresco.

Todo, hasta de refresco Coca, tomo todo, como carne, caldo de res, caldo de pollo, todo, hasta lo que de vez en cuando de costumbre, así que del rancharía donde lo venden ese carne, digamos en carnicería, la de gordura del pura gordura se da y tengo que comer ese es muy sabroso, de pura gordura. Pero no me aumenta, estoy tomado ahí del Dolce Vita, ahorita estoy comiendo todo.

No obstante, por los cargos de regidor y músico —en el ámbito religioso— en el tiempo de la entrevista frecuentemente ingería alcohol hasta embriagarse (sin embargo don Sele y don A, ancianos que han tenido cargos durante varios años, afirman que no es obligatorio tomar el trago o el refresco que se reparte y que para evadir la obligación se carga un cuerno de res («cacho») preparado como recipiente, donde se guardan las bebidas que les ofrecen).

Date cuenta, jueves, viernes, sábado, hay rezo de costumbre, pero siempre estamos rezando aquí en la iglesia, pero siempre ahí con ese alcohol, y siempre no se puede guardar ese alcohol, siempre se toma, es obligación que se tome uno, siempre tomo también. Por ejemplo, anteayer, el domingo, fuimos a pasar, no sé si lo han visto que hay cruces, han pasado allá en la oficina, lo pasaron acá en la iglesia, pero fuimos a pasar anteayer, pero siempre daban ahí alcohol y es obligación que se tome y lo tomé anteayer. Estuve bien «bolo» todo el día anteayer. Es lo que quiero saber, ¿puedo tomar o no?

Se le recomendó no tomar Coca-Cola® y se sorprendió. Otro dato a considerar es que come entre cinco y seis tortillas en cada comida, es decir, entre 15 y 18 tortillas diarias.

Antes del 28 de agosto de 2010, Doyo logró el control de su glucemia tomando Glimetal 4/1000 (glimepirida 4 mg/metformina 1000 mg) que le ofrecimos gracias a muestras médicas que nos fueron cedidas por un amigo médico. Su glucemia disminuyó hasta un registro de 268 mg/

dl. Comentó que unos días antes de la visita suspendió el tratamiento pues se le acabó el medicamento. Se le entregaron varias cajas. En el siguiente registro la glucosa casual estuvo en 204 mg/dl, según ciertos estándares, prácticamente dentro de límites normales. Hasta el 22 de septiembre permaneció dentro de límites normales, para ascender a 385 mg/dl hacia mediados de octubre. Dado que el *bankilal* consideró que las pastillas estaban caducadas, suspendió su ingesta.

Se le sugirió inscribirse en el Seguro Popular para estar en condiciones de recibir el medicamento gratuito en alguna de las instituciones de la localidad, pero se negó rotundamente, sin mayor explicación.

El *bankilal* Doyo es un paciente difícil porque no sigue las indicaciones y a pesar de nuestra presencia semanal continuó consumiendo aproximadamente 15 tortillas al día sin estar dispuesto a disminuir la cantidad. Con objeto de contrarrestar esa práctica, se le recetó acarbosa, una tableta antes de cada comida. En respuesta al medicamento, la glucemia ha oscilado entre 200 y 600 mg/dl. Incluso en una ocasión tuvo 598 mg/dl y dijo haber suspendido el fármaco para volver a tomar Dolce Vita. Se le explicó que era la última vez que se le proveía el medicamento pues ya no teníamos más muestras médicas. A la siguiente glucometría había mejorado sustancialmente, pero mencionó que dos días antes había abandonado el tratamiento y reiniciado el de Dolce Vita. Se negó a asistir a la UMR bajo el pretexto de que «siempre hay mucha gente y no tengo tiempo para esperar», pero tampoco se mostró dispuesto a comprar el medicamento genérico.

En junio de 2011 tomó una mezcla de plantas medicinales comprada en SCLC. Su glucemia disminuyó a 116 mg/dl, siendo la lectura más baja en todo el seguimiento. Sin embargo, en la visita sucesiva y como resultado de una ingesta exorbitante de alcohol, que incluso lo llevó a la pérdida de conciencia, nuevamente su glucemia ascendió a 493 mg/dl. Después de aquel día, a pesar de seguir tomando las plantas, su glucemia no descendió de 500 mg/dl.

El 19 de agosto de 2011 su glucemia fue de 242 mg/dl. Declaró que tenía dos semanas de no beber alcohol y sobre el medicamento dijo haberlo tomado «solo cuando me siento mal».

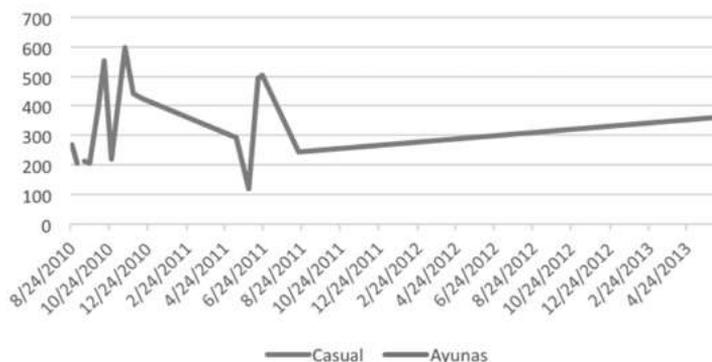
Cuando concluyó el cumplimiento de sus cargos, Doyo regresó a su paraje y durante casi dos años no lo encontramos, pero en junio de 2013 nos llamó insistente por teléfono, deseoso de continuar con el seguimiento.

Su aspecto había cambiado considerablemente, estaba muy delgado, con escaso y descolorido cabello. También se avejentó. Narró que dos meses atrás se vio y sintió muy mal, que perdió bastante peso en poco tiempo; que estaba muy débil y tenía fuertes dolores en las piernas, pero no buscó atención. En lugar de eso se autorrecetó glibenclamida y metformina dos veces al día, ambas proporcionadas por un amigo. Después compró el medicamento en una farmacia de similares.

La glucometría que se le realizó arrojó una lectura de 361 mg/dl. Ante la elevada glucemia se mostró dispuesto a aplicarse insulina, pero se preocupó por el costo y preguntó si sería posible conseguirla en farmacias de genéricos, lo cual descartamos.

Su esposa nos dijo que disminuyó el consumo de tortillas a un máximo de 10 al día, cinco en cada comida. Y también según su esposa, «cuando bebe [el pozol] siente que pierde toda la fuerza y se tiene que acostar», por ese motivo lo suspendió. Se le recomendó reducir las tortillas a tres al día y depositar el trago que le ofrecieran en «el cacho».

Gráfico 7.4. Doyo. Glucemia



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Análisis

La poca disposición de Doyo para modificar sus hábitos alimentarios y su propensión al consumo de bebidas alcohólicas son el hilo conductor de esta historia. Durante la etapa más larga de su padecimiento subjetivamente demostró otorgar muy poca importancia a la enfermedad, como algo que en realidad lo daña. De igual forma, con su actitud y sus prácticas expresa el rechazo a vincularse con agentes de la biomedicina, bajo el único argumento de la pérdida de tiempo que supone atenderse en los establecimientos de salud institucionales, y de su nula disposición a invertir en la compra de medicamentos, hecho contradictorio tratándose de una persona con sólidos recursos económicos y en contraste con los gastos realizados «durante años» en la compra del producto Omnilife. Es probable también que gastara fuertes sumas en la adquisición de medicamentos basados en plantas medicinales.

En lo tocante a la nula disposición de Doyo para modificar sus hábitos, es interesante subrayar su convicción de que a pesar de tener «azúcar», el padecimiento no le había acarreado complicaciones. Él lo ligaba con el mensaje que recibió en sueños: que él moriría a una edad muy avanzada. Esta actitud se reforzó durante un tiempo considerable, dado el efecto positivo que, fuera de la diarrea, le producía Dolce Vita.

A raíz del agravamiento sufrido dos años después y de estar en riesgo de morir, decidió incorporar el criterio biomédico y por ende someterse a la farmacoterapia, incluso con disposición a adquirir los medicamentos aunque continuaba sin atenderse con profesionales de la biomedicina.

Al

Don Al murió a los 58 años. Durante los meses que lo visitamos permaneció la mayor parte del tiempo en cama. Campesino, estudió solo el primer año de primaria. Analfabeto, costumbrista, vivía con su esposa, una hija adolescente, estudiante de bachillerato, y de manera provisional una nuera

con dos hijos, a quien el esposo, maestro, hijo de don Al, destinó para cuidar al enfermo. Todos los hijos de don Al aportaban mensualmente cantidades variables para la manutención de sus padres. Dijo estar inscrito en el Seguro Popular. La casa, de su propiedad, está situada a unos cincuenta metros al norte del parque central de la cabecera municipal de Tenejapa.

La primera entrevista a don Al fue estando él en cama. Lucía emaciado, sin fuerza, sin ánimo. Relató que la enfermedad empezó entre 2004 y 2005. Durante un año tuvo los síntomas y luego desaparecieron para regresar con mayor gravedad.

Adujo la causa de la enfermedad al consumo desmedido de cerveza. Narró que el día previo a la aparición de los síntomas, entre él y otro compañero se bebieron el equivalente de 800 pesos en bebida. Asumía la enfermedad como consecuencia de malos hábitos y que nada tenía que ver con aspectos religiosos o sobrenaturales.

Se dio cuenta de estar enfermo porque la resaca no amainaba, «se sentía como si siguiera borracho», y esto se prolongó entre 15 días y un mes. Lo llevaron al médico a San Cristóbal y el examen de sangre arrojó una lectura de 800 mg/dl de glucosa en ayunas, lo que en las semanas siguientes fluctuó entre esa cantidad y 350 mg/dl. Le prescribieron insulina y eso le permitió controlarse durante un año y reintegrarse a sus actividades cotidianas.

Al año suspendió la insulina porque insistentemente sus allegados le decían que produce ceguera. Y de hecho perdió la vista, y él pensaba que había sido por la hormona, que se aplicaba cada ocho horas. A principios de 2010 se quedó ciego. Empezó por no percibir claramente rostros, luego a las personas, hasta llegar a la completa oscuridad. Los médicos del centro de salud le dijeron que ese mal no tenía remedio: «Ay, señor, eso ya no tiene medicina, de por sí se acabó su vista, ya no hay nada, ni gota».

Debido a la ceguera, en abril de 2010 dejó de caminar y se postró, negándose a realizar actividad alguna: «¿Cómo voy a trabajar?, ¿Cómo voy a probar? No se puede, es muy malo el ojo que no se ve uno. No se puede dónde ir, si se va uno caminando, se puede chocar en un pared, en una puerta».

En esa primera entrevista se encontraba presente uno de los hijos, profesor, y dio otra versión de los pormenores. Relató que su padre, antes de enfermar, era un tipo robusto, tirando a obeso. Que la enfermedad empezó «como si fuera una tos o gripa; le daba mucha calentura y empezó a bajar de peso». Antes de ir con el biomédico lo llevaron con rezadores, quienes invariablemente diagnosticaban mal echado. Como no mejoraba y enflaquecía, acudieron al médico particular en San Cristóbal, quien tras el examen de laboratorio encontró la glucosa en 400 mg/dl, y los canalizó al hospital regional. Ahí le administraron insulina durante tres días.

Al regresar reanudó su vida normal y ganó peso, pero como tenía cargo de alférez, estuvo obligado a «tomar trago». La tercera vez que don Al se alcoholizó porque «la agarraba por una o dos semanas, no solo un día, esa vez fue caguama la bebida principal», lo llevaron a la Clínica de Campo en San Cristóbal y se quedó internado más de una semana. Al llegar le detectaron 600 mg/dl de glucosa en sangre. «A partir de esa vez ya no se normalizó».

En estas circunstancias le apetecían muchos alimentos, fruta, grasa, cosas dulces, y como aún podía ver, iba a buscarlos y sobrevino de nuevo la elevación de los niveles de glucosa en sangre, y así hubo que internarlo otra vez durante aproximadamente 15 días. Al egresar reincidió en los antojos, se agravó, de nuevo lo internaron y en el hospital les dijeron:

Esta ya es la última vez que lo vamos a tratar, es que él no se cuida. Para la otra, si le vuelve a subir, es que él no se cuida, no se controla, de hecho, ya le explicamos cómo se controla el azúcar, todo eso, pero él creo que no se cuida, por eso cada rato se le está subiendo. Entonces ya es la última vez. Si ustedes lo ven que sube otra vez, ahí que lo tengan ya ahí, porque no podemos hacer nada ya acá.

Y él ya no quiso ir porque no le gustaba que le colocaran la sonda. A partir de entonces se manejó mediante pastillas e insulina, pero volvió a sus prácticas. Subieron los niveles de glucosa. Pero ya no quiso asistir al médico y fue cuando perdió la vista. Ante la idea de que la insulina produce ceguera, el profesor expresó la misma duda que su padre:

Insulina. Es lo que no sabemos. Si vamos con otros doctores es lo que dicen algunos, que la insulina es buena y otros dicen que es mala. Entonces hay una contradicción entre los médicos también. Entonces ya no le ponen más insulina, entonces mejor ponerle esta pastilla para que no la haga daño a sus ojos.

En la familia de don Al son en total 10 hijos, siete de la primera mujer y tres de la segunda, con quien compartió hasta el final de sus días. Las dos hijas más jóvenes aún viven en la casa y estudian. La manutención corre por cuenta de algunos de los hijos. La alimentación de don Al se basaba en «huevo estrellado, bastante pozol, palomitas, fruta, de preferencia plátano y mango, y café con azúcar. Antes comía chorizo, pero se lo quitaron».

El profesor puntualizó que cuando le preguntaban a su papá si alguna comida «le caía mal» siempre respondía que no, y eso no les permitió evaluar qué alimentos le afectaban los niveles de glucosa. Al indagar sobre el estado anímico del enfermo, el profesor expresó que su papá llevaba meses sumido en la tristeza, por lo que «ya no quería hacer nada». Tristeza que se profundizaba cuando le negaban algún alimento que pedía. También padecía insomnio, pero aunque no dormía por la noche, lo hacía varias horas al día.

Durante el acompañamiento, desde agosto de 2010 hasta marzo de 2011, año en que falleció, la constante fue detectar glucosa en sangre superior a 600 mg/dl. El glucómetro marcaba siempre «Hi». En este lapso además de visitarlo quisimos apoyarlo con el manejo farmacológico y dietético. En primera instancia accedió a aplicarse insulina, indicada en dos horarios; sin embargo por problemas internos de la familia solo se le aplicaba una vez, ya que la hija preparatoriana encargada de la inyección entraba a clases a las ocho de la mañana, y pensaba que era muy temprano para inyectarlo. Después de explicar el beneficio de hacerlo dos veces y de seguir la instrucción, el estado general de don Al mejoró, desde agosto hasta principios de noviembre en que la glucemia fluctuó entre de 404 mg/dl y 574 mg/dl.

En una visita hecha a mediados de noviembre encontramos a don Al y a su esposa totalmente ebrios. Su nuera estaba molesta por no haberse

percatado del momento en que la esposa introdujo la bebida. En la glucometría realizada a la semana siguiente, el resultado indicaba de nuevo «Hi». Se le insistió para continuar con el tratamiento de 30 ui cada ocho horas, pero esto no fue atendido y más bien lo suspendieron.

A principios de 2011 su glucemia disminuyó a 476 mg/dl. Ese día lo visitaba uno de los hijos que vive en la Ciudad de México, esposo de la nuera que atendía al enfermo. En plática informal y en tono molesto y altisonante, el hijo expresó su desaliento y enojo con el desempeño de su padre en el manejo de la diabetes. Dijo sentirse con la obligación de cumplir con el apoyo que todos los hermanos le brindaban a su papá, y que a él, por estar en la Ciudad de México, lejos, sus hermanos lo presionaban para tener presencia constante, razón por la cual envió a su esposa a cuidarlo.

Expresó que su papá no tenía ningún cuidado, que no le importaba controlarse ni medicarse, que cuando él (el hijo) estaba en Tenejapa, don Al dejaba de comer los alimentos que le hacían daño (lo cual es evidente en su glucometría, ya que aun cuando no se estaba aplicando la insulina, arrojó una lectura glucométrica de 476 mg/dl, muy por debajo de todas las lecturas anteriores), pero que en cuanto se iba, su papá reincidía y consumía todos los alimentos que le elevaban la glucosa. Cuando nos acercamos a platicar con don Al, se rehusó a recibirnos.

Una semana después visitamos de nuevo a don Al, lo hallamos prostrado y emaciado, solo nos dirigió la palabra para decirnos que ya no se aplicaría más la insulina. Y murió a principios de marzo.

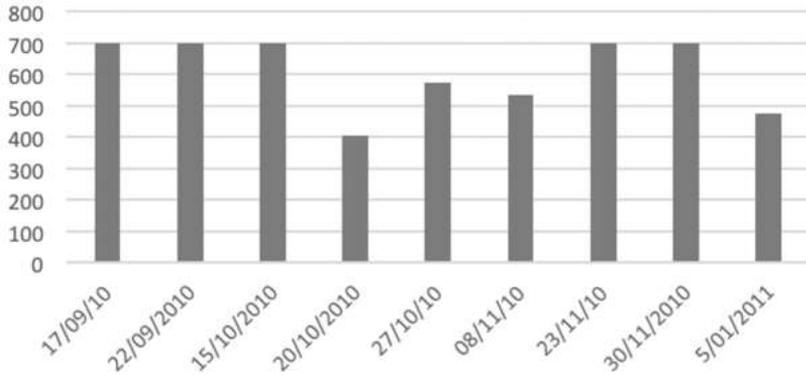
Aunque durante el seguimiento sostuvo que no tomaba refrescos, entre los comentarios finales dejó dicho que nunca estuvo dispuesto a dejar el refresco.

Análisis

Debido a la ceguera, don Al reestructuró su relación con el mundo y se convirtió en el motivo de la tristeza que lo acompañó hasta el final de sus días; fue lo que para él le impidió trabajar y disfrutar en sentido amplio de

la movilidad. Lo sumió en un marasmo total que lo llevó incluso a negarse a abandonar el lecho y esperar airado la muerte.

Gráfico 7.5. Al, glucemia casual



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Lo anterior nos demuestra que mediante la decisión de no levantarse más del lecho, don Al optaba por morir lo antes posible, ya que en su parecer el regusto de la vida estaba intrínsecamente ligado a la libertad de movilidad, a no sentir ninguna restricción, y su ceguera implicó depositar las decisiones sobre su vida en terceros, básicamente sus hijos, principalmente en lo relacionado con los placeres del gusto y la embriaguez.

A pesar de la innegable gravedad de la diabetes que le aquejaba fue evidente su renuencia a acatar las indicaciones del operador biomédico, lo cual en repetidas ocasiones lo llevó a hospitalizarse y, finalmente, a ser rechazado en la institución médica. Lo que aquí se cuestiona es que se recurrió a la culpabilización del enfermo como justificante para negarle la atención, cuando en realidad si lo estipulado en la norma se cumpliera a cabalidad la estrategia correcta era el seguimiento y acompañamiento domiciliar del enfermo, apoyo psicológico tendiente a educarlo a él y a sus cuidadoras, una consejería constante y oportuna inclinada a evitar el riesgo

de las complicaciones, ofreciendo con ello la alternativa de vivir con diabetes, en contraposición a sufrir de diabetes.

Otro elemento que influyó en su rápido deterioro fue la constante referencia al sufrimiento ocasionado por renunciar a ciertos alimentos proscritos de la dieta, aunque al final de sus días se dejó llevar sin restricciones e impulsivamente por sus apetencias, ingeniándose las para que a escondidas su esposa introdujera en su lecho pox, cerveza, refresco, frutas y dulces.

Aunque se habla en primera instancia de una atención proporcionada por terapeutas tradicionales, en realidad al parecer pesó más la orientación biomédica de sus hijos, por lo que la postura de don Al en lo que atañe al control de su DM se expresa totalmente extrapolada frente a la imposición de un régimen biomédico que al menos en teoría no permitía concesión alguna y que buscaba ser concretado en el cuidado de sus hijos y de su nuera.

Así, un factor que, desde el punto de vista de la biomedicina, implica la responsabilidad de cada individuo por disciplinar sus hábitos alimenticios, se torna crucial dentro de la problemática de la diabetes. En efecto, el sufrimiento por restringir un tipo de alimentación a la que se está acostumbrado no es ni con mucho un tema trivial ni aislado. Se observa que en cualquier contexto este tema constituye uno de los nudos problemáticos del control de la diabetes que envuelve un gran sufrimiento emocional. Resulta paradójico al respecto que fueran sus propios hijos los emisarios encargados de hacer que su padre se disciplinara sin que hubiera en el proceso ninguna suerte de mediación. Es también irónico que el consecuente e inevitable deterioro de don Al también contribuyó a la pérdida de todo su deseo de vivir.

Antogi

Hombre tseltal, murió en 2011, a los 67 años. Cursó la primaria completa, leía y escribía. Ocupó un puesto destacado dentro de la jerarquía religiosa tradicional «*Na'il* que es como jefe de todos los alféreces». Trabajó durante

21 años como vigilante en la escuela secundaria del poblado jubilándose en octubre de 2006 con una pensión mensual de \$3000.00; tenía Seguro Popular y servicio médico del ISSSTE, a los que no asistía. Se controlaba a base de metformina de 850 mg que compraba en una farmacia de genéricos en San Cristóbal.

Padeció azúcar durante 15 años. Adujo como causa que ingería alcohol en demasía y aunque comía bien, empezó a perder peso rápidamente. Cuando se sintió extremadamente cansado se preocupó, asistió con un médico privado en Comitán, donde le confirmaron su padecimiento. Según recordaba, el examen arrojó 360 mg/dl.

Recordaba que el médico le indicó medidas dietéticas: «no coma esto, no coma lo otro...» y le dijo que la enfermedad no tenía cura, solo control. Fue la única vez que lo visitó. Suspendió el consumo de alcohol, que antes de eso ingería «hasta caer». Asimismo, dejó el caldo de pollo, solo comía tres tortillas o tostadas. Antes de morir ya no disfrutaba los alimentos, comía «de poquitos todo el día», en ocasiones pan o galletas.

Durante dos años recurrió a la orinoterapia para controlar su glucosa. Supo de esta terapia por televisión y por radio, también por trípticos que circularon en el pueblo. Lo hizo «porque no es comprado». Tomaba la orina directa, sin diluir. Lo hacía cada vez que orinaba.

En otro momento intentó el control con Hemostyl, del que también supo por medio de la televisión. Pero luego de tomar el compuesto durante un tiempo empezó a padecer diarrea y logró controlarla con Terramicina, que solía tomar cada que cursaba con un cuadro semejante. En repetidas ocasiones recurrió a las hierbas pero no recordaba la mayoría de los nombres, tan solo una denominada en tselal *chich* y otra *trik trik*, ambas plantas provenientes de tierra caliente.

A pesar de ser rezador, nunca visitó a alguno ni se rezó a sí mismo, «porque esa enfermedad no es de rezo». Sin embargo, era de la idea de que la enfermedad llega «porque Dios así lo quiere, y da y quita la vida como quiere». Mencionó que las enfermedades que requieren rezo empiezan por sueños de caídas, que implica que el *ch'ulel* se pierde. Y con el azúcar en ningún momento tuvo ese tipo de sueños.

En contraste, él especulaba y hacía suposiciones acerca de la naturaleza de la diabetes, que le provocaba interrogantes para las que no hallaba respuesta por las contradicciones que su propia experiencia le generaba. Sobre lo anterior relató:

Por esa azúcar bien siento que está dentro de la sangre, no afuera, sino adentro de la sangre, porque cuando empecé, como bien, siento bien, al rato vuelve a tener hambre, pero ¿dónde va la fuerza de esa comida? Pero comía yo bien, comía yo bien y empecé a bajar, bajar, bajar. ¿Pero dónde se va? Parece que tiene gusano adentro, que termina la fuerza de nuestro alimento. Eso es lo que pienso yo solito. Pero no afuera adentro de la sangre. Pero debe de tener. Por eso te digo, no hay rezador lo que necesita. Necesito yo alguien que lo estudia bien el sangre. Cómo se puede controlar. Debe tener medicina, pero no sé si los científicos lo están estudiando.

Pensaba que el inicio de la DM en Tenejapa estaba ligado a los alimentos enlatados, las botanas, los refrescos y la cerveza, a lo cual simultáneamente le confería una dimensión histórica, así como ciertas representaciones sociales basadas en su propia experiencia. Al hablar de estos temas, sin embargo, él mismo se declaraba inevitablemente partícipe. Explicó:

Ahorita es lo que más escucha, porque por eso digo yo, aunque no me creas, mira algún alimento que viene enlatado o algo, porque antes no se escucha. Porque no había refresco, no había cosas enlatadas. Nadie comía esas cosas. Porque ahorita ya estamos comiendo puro químico. Por ejemplo, repollo, tiene mucho químico, por ejemplo, papa, parecen muy bonitas, pero ya está químico, pollos de granja, porque hay también, parece, carne de res, que también ya hay granja. Así que ya no. Ahora en el campo ya es puro fertilizante para el maíz, es puro fertilizante.

Aproximadamente, ahorita te digo, como, como de año de 70 por ahí ya llegó (todos esos alimentos), porque antes a San Cristóbal llegaba muy poco, porque tenías que traer cargando hasta acá. Pero ya llegó aquí la carretera y llegó hasta la ranchería... Ahorita hay más negocio, empezamos a comer ya a veces no

quieren hacer tortilla en el comal, puro comprado. Pobre niño ahorita es puras Sabritas.

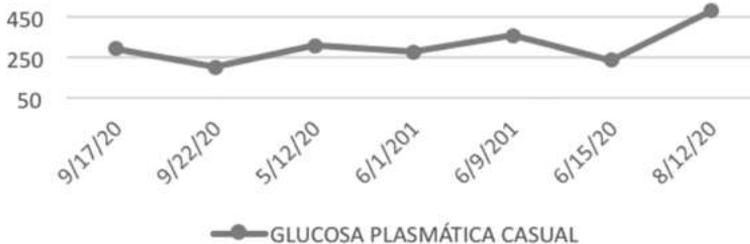
Hace su tortilla mi esposa, pero yo digo que ya es químico, porque compramos el maíz, sembramos un poquito para nuestro elote, tengo un pedacito en La Cañada, para mi elote. No es como antes que sembrábamos hectáreas para maíz para todo el año, pero empecé a utilizar fertilizante. ¿Para qué te voy a mentir? empecé a utilizar fertilizante.

Don Antogi vislumbraba su muerte en el corto plazo y se refería a ella con suma resignación. Lo único que lo ponía «medio enojado y triste» era tener que restringirse con los alimentos. Finalmente decidió comer de todo, aunque se muriera.

En mayo de 2011 inició con edema profuso de miembros inferiores y glucemia de hasta 359 mg/dl, a su tratamiento a base de metformina agregó glimepirida de 4 mg. Él expresaba que lo que más deseaba eran analgésicos, pues los pies le dolían bastante.

Ante la sugerencia de llevarlo al médico reaccionó indicando imperativamente «no quiero nada de médicos, no me han ayudado para nada, si Diosito ya me está llamando estoy dispuesto a morir». Falleció el 17 de agosto de 2011.

Gráfico 7.6. Antogi. Glucosa plasmática



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Análisis

Era evidente la distinción subjetiva que Antogi hacía entre las enfermedades «que requieren de rezo y las que no», siendo para él estas últimas las «naturales», y en ese grupo ubicaba la DM.

En este tenor, aunque por la forma de entender y atender su DM don Antogi refiere haber seguido los preceptos de la biomedicina, en realidad por todo cuanto narra y lo que pudo constatar se infiere que él lo hizo para evitar lo más posible el contacto con los profesionales de la salud, lo mismo que las engorrosas gestiones que él suponía en el proceso.

Para lograr controlar su glucemia echó mano de las indicaciones iniciales que recibió del médico, además de realizar lecturas que lo llevaron a intentar diferentes terapéuticas. Es posible que eso le haya permitido mantenerse por un lapso considerable con su diabetes.

Por otra parte, padecer DM por tiempo prolongado derivó en tedio y desgaste emocional, sobre todo ante las limitaciones alimentarias. El no apego a la dieta y la automedicación en que incurrió a la larga dieron lugar a las complicaciones, por lo que finalmente desistió de proseguir con la lucha por mantenerse vivo.

Sobre lo dicho, resulta digno destacar que al final Antogi asumió que su destino había estado siempre en las manos de Dios y fue esto lo que le dio aliento y consuelo al optar por dejarse morir. El dramatismo manifiesto en el desenlace de su historia, con mayor nitidez que en otros casos documentados, nos habla de lo difícil que puede resultar vivir una experiencia como la diabetes, máxime si esta, a pesar de las medidas de control que él mantuvo, transita por fases de un creciente desgaste físico, que finalmente deriva en un desgaste emocional extremo.

Por último, cabe mencionar la riqueza de las representaciones que él expone en torno al origen y advenimiento de la DM en Tenejapa; Antogi construye un imaginario que encierra sólidos fundamentos históricos del gran porqué de la problemática, así como de la imposibilidad de estar a salvo de los severos impactos de la modernidad.

Matez

Mujer tselal de 64 años, de edad aparente a la cronológica, delgada, de carácter suave y generalmente sonriente. En los antecedentes familiares destaca la presencia de azúcar en su padre, un hermano y un sobrino. Es casada, analfabeta, monolingüe, de religión tradicionalista.

Su esposo es un connotado anciano. Regularmente tiene mandato religioso y es rezador. Viven de la agricultura. Ella se dedica a las labores del hogar, tejido, bordado y algo de trabajo en la milpa. Tienen Seguro Popular. Esta familia se caracteriza por el gran apoyo que la enferma recibe del esposo, los hijos y las nueras.

El hijo menor padece epilepsia del tipo gran mal, y eso a ella le afecta en demasía. Le da mucho miedo que el muchacho muera durante una crisis sobre todo cuando son continuas e incontrolables, además de la impresión que le causa el hecho mismo de las caídas y convulsiones.

Los síntomas iniciales del azúcar se presentaron en diciembre de 2009. Se dieron cuenta porque se le secaba mucho la boca y tenía mucha sed, no tenía fuerza, ya no podía caminar en las subidas y sentía «mucho calor en su corazón».

Tanto ella como su esposo consideran que la enfermedad del azúcar no es de rezo sino de medicinas o plantas. Así que ante la sospecha de azúcar el esposo directamente la llevó al laboratorio a hacerse análisis. Nadie les dijo que podía ser azúcar, mencionaron que lo sospecharon porque «saben que así pega esa enfermedad». Eso lo han escuchado de otras personas que la padecen. El examen de laboratorio arrojó 400 mg/dl.

La trayectoria se caracterizó en un inicio por consultar a un médico particular en SCLC, y por la toma de una hierba a la que denominaron marco o hierba mora, también níspero y ciprés. Con eso y con la pastilla que el médico le recetó, la glucosa se normalizó y se controló durante un tiempo. Pero un par de meses antes de la entrevista se lastimó un pie y eso la preocupó. La glucemia aumentó, volviendo a presentarse los síntomas iniciales. Se da cuenta de que el azúcar le sube porque se siente débil.

Relata que nunca ha tomado refrescos, ya que con el gas le duele el abdomen. Sus hijos sí los toman, pero no con frecuencia, no es una práctica valorada en su familia.

Su dieta está conformada por carne, pollo de rancho, verduras, frijol, punta de chayote, calabaza, cuatro o cinco tortillas en cada comida, a veces más, solo toma pozol agrio. No consume pox, de hecho cuando su esposo por el cargo asiste a las ceremonias, guarda en un «cacho» todo el pox que le ofrecen y luego lo regala.

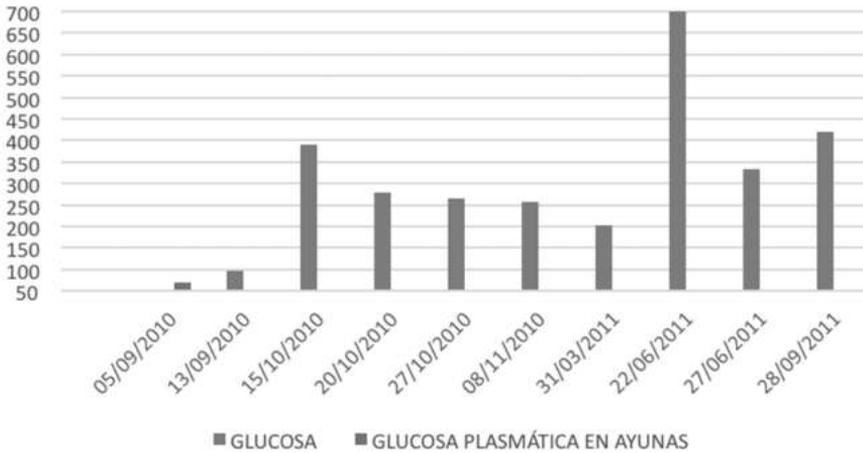
El esposo está pendiente de que la señora siga el tratamiento y la dieta al pie de la letra. Sin embargo, y a pesar del empeño que la familia y la enferma depositan para el control de la enfermedad, la glucemia generalmente aparece elevada. Se han intentado combinaciones de medicamento sin buenos resultados.

A partir de enero de 2011, después de haberlo sugerido a la familia, accedieron a acudir al centro de salud. Con el tratamiento instituido en un principio con metformina de 850 mg como medicamento base, la glucemia disminuyó considerablemente. La lectura inicial fue de 98 mg/dl en ayunas el 3 de marzo de 2011.

Desde esa fecha asiste mensualmente en ayunas a consulta y le realizan una glucometría. Como medida alternativa instruimos a su nuera en el uso del glucómetro. Entre el 24 de junio de 2011 y el 10 de agosto de 2011 se logró mantener la glucemia en límites aceptables con un promedio de 127 mg/dl.

Poco después se presentó un nuevo incremento de la glucemia. El problema estribó en que, dada la evidente elevación de la glucemia en ayunas (>200 mg/dl), la participante requería un segundo medicamento, pero pasaron varios meses antes de que fuera prescrito. Incluso con el objetivo de que se le aumentara el fármaco, a la médica se le hizo llegar la hoja en la que estaban registradas las lecturas semanales del glucómetro familiar, pero la respuesta fue un airado rechazo con el siguiente argumento: «Yo soy la médica y no acepto que nadie más intervenga».

Gráfico 7.7 Matez. Glucosa plasmática en ayunas y casual



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Con base en el resultado positivo que otras participantes han tenido con un procesado de *Aloe vera*, se le sugirió tomarlo y durante algún tiempo pudo controlarse la glucemia. Sin embargo, con el reinicio de las crisis epilépticas de su hijo menor, la glucosa volvió a subir. Frecuentemente la lectura arrojaba cifras dentro de límites normales, pero de vez en cuando se registraban algunas por arriba de los 500 o 600 mg/dl, con la singularidad de que la participante no sintió ni manifestó malestar alguno.

Tanto ha sido el empeño por controlar el padecimiento que a finales de 2012 aceptó incorporarse a uno de los grupos de ayuda mutua para diabéticos (GAM) que se han organizado en el municipio.

A pesar de que el tema de la irregularidad en la glucemia de Matez fue abordado por los médicos encargados de su atención, no se logró que se modificara el esquema. A todas luces, la persistente hiperglucemia es indicativa de que el tratamiento requiere ajustes y no necesariamente en el orden de la medicación. Por ejemplo, no se le ha recetado insulina por no formar parte del cuadro básico del centro de salud, pero tampoco se ha

hecho algo para canalizarla al segundo nivel de atención y resolver el escollo de la hiperglucemia.

Finalmente, la familia optó por acudir al médico particular en SCLC con quien hasta el término del seguimiento logró el control de la glucemia.

Análisis

De entre todos los casos de Tenejapa, el de Matez se caracteriza por haberse sujetado exclusivamente a la atención biomédica, con apoyo en un segundo plano de herbolaria medicinal. Esto no fue resultado de una decisión personal. El esposo decidió que ese sería el derrotero a seguir. En tal sentido, la vida de Matez se enmarca en el de una familia en la que predomina la noción de que la DM es un padecimiento sin relación con causas sobrenaturales. En ello parece haber influido el hecho de que estaban familiarizados con la DM por las experiencias que conocidos habían enfrentado.

Cabe mencionar que desde un principio optaron por los servicios privados, tanto para exámenes de laboratorio como para la medicación. Fue a partir del periodo de trabajo de campo cuando los propios investigadores instamos a la familia a atenderse en el centro de salud local. Y al hacerlo nos dieron pie para observar las limitaciones y malas prácticas del sistema de salud público.

Así, fue posible documentar el manejo ineficiente de los pacientes por parte del centro de salud, que acusa fallas en términos de dotación de recursos, de las agendas burocráticas y de ausencia de capacitación del personal de salud. También se pudo advertir el autoritarismo y la arrogancia de algunos médicos. A partir de las observaciones anteriores se explica por qué mucha gente del municipio evita acudir a estas instancias. En esa misma medida tampoco resulta extraño, ni mucho menos una decisión aislada, que se busque ayuda médica en el sector privado.

En el caso de Matez sobresalen dos aspectos: por un lado, la colaboración de toda la familia en lo concerniente a los medios para el control y seguimiento médico; por otro, el efecto de la labilidad emocional sobre

los niveles de glucemia a raíz de las crisis epilépticas del hijo menor, y el temor de que se presenten, se lastime o incluso muera en un episodio. La situación la mantiene en un estado de estrés casi constante y se refleja en una hiperglucemia elevada que solo remite cuando Matez está tranquila, independientemente de las medidas adoptadas para mantener bajos sus niveles de glucosa.

Lo anterior es un ejemplo de cómo las vicisitudes cotidianas en el seno de las familias pueden ser un impedimento para el manejo adecuado de las emociones. Esto es un llamado de atención al hecho de que un padecimiento como la diabetes no atañe exclusivamente a una persona sino a un contexto social cuyos lazos de afectividad también participan en la configuración y vivencia de la problemática.

Maint

Al momento de la entrevista Maint tenía 26 años. Soltera, con la preparatoria terminada, vivía con sus padres y trabajaba despachando en la papelería de un hermano donde ganaba \$400.00 mensuales. Tiene derecho a los servicios médicos del ISSSTE por su papá, pero no se ha inscrito por ignorar su derecho. Nació en Cañada Grande, Tenejapa, pero desde muy pequeña radica en la cabecera, en la misma casa. Es diabética insulinodependiente. No tiene religión.

Inicialmente le daban la insulina en la Clínica de Campo del IMSS-Progresista en San Cristóbal, pero hace cinco años le dijeron que no le darían más. A partir de entonces la compra. Al momento de la entrevista la pagaba en \$340.00 con duración aproximada de dos semanas. Es obvio que el salario no le alcanza para la insulina. Sus hermanos la apoyan con el pasaje y dinero para comprarla. Su sueldo es para ella. Ha asistido a control a la UMR, donde le han dado metformina, pero no insulina. Le realizan glucometrías y sus registros oscilan entre 170, 200, 150 mg/dl.

Recientemente se inscribió en el Seguro Popular para obtener insulina gratuita; sin embargo, al momento de la entrevista no se había acercado aún a la clínica del IMSS-Progresa en San Cristóbal para solicitarla.

Su padecimiento inició a los 16 años:

Sí. Sí, hace ocho años que me empezó esa enfermedad. Estaba yo en el salón (en prepa) cuando me empezó. Me empecé así a marear, tenía yo ganas de vomitar y tenía yo ardor para orinar. Así me empezó, con calentura.

Estuve como una semana mal, que ya no me levantaba yo, me adelgacé, porque yo era gordita, me adelgacé, ya no me levantaba de la cama.

Me fueron a ver mis familiares a mi cuarto, ¿qué iban a hacer conmigo?, ¿que si quería yo ir a la clínica? Al hospital, pues. Que me preguntaron si yo quería ir al hospital. Yo dije que sí.

Y ahí se enteraron que ya era yo diabética porque ya tenía mi glucosa en 817.

Me pusieron insulina. Primero fue en suero, en mi brazo, y cuando ya no jalaba, acá y acá [se señaló varios lugares en los brazos].

En su casa ya se sospechaba que podía ser azúcar, pues su padre era diabético. Los días que estuvo en casa en cama le administraron algunas tisanas sin efecto sobre la enfermedad.

Al darla de alta del hospital le prescribieron 20 ui de insulina diaria en ayunas, dosis que hasta el momento de la entrevista mantenía.

Relató que cuando el cuadro clínico inició no estaba afectada por ninguna situación emocional. Al inquirir sobre los hábitos de alimentación previos a la enfermedad describió que por las mañanas, antes de ir a la escuela, desayunaba algo en su casa: frijol, huevo, café, pan. El resto del día se alimentaba con dos o tres refrescos de 500 ml (Coca-Cola®) y de dos a tres bolsas de Sabritas. Hábito que sostuvo desde la primaria hasta el día en que inició el cuadro diabético, a los 16 años, cuando cursaba el tercer semestre de preparatoria. Actualmente se alimenta a base de verduras, poca tortilla (dos), pan blanco (Bimbo).

Con la enfermedad todos sus planes de vida se vinieron abajo. Aunque pudo terminar la preparatoria, no siguió estudiando pues, aunque lo

deseaba, sus padres no lo permitieron por temor a que estando lejos de Tenejapa se cayera en la calle por la debilidad de sus pies y piernas. Por eso tampoco puede hacer deporte o bailar.

Vivir con la enfermedad ha sido muy difícil. Cuando se le sube la glucosa sufre de dolores de cabeza y de espalda. Sabe que se le sube el azúcar cuando le da mucha sed, y lo resuelve tomando una pastilla de metformina sin modificar la dosis de insulina, y con eso se le regula.

Un factor que ella considera central en las fluctuaciones de la glucemia es la frecuente tristeza que la aqueja. Sus causas más importantes son el agravamiento periódico de su padre y «porque la vida es injusta, porque uno se enferma, porque no hay curación, algún medicamento que lo quite». Además tiene la seguridad de que nunca se casará, algo a lo que da mucha importancia, y esto para ella se ve reforzado por el hecho de que el último novio que tuvo rompió la relación con ella a causa de su enfermedad.

Lo único positivo que entrevé es el apoyo que recibe de sus hermanos para el manejo de su enfermedad y la oportunidad de trabajar y ganar algo para sus gastos familiares, al margen de que ellos absorben los gastos de traslado y el costo del medicamento para el control de su glucemia.

Análisis

En el caso de Maint destaca la claridad sobre la causa directa de su padecimiento al describir los pormenores de sus prácticas previas a la enfermedad. A través de la experiencia y de lograr el control a partir de insulina y metformina configura una subjetividad inmersa en los criterios biomédicos.

Asimismo, la fragilidad, resultado de la deficiencia hormonal, la ha llevado a estigmatizar su propia fuerza física, al grado de renunciar a una vida sana a la cual tendría acceso como la mayoría de diabéticos insulino-dependientes, cancelando su vida social, las expectativas de estudio, de matrimonio y familia, quedando sometida a un estatus de dependencia que es retroalimentado por su familia.

Así, su joven vida, desde la subjetividad-intersubjetividad que ha forjado con su experiencia está marcada por la soledad y la ausencia de expectativas en torno a establecer una relación de pareja y conformar su propia familia no solo por las limitaciones que se impone, sino también por la carga estigmatizadora que su propio padecimiento le confiere sobre todo entre sus familiares y pares etarios.

8. Sufrir de azúcar en Chamula

Metodología

Debido a las dificultades inherentes del municipio en su relación con los *kaxlantik* (no indígenas), no se realizó una encuesta casa por casa y tan solo se hizo el seguimiento de un caso, dadas las expectativas de los sujetos por recibir ayuda en especie para subsanar la diabetes, lo cual estaba totalmente fuera de nuestras posibilidades.

Inicialmente se trabajó con sujetos provenientes de las redes de conocidos de los investigadores, y posteriormente se incorporaron otros de las redes de los primeros. Se realizaron 22 entrevistas y solo se documentó una trayectoria.

Ámbito y recursos para la salud

Localización

Igual que Tenejapa y San Cristóbal de Las Casas, Chamula está situado en el altiplano central de Chiapas en la región V Altos (anteriormente II). La cabecera municipal se ubica a 2260 msnm. En el municipio predomina el clima templado subhúmedo con lluvias en verano, aunque en las estribaciones al poniente puede ser caluroso; se caracteriza por un paisaje

montañoso con manchones de bosque de coníferas (pino, encino) y pastizales debido al arrasamiento de bosques para la producción agrícola (milpa y hortalizas) y la venta de madera y carbón (INAFED 2010).

Chamula limita al norte con Larráinzar, Mitontic y Chenalhó, al oriente con Tenejapa, al poniente con Ixtapa y al sur con Zinacantán y San Cristóbal. Tiene una extensión de 82 km² (INAFED 2010).



Mapa 2. Chiapas, región Altos; Chamula

Fuente: Tomado de <<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07023a.html>>.

Demografía

En 2010 la población del municipio fue de 76 941 habitantes; con un tamaño promedio por familia de 4.8 integrantes, 100% de los cuales son maya-tsotsiles, y el tsotsil es el idioma de uso predominante.

El mismo año 94.8% del total de la población fue considerada dentro del índice de pobreza, de la cual 25.1% presentaba pobreza moderada y

69.7% pobreza extrema. Estos datos contrastan con la riqueza que se observa en algunos parajes y en la cabecera municipal, reflejada en ostentosas residencias, una vasta red de negocios, así como elegantes autos y camionetas del año.

Servicios

En 2010 el rezago en educación ascendió a 55%; 50.8% de la población no tenía acceso a servicios de salud, mientras que 96% de los habitantes carecían de los servicios básicos (agua entubada, drenaje, electricidad, etc.) (INAFED 2015).

A diferencia de la mayor parte de las localidades de la región, pudimos observar que la población de la cabecera tiene acceso a servicios de agua entubada, drenaje, electricidad, teléfono alámbrico y señal para celular.

Economía

Históricamente el municipio ha sido expulsor de mano de obra. Primero para la producción agrícola, especialmente café, en la tierra caliente; y en la actualidad en la industria de la construcción, en Tabasco, la Ciudad de México y la península de Yucatán. La migración es sobre todo a Sinaloa y Sonora, para trabajo agrícola, así como a Tijuana para emplearse en la industria de ensamblaje de piezas eléctricas. También migran a Estados Unidos para actividades diversas.

En la actualidad la economía en Chamula se centra en la horticultura para el comercio, elaboración de artesanías, producción de maíz para el autoconsumo, además del comercio de productos industrializados. Predominan un centro de distribución de Coca-Cola®, otro de Pepsi, venta de materiales de construcción, ferreterías, farmacias, consultorios odontológicos y venta de artesanía, regional e internacional.

Por su parte, la migración internacional impacta tanto en la economía de San Juan Chamula como en la de los Altos y la del estado.¹ Un ejemplo es el aumento de actividades comerciales basadas en la compra de vehículos de carga que han permitido a los chamulas comerciar todo tipo de mercaderías a lo largo y ancho del municipio, así como a otras zonas de la entidad.

Del mismo modo, hay hombres que regresaron de Estados Unidos con importantes sumas de dinero y establecieron tiendas de abarrotes y/o depósitos en los que ofertan alimentos y bebidas industrializadas, entre los que resalta la Coca-Cola®. Otros han incursionado en el negocio de distribución de tortillas de Maseca. Han tenido tanto éxito estas empresas que han monopolizado el abasto en algunas colonias de San Cristóbal y parajes de San Juan Chamula, convirtiéndose por tanto en personas económicamente poderosas.

Las actividades extralegales, otro referente de cambio económico

De manera paralela, y en ocasiones interdependiente, se puede hablar de la adopción de ciertas prácticas económicas de carácter ilícito como un fenómeno que también matiza los procesos socioculturales que enfrentan los chamulas. Sobresalen actividades como el narcotráfico, que a pesar de haber comenzado como narcomenudeo hoy supone la inserción de muchos chamulas en amplias redes de distribución de drogas, así como el tráfico de armas, el hurto de automóviles, la piratería, la tala de árboles y el comercio con madera.

Con relación al fenómeno migratorio hacia los Estados Unidos sobresale que muchos chamulas sean «polleros», es decir, que gestionan el paso de migrantes hacia puntos intermedios del país, de la frontera norte o de los Estados Unidos, e incluso les tramitan empleos. Esta actividad no solo

¹ Hacia 2007, San Juan Chamula ya figuraba entre los principales municipios chiapanecos receptores de remesas monetarias provenientes de los Estados Unidos (COESPO 2007, en Freyermuth y Meneses 2007).

contempla como clientes a los chamulas o a otros indígenas de la zona, sino incluso a personas de diversas regiones del estado, así como a centroamericanos que han cruzado la frontera sur y cuyo destino está marcado también por el país del norte.²

Los chamulas y las políticas públicas, otro referente de la economía

Por décadas, las diversas políticas públicas emprendidas tanto desde el nivel estatal como federal en favor del desarrollo y bienestar de las comunidades han tenido una fuerte presencia e impacto en la vida de los chamulas. Cabe mencionar la relación paternalista, clientelar y sobre todo utilitarista que por lo general los chamulas han desarrollado con las instituciones gubernamentales al captar diversos beneficios sin que se les exija puntualmente una participación de mayor compromiso con los objetivos contemplados por ciertos programas sociales. Sin pretender ahondar en la complejidad de este fenómeno, basta señalar aquí que muchos de los beneficios económicos otorgados a los chamulas pueden ser también pensados como fuente de ingresos extra para los grupos familiares y/o domésticos que han adoptado ciertas estrategias para captarlos. En términos generales estas se basan principalmente en múltiples formas de presentar estereotipos relacionados con su etnicidad y pobreza que a su vez involucran procesos internos entre los grupos domésticos y/o socioparentales que a menudo resultan conflictivos entre sus miembros.³

² Acerca de estos últimos, se nos ha comentado por ejemplo que durante los días previos a la llegada de las antorchas guadalupanas de peregrinos que se dirigen al santuario de la Virgen de Guadalupe en San Cristóbal de Las Casas, algunos chamulas los transportan desde zonas fronterizas hasta San Juan Chamula para que pasen de manera inadvertida ante las autoridades migratorias. En ocasiones, los centroamericanos en tránsito se disgregan, pero en otras son los propios chamulas quienes los llevan a puntos más distantes de la frontera sur, incluyendo el cruce de la frontera norte.

³ Por ejemplo, hay mujeres que eventualmente despojan a sus nueras de sus hijos para acaparar los beneficios del programa Oportunidades, que otorga becas escolares.

Atención a la salud-enfermedad

Sobre la atención en salud, el CONEVAL (2010) reportó la presencia de 12 unidades médicas activas en el municipio en las que laboran 30 personas a las que se denomina «personal biomédico», que varía entre operadores médicos y personal auxiliar. Dos de las unidades médicas, las mejor dotadas, una clínica hospital de primer nivel del ISECH y una UMR del programa IMSS-Progresa, están en la cabecera municipal.

Alimentación

Como en todos los Altos de Chiapas, una parte importante de los alimentos consumidos en Chamula provienen de la milpa (maíz, frijol, haba, verduras) y el solar (cría de animales de corral, como aves y conejos). Cada domingo, y en festividades, se puede acceder al mercado que se instala en la explanada central de la cabecera. Ahí es posible adquirir verdura, fruta y distintos tipos de carne, alimentos chatarra, enseres domésticos industrializados, objetos rituales (velas, *pom* ‘copal’, etc.), ropa, lana cruda y tejida; además, el poblado cuenta con numerosos tendejones y pequeños supermercados, donde los chamulas adquieren principalmente comida industrializada (refrescos, embolsados, latería y galletas).

A pesar del panorama arriba mostrado, en el perfil alimentario presentado por CONEVAL, 31 % de la población del municipio tuvo en 2010 limitaciones para el acceso a una alimentación adecuada (SSPPE 2010).

Epidemiología

Igual que en Tenejapa y debido a lo poco confiable de las estadísticas proporcionadas por el sector salud — solo registros al interior de las instalaciones— revisamos los libros del Registro Civil del municipio para obtener

información sobre mortalidad. Cabe agregar que de inicio el ingreso al archivo municipal del registro nos fue negado, hasta que un año más tarde y mediante una orden proveniente de Tuxtla Gutiérrez logramos que a regañadientes se nos permitiera el acceso.

La revisión de actas de defunción abarcó el periodo 2008-2014. Se observó que los documentos contenían menos datos ligados a decesos en comparación con Tenejapa. Tomando en cuenta que es en Chamula donde se da el mayor consumo de Coca-Cola®, otros refrescos y cerveza, la mortalidad por DM registrada fue mucho menor que, por ejemplo, en Tenejapa; sin embargo, a partir de la sistematización de las actas de defunción se hicieron diversos análisis que permitieron profundizar en el tema.

En primer término (véase cuadro 8.1), en 2008 la DM fue la séptima causa de muerte con una tasa de 0.14 por 1000 habitantes. No obstante, un hecho que llama la atención es el número de defunciones registradas por insuficiencia renal, que aparece como quinta causa con una tasa que asciende a 0.33 por 1000 habitantes, y dado que algunos diabéticos mueren por ese padecimiento, esta combinación se colocaría como tercera causa de muerte en Chamula en ese año.

Por otro lado, tenemos lo que puede clasificarse como subregistro por omisión con las defunciones categorizadas como falla orgánica múltiple que para ese año tuvo una tasa de 1.10 por 1000 habitantes, incluidos seguramente varios casos de DM.

Por otro lado, en el perfil de mortalidad el alcoholismo está entre las causas con tasas mayores que la DM, situada como tercera causa de muerte con 0.32 por 1000 habitantes y el infarto agudo de miocardio con 0.15 por 1000 habitantes, que constata la gravedad de los altos índices de obesidad que afecta a la población de Chamula.

De las 10 defunciones por DM, incluyendo las dos en las que directamente se asocia esta enfermedad con insuficiencia renal (cuadro 8.2), ocho ocurrieron en hombres y dos en mujeres; la edad promedio de los primeros fue de 53.3 años, mientras que la de mujeres rondó en 56.5; aunque no son datos significativos, muestran una mayor supervivencia en mujeres.

Cuadro 8.1. Principales causas de muerte, San Juan Chamula, Chiapas, 2008

| # | Causa | Defunciones | Tasa* |
|----|-----------------------------------|-------------|-------|
| | Todas las causas | 304 | 4.16 |
| 1 | Síndrome doloroso abdominal | 45 | 0.48 |
| 2 | Neumonía | 30 | 0.41 |
| 3 | Alcoholismo | 23 | 0.32 |
| 4 | Gastroenteritis infecciosa | 18 | 0.25 |
| 5 | Insuficiencia renal crónica** | 15 | 0.21 |
| 6 | Infarto agudo de miocardio | 11 | 0.15 |
| 7 | DM | 10 | 0.14 |
| 8 | Muerte violenta (diversas causas) | 8 | 0.11 |
| 9 | Cirrosis hepática | 7 | 0.10 |
| 10 | Bronquitis crónica | 6 | 0.08 |
| 10 | Enfermedad diarreica aguda | 6 | 0.08 |
| 10 | Evento vascular cerebral | 6 | 0.08 |
| | Falla orgánica múltiple | 80 | 1.10 |
| | DM+ insuficiencia renal | 24 | 0.33 |
| | Otras | 49 | 0.67 |

* Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes); ** dos causados por DM.

Fuente: actas de defunción, Registro Civil San Juan Chamula, Chiapas. Elaboración propia.

Cuadro 8.2. Mortalidad por diabetes mellitus directa/indirecta, por sexo, San Juan Chamula, Chiapas, 2008

| Sexo | Total | Edad mínima | Edad máxima | Edad promedio |
|---------|-------|-------------|-------------|---------------|
| Mujeres | 2 | 56 | 57 | 56.5 |
| Hombres | 8 | 40 | 68 | 53.3 |
| Total | 10 | 40 | 68 | 52.9 |

*Tasa de mortalidad específica (100,000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil San Juan Chamula, Chiapas. Elaboración propia.

Cuadro 8.3. Mortalidad por diabetes mellitus asociada con otras causas, por sexo, San Juan Chamula, Chiapas 2008

| Causas de muerte | Total | Mujeres | Hombres |
|------------------|-------|---------|---------|
| DM/IR | 2 | 1 | 1 |
| DM/CS | 1 | 0 | 1 |
| Total | 4 | 1 | 3 |

DM: diabetes mellitus; IR: insuficiencia renal; CS: choque séptico.

Fuente: actas de defunción, Registro Civil San Juan Chamula, Chiapas. Elaboración propia.

En la asociación entre DM y otras nosologías (cuadro 8.3) vemos que se presentaron dos casos relacionados con insuficiencia renal, uno en cada sexo, en tanto que el deceso de un hombre se vinculó con choque séptico.

En primer término, entre causa y tasa (cuadro 8.4) la mortalidad por DM se mantuvo entre el octavo y el undécimo lugar, ocupando en promedio el noveno sitio. Desde nuestra perspectiva, los datos reflejados en el registro distan de la realidad, puesto que a diferencia de los otros municipios estudiados, la cantidad de diabéticos identificados en el trabajo de campo fue muy elevada y esto no concuerda con el hecho de que en los últimos años en San Cristóbal y en Tenejapa la DM haya sido la principal causa de muerte. A riesgo de ser reiterativos insistimos en que categorizar las defunciones como falla orgánica múltiple implica ocultar información relevante sobre la mortalidad, en el caso de Chamula no solo por DM, sino también por violencia, alcoholismo e insuficiencia renal.

No contamos con suficientes datos para asegurar que la mayor parte de muertes por insuficiencia renal correspondan a complicaciones de la DM; sin embargo, observamos que en las actas de defunción en algunos municipios se asientan causas coadyuvantes a la muerte y que se pasan por alto en la elaboración de la estadística oficial. Se separa así lo referente a mortalidad por DM de lo que concierne a insuficiencia renal y problemas cardiovasculares, aunque en las actas aparecen asociados como causa directa. Así, como se puede ver en el cuadro 8.5, cuando los casos de DM se

suman con los de insuficiencia renal, la posición de Chamula en este complejo ocuparía los primeros lugares de mortalidad por DM.

Cuadro 8.4. DM como causa directa de muerte,
San Juan Chamula, Chiapas (2008-2014)

| Año | # de muertes | Tasa | Posición |
|------|--------------|------|----------|
| 2008 | 10 | 0.14 | 8 |
| 2009 | 8 | 0.11 | 9 |
| 2010 | 3 | 0.04 | 12 |
| 2011 | 7 | 0.14 | 9 |
| 2012 | 4 | 0.05 | 10 |
| 2013 | 4 | 0.05 | 10 |
| 2014 | 7 | 0.08 | 9 |

*Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil San Juan Chamula, Chiapas. Elaboración propia.

Cuadro 8.5. Diabetes mellitus asociada a Insuficiencia renal,
San Juan Chamula, Chiapas (2008-2014)

| Año | Tasa | Posición |
|------|------|----------|
| 2008 | 0.34 | 3 |
| 2009 | 0.27 | 2 |
| 2010 | 0.25 | 5 |
| 2011 | 0.20 | 7 |
| 2012 | 0.17 | 5 |
| 2013 | 0.17 | 6 |
| 2014 | 0.19 | 5 |

*Tasa de mortalidad específica (1000 habitantes).

Fuente: actas de defunción, Registro Civil San Juan Chamula, Chiapas. Elaboración propia.

Llama la atención que la mortalidad por eventos violentos y cirrosis hepática ocupen lugares más importantes entre las principales causas de

muerte. Del mismo modo, la alta incidencia de muertes por infarto al miocardio, lo que no aparece en otros municipios de población maya alteña. Un aspecto que también sobresale es que en 2012 y 2013 haya sido la presencia del cáncer una de las principales causas de muerte, a diferencia de Tenejapa, donde no se registra como tal.

Servicios de salud

Históricamente muchos obstáculos han impedido la interacción óptima entre la población local y los servicios de salud. Esa dificultad se refleja en la subutilización, persistente hasta la fecha, de servicios como Oportunidades y Seguro Popular. El personal del centro de salud del ISECH refirió que, por ejemplo, aunque hacia 2009 había en Chamula 4206 familias beneficiadas con el Seguro Popular, solo 60.0% de ellas acudía regularmente a las consultas y al otro 40.0% se le tenía que visitar en su domicilio.

Aunque desde la perspectiva institucional estas cifras podrían ser alentadoras, debe mencionarse que 60.0% de las familias que asistieron a los servicios médicos lo hicieron bajo la amenaza constante de perder el incentivo económico que recibían del Programa Progresá en caso de no asistir a las citas programadas, incentivo destinado a becas para los hijos estudiantes.

Una promotora local de salud dio a conocer que hacia 2012 se supo que ante la exigencia estipulada por el Progresá de que los cónyuges de las beneficiarias acudieran a revisiones médicas o como acompañantes a control prenatal, muchos se inclinaban por la opción de que sus esposas renunciaran a su estatus de beneficiarias por sentir que las largas esperas representaban una pérdida de tiempo. En tal sentido, es muy probable que muchos hombres consideraran que el beneficio económico ofrecido por el programa ya no les resultara indispensable para la economía familiar, pues obtienen suficientes ingresos con su trabajo.

Aunado a lo anterior están las limitantes lingüísticas del personal del centro de salud para interactuar con los habitantes del municipio, a pesar

de que se contaba con promotoras bilingües, ya que por regla general la intermediación se traducía en malentendidos de diversa índole.

Otro punto en contra son los argumentos descalificadores tanto entre el personal de las instituciones de salud a nivel local como el que atiende en San Cristóbal a la población maya, razonamientos que además denotan paternalismo sin comprender cabalmente el discurso sobre interculturalidad en salud y las concepciones y prácticas tradicionales en torno a la salud y a la enfermedad. Es notoria a su vez la reproducción del discurso generado por los funcionarios de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Aunque también se relacionan con panaceas en cuanto a lineamientos internacionales de políticas públicas que se convierten en mandatos para los gobiernos nacionales.

De igual manera, la experiencia de los chamulas con las instancias biomédicas les permite distinguir entre la ineficiencia de los servicios públicos y la eficacia de la atención y los servicios en el sector privado. Uno de los argumentos de dimensiones históricas, tanto entre chamulas como en todos los grupos mayas de la región, es que se percibe autoritarismo y hasta despotismo de los médicos, que de manera reiterativa se ha asumido como *regañío* y, por ende, como una invitación a no solicitar su atención. A partir de la articulación entre las experiencias desafortunadas de chamulas con las instituciones y sus representantes se ha construido un imaginario negativo que pauta su interacción con ellos.

Desde esta óptica resulta común escuchar que en las clínicas, los centros de salud locales y en el hospital regional los medicamentos son de mala calidad y, por lo mismo, ineficaces para curar los diferentes males. De igual forma, hay quienes aseguran que se proporcionan medicamentos sin relación alguna con el mal a tratar, además administrados a modo de un mero paliativo para que las personas no salgan sin tratamiento. Asimismo, se registró la opinión sobre la inutilidad de asistir a una instancia médica institucional ante repetidas negativas de proporcionar medicamentos.

La desconfianza hacia las instituciones médicas responde a la idea recorrente de que los hospitales son lugares en los que la gente muere o es ultimada. Además del obvio temor que inspiran los gastos económicos

visualizados en torno a esa posibilidad, sobre todo el costo implícito en el traslado de una persona fallecida hasta su comunidad de origen, lo que en definitiva constituye una razón de peso para no buscar ayuda en dichos lugares. Cabe aclarar que esta es una visión que expresaron sobre todo personas de muy escasos recursos económicos.

Desde diversas voces (tanto de médicos como de algunos chamulas) se comprobó que en la situación descrita influía el hecho de que con frecuencia quienes morían en los hospitales acudían solo después de haber agotado —sin éxito— otras opciones y, por lo mismo, su estado de gravedad era irreversible. También se corroboró con los testimonios de médicos que el trato hacia los pacientes puede ser descuidado y derivar con frecuencia en errores fatales.⁴

De ese modo, si bien se puede hablar por un lado de que la endeble interacción entre las instituciones de salud y la población local está en una agenda de descuido de orden sociocultural, también son manifiestas las visiones de mala atención y maltrato que cualquier chamula que se haya visto envuelto en un trance de enfermedad puede testimoniar.

Acudir a servicios de salud privados es una opción solo para aquellos que cuentan con los recursos económicos necesarios, lo cual refleja una vez más la marcada estratificación social del municipio.

La relación de los chamulas con otras formas de atención a la salud

Para los chamulas, la consulta con *j-iloletik* y otros terapeutas tradicionales y populares fuera del municipio es un referente crucial para atender los problemas de salud y demás adversidades.

Pero el apego a la etnomedicina no significa que necesariamente se asocie con expectativas no satisfechas respecto de la biomedicina o que dejen de interactuar con esta. La fuerte adhesión que los chamulas mantienen con

⁴ Por palabras, por ejemplo, de médicos que laboran en el área de urgencias, hemos sabido de personas que han ingresado al hospital por complicaciones menores y que fallecen como resultado del suministro erróneo de un medicamento.

las formas propias de atender sus problemas de salud⁵ implica que se atienden, al igual que en Tenejapa y San Cristóbal, al horizonte amplio que permite la combinación de los sistemas médicos y etnomédicos.

Las narrativas, por ejemplo, subrayan la compra de medicamentos en farmacias, dentro y fuera del municipio, prescritos y adquiridos con criterios que difieren de aquellos que los médicos sustentan al recetarlos.

Los domingos se observa en la cabecera municipal a vendedores de hierbas medicinales para tratar diversos padecimientos, incluida la diabetes;⁶ de igual modo se encuentran puestos de medicina naturista que con altavoces, en tsotsil, ofrecen medicamentos y nombran las enfermedades para las que son útiles, e incluso representantes de productos Omnilife. Ambos tipos de puestos atraen a un notable número de compradores potenciales y reales. Llamamos la atención nuevamente sobre la función y presencia de empresas como Omnilife y Herbalife.⁷

En cuanto al papel de las redes de información y apoyo de los chamulas, en los testimoniales se mencionaron preparados de yerbas para tratar diversos males, ya fueran recomendados o comprados, en ocasiones por encargo. Algunos de los sujetos comenzaron a cultivar plantas medicinales provenientes de otras zonas.

También documentamos que al menos quienes pueden asumir el costo acuden a San Cristóbal y otros municipios a consultar con «spiritistas»; hay quienes incluso habiendo cambiado o estando en la disyuntiva de cambiar de religión, van a la ciudad para asistir a sesiones de culto por medio de las cuales simultáneamente atienden sus problemas de salud. Se puede

⁵Que persiste incluso ante la creciente cobertura de servicios institucionales de salud a nivel local y de la cercanía entre San Juan Chamula y San Cristóbal, donde también se cuenta con una gran variedad de opciones.

⁶Identificamos una vez a un hombre que vendía bolsas de hierbas para diversos males, entre ellos la diabetes. Era un indígena que venía de la zona de Ocosingo, quien mencionó que para los diabéticos tenía dos tipos de hierbas y que las recetaba de acuerdo con la complexión de la persona: si era obesa debía tomar una que costaba 600 pesos, pero que si se trataba de una persona delgada, el tipo de yerba que requería costaba 2300 pesos.

⁷Durante los años de esta investigación nos hemos encontrado con mayas de varios pueblos, incluidas personas de San Juan Chamula, que asisten a las sesiones de capacitación y reclutamiento organizadas por esta compañía en el centro de San Cristóbal.

hablar incluso de la presencia de templos cristianos no católicos dentro del territorio municipal de Chamula, que de igual modo se están convirtiendo en un referente de atención a la salud.⁸ Pero si bien la influencia de las redes de información es relevante, existe también una lógica que guía el uso alternativo, secuencial o indistinto de estas opciones, en las que participa, sobre todo, la propia experiencia del padecer de cada persona.

La diabetes mellitus

Como hemos anticipado, algunos problemas aquí señalados suelen derivar en problemáticas que en términos generales limitan la detección y atención de padecimientos crónicos e infectocontagiosos. A continuación exponemos algunos con el ejemplo relativo al programa de detección y control de personas con diabetes.

De acuerdo con datos recabados en el 2008 tanto del centro de salud del ISECH como de la UMR del IMSS-Progresá asentados en la cabecera municipal, todas las personas registradas con diagnóstico de algún padecimiento crónico presentaban DM e hipertensión arterial.⁹

Se puede inferir que la única presencia de registros de personas con estos padecimientos obedece a que para entonces la obesidad y los

⁸ Sobresale un amplio templo pentecostal en una colonia habitada principalmente por chamulas, en el norte de San Cristóbal, llamada Nueva Esperanza, a cuyas sesiones de culto, más que miembros de la población local, llegan asiduamente residentes de Zinacantán y San Juan Chamula.

⁹ Mientras en el centro de salud se trataba de 19 individuos, en lo concerniente a la clínica del IMSS eran 13. En el primero se trataba de 10 personas con hipertensión arterial, siete con diabetes, una con hipertensión arterial y diabetes, y una más con el diagnóstico de obesidad. De todas estas, solo una era del sexo masculino y se contaba entre las diabéticas. Once residían en la cabecera municipal y ocho en parajes pertenecientes al municipio. Con respecto a la UMR, se trataba de cinco personas con hipertensión arterial y ocho con diabetes. Seis eran mujeres, dos con hipertensión arterial, cuatro con diabetes, y siete hombres: tres con hipertensión arterial y cuatro con diabetes. Seis eran residentes en la cabecera municipal, mientras que siete habitaban en parajes. Para 2009, un año después, el centro proporcionó las siguientes cifras para el mes de mayo con respecto a residentes de la cabecera municipal: 13 mujeres y cuatro hombres con DM y 19 mujeres y dos hombres con hipertensión.

problemas asociados se definían como una de las agendas prioritarias de atención a la salud pública dentro de un programa de detección, control y seguimiento que intentaba ejecutarse de manera estandarizada en cualquier contexto.

Como ya mencionamos, se detectó entre la población un patrón de cambios drásticos en relación con las actividades económicas, lo que en un amplio sector de población se tradujo en un decrecimiento de la actividad física propiciado en gran medida por el gradual abandono de las actividades agrícolas. Igualmente se puede hablar de la pérdida de recursos alimentarios propios a favor de un creciente patrón de consumo de alimentos y bebidas industrializadas.

Paradójicamente, como se mencionó, la apertura de negocios en las comunidades contribuye a incrementar este patrón de consumo incluso en las más aisladas y distantes; cabe destacar el predominio de la distribución y el consumo de Coca-Cola® y de tortillas Maseca.

Según los testimonios, la presencia de la DM era tal que de diversas formas se incorporó al imaginario y a las prácticas de los chamulas en torno a la salud y la enfermedad, más allá de la esfera de atención de los profesionales de la biomedicina.

En relación con los procedimientos emprendidos por el personal de salud a nivel local, el director del centro de salud informó que allí se aplicaba un cuestionario denominado de «Riesgo» a todas las familias que asistían a consulta con la finalidad de detectar sobrepeso, obesidad y diabetes. Se registraba el peso, la talla, el perímetro abdominal y se les interrogaba. A partir de los resultados, cuando obtenían más de cinco puntos en la encuesta se les practicaba una glucometría y si salía positiva se procedía a exámenes de laboratorio más acuciosos, entre otros, biometría hemática y química sanguínea.

Una joven tseltal con residencia en Chamula explicó que las mujeres que contaban con el apoyo económico de Oportunidades tenían la condición de presentarse cada mes a consulta para que les tomaran la presión arterial, las pesaran y, eventualmente, les practicaran análisis de sangre. Se les solicitaba convencer a sus cónyuges para que acudieran. Agregó

que los hombres, al tener interés en el apoyo económico, que muchas veces ellos controlan, también se sometían a estas revisiones.

En relación con esta estrategia, tanto los responsables del centro de salud como los de la UMR IMSS/Oportunidades apuntaron que las personas eran citadas tres veces seguidas o en intervalos semanales según sus síntomas. Si la presión y los dolores no disminuían, entonces pasaban con el médico para que les diera un pase para practicarse análisis de laboratorio que, de resultar positivos, daban pie al inicio del tratamiento.

No obstante, los médicos del centro de salud admitían no tener el control en torno a la problemática de la diabetes tal y como el Programa SICALIDAD¹⁰ lo había demostrado.¹¹ Se trataba de un procedimiento de evaluación de los servicios médicos que cubría un periodo de dos meses y en el cual valoraban los expedientes y una encuesta de opinión sobre los servicios. Se enfocaba en tres parámetros: organización de los servicios de primer nivel, trato digno y atención médica efectiva. Al final se evaluaba a los diabéticos: luego de las tres últimas consultas, los pacientes debían estar en los límites normales de glucosa. Si en alguna de estas consultas el paciente llegaba a tener más de 120 mg/dl, inasistía a la cita o presentaba alguna complicación, su calificación disminuía. Por todo lo descrito hasta aquí, los propios médicos aseveraban que las calificaciones tendían a ser bajas.

Quienes laboraban en el centro de salud aludían a diversos factores que obstaculizaban el control óptimo de los pacientes diabéticos: el estado de gravedad en que llegaban, el abandono del tratamiento (principalmente los hombres por la migración), la fuerte presencia de alcoholismo, así como el desconocimiento sobre la importancia de la enfermedad que, de acuerdo con el director del Centro tendía a ser vista como algo normal en la medida en que no acababa repentinamente con la vida.

¹⁰ El Programa de Acción Específico del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) diagnostica las carencias e insuficiencias en relación con la calidad de los servicios de salud, formulando propuestas y acciones tanto para mantener los avances como para favorecer un programa de mejora continua que sitúe la calidad en la agenda permanente de las organizaciones de salud.

¹¹ Los médicos del centro de salud local fueron entrevistados el 15 de mayo de 2009 en su propio espacio de trabajo.

El propio director comentó que durante un tiempo en el centro de salud se intentó conformar un grupo de ayuda mutua (GAM). Sin embargo, no se logró la participación de la mayoría de los pacientes. Argumentó que los habitantes del municipio mantenían otras prioridades, como el trabajo y los hijos. Por consiguiente, se descartó el objetivo de atenderlos tomando como base el GAM. Y agregó que por cuestiones culturales los pacientes preferían ser tratados de manera individual, por considerar su padecimiento como algo muy íntimo.

Con base en los resultados del trabajo de campo es posible corroborar algunos de los puntos de vista expuestos por el personal del centro de salud, en particular del director. Sin embargo, algunos de sus razonamientos nos parecen parciales, además de que existen aún otros factores que obstaculizaban un supuesto control adecuado.

Por ejemplo, al platicar con personas diabéticas diagnosticadas y tratadas en el centro expresaron lo mal que les había hecho sentir la medicación, por lo que, sin dejar de acudir a control, habían optado por otra clase de medicamentos, principalmente infusiones de plantas medicinales. Cada que acudían al centro aseguraban a los médicos que continuaban con su medicación y en entrevistas mencionaron que incluso lograban engañarlos mediante las pruebas de mejoría resultantes de su propia medicación. El único motivo por el cual continuaban acudiendo a control era la necesidad de seguir recibiendo el apoyo económico proporcionado por el programa Oportunidades.

A su vez, algunos médicos también expresaron que se limitaban a prescribir los medicamentos, pero que más allá de esto no tenían por qué asumir mayor responsabilidad en el seguimiento.

Por otra parte, además de que fue posible entrevistar a personas con DM que habían sido diagnosticadas por personal del centro de salud y de la clínica del IMSS/Oportunidades, conversamos con otras diagnosticadas o al menos con el padecimiento identificado por otras vías. Por ende, estas no se contaban en los registros de ninguna de las instituciones.

Algunas de ellas supieron del mal que les aquejaba después de acudir a otras instancias biomédicas, por ejemplo, a servicios privados de salud en

San Cristóbal o a la clínica de Esquipulas, también en esa ciudad y dedicada principalmente a la atención de población indígena a cambio de un pago bastante accesible por consulta.

Sin embargo, varios de los entrevistados vislumbraron este diagnóstico por medio de sus redes sociales tanto de dentro como de fuera del municipio. Queda implícito que se trató de personas familiarizadas con los síntomas. Esta última opción ligada a la sugerencia de tratarse con una infusión de hierbas y en otros casos con el consejo de acudir a un centro de salud o a una clínica.

Pero más allá del proceso de diagnóstico, tanto quienes declararon estar bajo control en alguno de los centros oficiales de salud como quienes obtuvieron su diagnóstico por otras vías revelaron en sus testimonios una prácticamente nula adhesión al tratamiento prescrito por el programa institucional. En esto último, como lo mostrarán los ejemplos documentados, median otras muchas razones.

Los casos

Kax

Don Kax, tradicionalista, pintor artístico, apuntó que la DM en San Juan Chamula «comenzó por ahí de 1990», y adjudicó la causa al excesivo consumo de refresco. Para él es indudable que cuando las personas pierden peso rápidamente es debido a DM.

Como ejemplo citó a una señora que padeció DM durante 20 años (quien murió poco antes de esta entrevista). Ella, en el transcurso de 10 años perdió mucho peso. Tres años antes de su muerte suspendió el medicamento y aceptó los productos de Omnilife. Gastaba entre \$2000.00 y \$3000.00 al mes. Debido a la ineficacia de los compuestos y a la falta de fármacos, se agravó y murió. Kax piensa que si ella hubiera seguido con el tratamiento biomédico tal vez habría sobrevivido. Nos dijo que muchos diabéticos utilizan los productos de Omnilife.

Posteriormente aludió a un amigo de Ikulumtik que había padecido DM alrededor de siete años y que se controlaba con una planta medicinal de tierra caliente denominada en tsotsil «*chijite*» o ‘sauco de tierra caliente que es de flor amarilla’» (probablemente se refiere a la tronadora *Tecoma stans* (L.) Juss. ex Kunth, Bignoniaceae). Mencionó también que a su amigo el tratamiento herbolario no lo benefició ya que murió tres meses después de haberlo iniciado. El amigo argumentaba que la causa de la enfermedad fueron los grandes corajes que hacía por sus sospechas sobre la infidelidad repetida de la esposa, además de que tomaba mucha Coca-Cola®.

Subrayó que en realidad «la gente en Chamula está muy confundida porque el azúcar pega mucho» y a ciencia cierta la gente no sabe cuál es la causa, si por coraje o por tomar mucha Coca-Cola®.

Kax relata que inició con su enfermedad después de permanecer algunos días en tierra caliente pintando un mural, lugar donde no podía dormir por el exceso de calor, pero sobre todo por la gran cantidad de mosquitos. Llegó a San Juan muy cansado, tenía mucha sed y estaba inapetente, y en un lapso corto bajó notablemente de peso. Y lo tomó por el lado positivo, es decir, como una forma de adelgazar.

Ante la preocupación de su familia por la rápida pérdida de peso decidió acudir a la clínica de Esquipulas, en San Cristóbal, donde por una glucemia de 460 mg/dl se le diagnosticó DM. Le dieron «cuatro o seis cajitas de medicamentos genéricos» que consumió durante seis meses, pero pensando que eran de mala calidad acudió con un biomédico particular, quien le confirmó su sospecha sobre los medicamentos y se los cambió solo por dos, por los que al momento de la entrevista gastaba \$400.00 por mes. No sabe si el medicamento le ha servido para controlar la glucemia, ya que desde un principio no sentía nada con la enfermedad y eso no ha cambiado.

En Esquipulas le sugirieron dieta y que solo comiera dos tortillas; otros médicos le dijeron que podía comer de todo «pero poquito, pollo, carne, poquito pox, whisky o tequila», pero eso último no lo controlaba y se emborrachaba. Al respecto, habló de su intensa vida social que

implicaba atender invitaciones a convivios donde la comida y la bebida estaban presentes y eran una exigencia.

Dijo que tomaba *chijite* pero que lo suspendió porque le contaron que aunque controla DM provoca pérdida del apetito sexual. Mencionó como causal de su DM que se enoja fácilmente. Como la enfermedad le pegó en tierra caliente, asumió que fue porque los piquetes de mosquito lo hicieron enojar. En este contexto también habló sobre la preocupación y tensión que le estaba causando para entonces la necesidad de cumplir uno de sus compromisos en calidad de artista plástico.

Con motivo de un cargo que tuvo en Chamula, y dado que había estado ahorrando dinero para cumplirlo, Kax afrontó un dilema moral entre atender su salud o cumplir con el mandato sagrado, lo cual equivalía a una disyuntiva entre adoptar una decisión individual o aquella que resultaba afín al de un *ethos* colectivo. Se decidió por la segunda, y dejó así de seguir las prescripciones biomédicas. Destinó todo su dinero al gasto del evento y se entregó totalmente a las demandas formales del cargo: «echar trago sin control», al igual que refresco, comer mucha tortilla y otros alimentos grasos.

Con objeto de paliar la enfermedad, ofreció su destino a sus deidades (Dios) por medio de la oración y les pidió protección:

Recé a Dios, como maya digamos, no: «Si me muero comiendo tortilla, si me muero tomando pozol es tu sagrado... este producto, es todo fruto de tu sagrado campo ¿cómo es posible que voy a morir? Y si mi cuerpo se formó de maíz, de eso voy a morir, si es que es tu mandato de que voy a morir consumiendo el sagrado maíz pues así». Ahora sí, a comer pozol, a comer tortilla, a comer todo, a comer todo, no tengo dieta, comer pescado seco, fresco, camarón, carne, atolito, todo, su refresco, ahora sí voy a tomar más refresco (se ríe)... Sí, de veras.

También piensa que su enfermedad pudo haber sido «castigo de Dios por haber sido alzado y enojón» en etapas previas de su vida. En contraste,

igualmente especula con la posibilidad de que la industria farmacéutica haya puesto la semilla de DM en uno de cada 10 000 productos:

el diabetes, sí hay semilla en los laboratorios que pueden distribuir en los productos, uno de cada diez mil productos debe traer semilla. Ah, otros señores me dijeron que uno de cada diez mil productos viene semilla diabetes. ¡Ay Dios mío! de los grandes laboratorios de Estados Unidos están la gran guerra bacteriológica a América Latina y no sé sabe pues.

No cree que la obesidad esté relacionada con la diabetes. En su experiencia, las personas que la tienen nunca fueron obesas, pero todas perdieron bastante peso. Al respecto le llama la atención que la obesidad sí ha hecho presencia entre los jóvenes a quienes en el poblado se les designa como Rotoplás. Eso, nos dijo, sucede por exceso en el consumo de productos Bimbo, Sabritas y Coca-Cola®.

Análisis

Kax inició su testimonio hablando en general del padecimiento dentro de su contexto. Al evocar casos conocidos compartió una estimación temporal acerca del inicio de la problemática. Describió, entre otros, el ejemplo de una mujer que vivió más de 20 años con DM, teniendo en común que en ninguno participó la biomedicina como una opción de tratamiento, pero sí la herbolaria, incluso la procedente de otras latitudes de Chiapas.

Lo anterior es relevante porque al menos durante la década anterior y los años transcurridos de la presente, las acciones intensivas de la comunicabilidad y las escasas de los servicios públicos de atención a la salud parecen tener impacto en el municipio; sin embargo, y al menos para la DM, esto no se refleja en el esperado apego a las formas de control realizadas por las instituciones médicas.

En el orden de las reflexiones anteriores destaca la participación de los productos Omnilife, que independientemente de las visiones contrastantes

que generan se han insertado de manera fluida dentro de las redes de consejería médica.

Al describir las experiencias de otras personas, en la subjetividad de Kax se refleja la confusión que hay en San Juan Chamula sobre el origen de la diabetes. Por un lado, le resulta evidente la relación entre DM y el desmedido consumo de Coca-Cola, y por otro se ponderan las experiencias de profundo impacto emocional como desencadenantes y agravantes, presentes con incisiva constancia en un contexto como el de la vida social de los chamulas matizada por violencia de diversos órdenes.

También le llama la atención la disparidad entre el mensaje biomédico que relaciona obesidad y sobrepeso con diabetes, cuando entre sus congéneres no se presenta, pero reconoce una tendencia hacia la obesidad entre gente joven a consecuencia del creciente consumo de comida chatarra.

En torno a la procedencia de los fármacos, configura una subjetividad en la que ubica similares y genéricos como de muy bajo efecto; igualmente en relación con las restricciones dietéticas, expresa una resistencia común entre PVDM, que palía con la supuesta exigencia a la que social y ritualmente está obligado ante los cargos asignados en su pueblo.

El consumo indiscriminado de pox y comida, según sus palabras, lo tenía muy arraigado y definía su vida social, esperando a cambio del cumplimiento de sus obligaciones obtener la protección de sus deidades para la preservación de su salud. Acorde con el acatamiento de sus obligaciones sociales y rituales, Kax relata haber iniciado y mantenido un diálogo con Dios, por cuyo medio asumió que a final de cuentas el derrotero al que lo habría de conducir su padecimiento dependía de la voluntad divina y que, por ende, no tenía más que proseguir en su misión, asumida por él sagrada, gastando su dinero, celebrando, bebiendo y comiendo con su gente, tal y como dictaban los cánones.

Similar a lo experimentado por muchas personas cuando reciben la noticia de padecer alguna enfermedad que implica el riesgo de muerte, Kax sintió una gran tristeza; esta intensa emoción catalizaría decisiones de suma importancia para su vida, siendo punto de partida de las dudas y las resoluciones que asumió. De alguna forma se vio impelido a decidir si

priorizar la atención a su enfermedad o el cumplimiento de su cargo, asunto nada trivial.

Con base en lo anterior cabe recalcar que las celebraciones religiosas y eventos sociales y políticos constituyen una amplia arena social que convoca a la mayoría de las personas de los municipios maya hablantes; en esta, por tanto, tenemos escenarios en los que la imagen social de las personas permanece bajo escrutinio y, en consecuencia, expuesta a severas críticas. De tal suerte es también una razón de peso en las preocupaciones que Kax reconoce.

Pensamos que se trata de la resolución de un dilema entre una decisión que favorece los intereses personales y otra que busca satisfacer aquellos de carácter colectivo. Su testimonio revela que prevaleció esto último, y al mismo tiempo se infiere que ese escenario era lo más cercano a sus propios deseos.

Por otro lado, hay que puntualizar que, según sus palabras, su padecimiento se debía a su pasada arrogancia y soberbia por no conformarse con la pobreza material, aunque también dijo haber pedido a Dios salir de esa condición.

Y tuvo la convicción de haber sido escuchado, ya que con el tiempo, durante el periodo de entrevistas, sus condiciones económicas habían mejorado, pero asumía que había afrontado duras pruebas bajo el escrutinio de Dios, que parecía haberse mantenido vigilante de los sentimientos que habitaban en su corazón. Al hablar de estos temas Kax proporciona un nuevo marco explicativo a su padecimiento. Si por un momento había sospechado que todo era resultado de estados emocionales negativos, al reflexionar sobre el curso de su historia proponía como colofón la idea de que su DM era un castigo por la soberbia; a su vez, era para él un reto enfrentar la disyuntiva de cumplir su cargo con una enfermedad a cuestas, la última prueba a afrontar para redimir su pasado y acceder al bienestar.

Una visión más que Kax expone se vincula a una teoría de la conspiración que sugiere una deliberada diseminación de dicho mal con el comercio masivo de alimentos en América Latina desde los Estados Unidos, tendiente a promover el comercio, igualmente expansivo, de medicamentos.

Xi

Doña Xi reside en San Juan Chamula. No dijo su edad, pero parece mayor de 60 años, analfabeta, tradicionalista, vive con su esposo en predio propio, básicamente sobreviven de la milpa.

Antes de enfermar ya tenía nociones de la DM porque tres de sus hermanos, dos varones y una mujer, murieron emaciados por padecerla.

Relató que cuando sus hermanos «pasaron por cargo» enfermaron a causa del consumo excesivo de Coca-Cola®, y que por lo mismo fallecieron «bien flacos». Lo mismo le sucedió a una de sus hermanas.

Sobre su propia DM piensa que también fue por el exceso de Coca-Cola®, que bebió por más de 15 años: «la comida era la Coca». Usualmente tomaba dos refrescos al día, pero cuando tenía cargo bebía cuatro o más.

Inició su padecimiento con sed excesiva y orina frecuente, y saciaba la sed con Coca-Cola®:

Sí, tenía cargo, pero entonces me empezó a dar más sed y empecé a tomar cuatro refrescos y en la noche ya no podía parar al baño. Entonces me di cuenta de que ya no es normal. Entonces lo que hice fue preguntar con una mujer quien me aconsejó tomar las hierbas que su papá usaba para el mismo mal. Fuimos a buscar la hierba y la empecé a tomar, dejé de tomar el refresco y solo tomaba el agua y la hierba.

A pesar de la ansiedad por tomar Coca, pero atribuyéndole la causa del mal, optó por colocar un garrafón de agua en su cuarto con lo que en adelante calmó su sed. Cuando está en algún evento religioso o social y le ofrecen refresco se disculpa diciendo que «acaba de tomar». Narró tener sueños de otras enfermedades, pero no del azúcar, y enfáticamente descartó que su enfermedad fuera por sueños.

La hierba que su amiga le recomendó la conocen en Chamula con el nombre tsotsil de *chichi'ul*, que crece en el centro del poblado. La tomó tres meses pero luego se agravó; entonces, durante ocho años tomó una mezcla

de *sibak' ak'*, y *valaxich' vomol*. Dos meses antes de la entrevista se le dificultó conseguirla y recayó; a partir de ahí empezó con biomedicina.

Creía haberse agravado a consecuencia de un enojo y una tristeza generados por insultos de su nieto. «Sí, otra vez empezó el baño; sí, me tuve que ir cada rato al baño para hacer pipí. Por la tristeza. Fue muy doloroso lo que nos dijo y tuve que llorar mucho porque me dolió mucho. Sí, allí fue de donde empezó de nuevo, por el dolor del corazón, sí».

Ante el resurgimiento de la sed y el exceso de orina acudió a la clínica en Chamula donde las pruebas le detectaron 270 mg/dl de glucemia, y le indicaron glibenclamida tres veces al día. El biomédico advirtió que si no cumplía con el tratamiento acabaría ciega. Con el medicamento Xi se percató de que la sequedad de la boca y la excesiva orina nocturna mermaron significativamente, además de que ganó algo de peso. La glucometría que le realizan en las consultas por lo general arroja hiperglucemia; sin embargo, ella se siente bien.

Para el control, Xi refirió que cada mes acude a la clínica, aunque las dos cajas de glibenclamida que le entregan ajustan para 24 días, y el biomédico le indicó que «cuando se le acabe vaya a pedir más». Mientras se sintió mal mantuvo estrictamente el tratamiento por miedo a morir, pero tan pronto se sintió bien por unos días: «ya se me olvida, como ya está un poco bien mi cuerpo, se me olvida de tomar la pastilla».

Suspendió el refresco, el café, la carne de cerdo, el pescado y el chile en forma definitiva; se alimenta principalmente con verduras (nabos y papas), poco pollo, jugo de limón, mandarina, naranja y plátano. Dijo estar acostumbrada a la dieta, lo único que extraña es el chile.

A pesar de que varios de sus familiares han muerto por diabetes, no asocia el padecimiento con un factor hereditario, sino lo atribuye al exceso en el consumo de refresco.

Los *j-iloletik* le han dicho que también está enferma por *ilbajinel ta ch'ulel* (mutilación del *ch'ulel*) y *kòpetik* 'malas habladas', 'envidias', que son enfermedades diferentes del azúcar. Sus manifestaciones más importantes son el desgano y los sueños, «Porque estoy muy enfermiza y me provoca muchos sueños. En mis sueños siento que ya no viviremos al amanecer, los

monos nos matan, o vemos que estamos a punto de caer en una cueva, en las montañas, sentimos que no amanecemos vivos por los malos tratos. Y con eso tengo desde niña».

Hace un año que su esposo y ella dejaron el cargo religioso. Sin embargo, mientras lo ocupó se ingenió para, sin tener que tomarla, no despreciar los ofrecimientos, sobre todo de Coca-Cola®: «en el centro sí invitan mucho refresco, entonces les digo: ‘No ya tomé, o acabo de tomar’, pero no he tomado, sino simplemente para no quedar mal como persona, eso es lo que he hecho».

Análisis

Como resulta común en algunos casos documentados en Tenejapa y como la propia Xi nos informó, el intenso intercambio intersubjetivo en torno a la DM ha generado que la gente esté familiarizada con el padecimiento. La sed excesiva y la frecuencia en la orina se han convertido en referentes que al menos hacen sospechar a las personas la casi segura presencia de la enfermedad. Tal fue su situación. Tuvo la fortuna de contar con consejería relacionada con el uso de plantas medicinales, medida que de acuerdo con sus palabras adoptó con éxito durante algunos años. Sin embargo, cuando no pudo tener acceso a las plantas, eso aunado a un factor emocional, se agravó. Eso la llevó a recurrir a instancias biomédicas.

Para ambas formas de atención el hecho de que solo se atendiera al sentirse mal muestra, una vez más, un conocimiento muy limitado sobre la DM y una racionalidad sobre las enfermedades que en general apunta a curaciones y reincidencias. Sin embargo, hay que precisar que ella misma parecía reconocer que en términos de autocuidado su comportamiento no era el más adecuado. En su favor podríamos reconocer que este proceder es común entre personas que padecen DM y otras enfermedades. Además, ella separa subjetivamente lo que compete al azúcar y lo que corresponde a factores ajenos y a los que denomina «otros males», que considera pueden ser causados por sueños, a diferencia de la DM.

Sobresale el hecho de que Xi creciera y viviera en el marco de una familia donde los cargos religiosos eran frecuentes y, por lo mismo, entre ella, su esposo y sus familiares era una práctica recurrente el consumo indiscriminado de Coca-Cola® y de aguardiente, aunque debido a sus condiciones y las de su esposo, como Xi aceptó, habían adoptado algunas estrategias para evitar la bebida sin deteriorar la calidad de su vida social.

Podemos decir que los cargos constituyen un trasfondo cultural propicio para la incidencia de la DM por consumo de refresco y cerveza, aunque no son el único contexto social que fomenta el uso desproporcionado de esas bebidas. La petición de favores en la que predominaba el aguardiente también es una práctica cotidiana que promueve un asiduo consumo de refrescos. Otro contexto de consumo indiscriminado es la vida cotidiana de muchas familias en el municipio.

Según lo observado, a pesar de la alta recurrencia de DM en la familia de Xi, resulta fácilmente identificable la ausencia de una noción que ligue la enfermedad con la herencia genética, pero sí la presencia de una suerte de herencia cultural vinculada a la aceptación de cargos y sus implicaciones.

Lino

Don Lino, 45 años en la primera entrevista. Inició con azúcar en 2008, cuando trabajó en Cancún. Los primeros síntomas fueron sed, poliuria y hambre excesiva. Al volver a Chamula «tomó cargo» en el Comité de Educación, durante el cual ingirió Coca-Cola® en exceso para paliar el hambre. Los síntomas que lo llevaron a buscar atención fueron: boca seca, polidipsia, poliuria, excesiva pérdida de peso (de 85 kg bajó a 65 kg), debilidad; el biomédico detectó una glucemia de 585 mg/dl, motivo por el que fue internado tres días en el sanatorio del doctor Ornelas en San Cristóbal de Las Casas.

Al no sentir mejoría después de tres meses de tratamiento biomédico, en el que además gastaba en promedio \$950.00 mensuales y agregando

una pertinaz cefalea, por recomendación de sus amigos abandonó los fármacos e inició el uso de plantas medicinales y mejoró sustancialmente: recuperó la fuerza, dejó de orinar y de tener sed en exceso.

Uno de los productos con que intentó controlar su «azúcar» es algo que denominó «Home Lay»¹² pero el compuesto en lugar de ayudarlo le elevó la glucemia, por lo que lo suspendió.

En el periodo de las entrevistas se controlaba con un batido a base de tres dientes de ajo, nopal, sábila, limón, miel, sugerencia de un amigo suyo que también padecía diabetes.

No obstante, presentó disminución de la agudeza visual (no podía ver letras chicas y veía borroso a la distancia), y decidió cambiar el tratamiento por un licuado de chaya con media papa, que le ayudó a recuperar la vista. Para corroborar la mejoría acudió a consulta en una farmacia de Similares (Dr. Simi), solo para que le checaran la glucemia que en ese momento fue de 140 mg/dl posprandial.

Este tratamiento le costaba al mes alrededor de \$100.00, lo que de acuerdo con sus palabras contrasta significativamente con los \$1000.00 que en promedio gastaba con el tratamiento biomédico. Cabe agregar que él estaba cultivando algunas plantas, como ajo y sábila.

Cree que la DM se adquiere por «aguantar el hambre», también a causa «de una gran alegría o un fuerte enojo (coraje)». Considera que lo segundo fue lo que a él se la provocó.

En cuanto a sus razones para no acudir con terapeutas tradicionales, estas se basaron en su adhesión a una iglesia cristiana y que él explica así:

Pues hay mucha gente que son muy tradicionalistas, que van a la iglesia, que man vela y rezan, también lo rezan la vela y le piden perdón a Dios, lo rezan la planta para que se curen. Y las gentes cristianas ellos ya no lo rezan, ya no con velas solo lo piden a Dios que se sanara la enfermedad [...] La gente tradicionalista van a la iglesia, pero la gente cristiano dice que en donde quiera podemos rezar, Dios está en todas partes.

¹² Del cual no se encontraron datos en internet.

Sin embargo, parece compartir algunos puntos de vista con los etnomédicos cuando afirman que «la gente se enferma de azúcar por aguantar mucho el hambre, por coraje y por tomar Coca-Cola® en exceso».

En relación con los alimentos, nos dijo que antes de saberse diabético comía mucha fruta, sobre todo jugo de naranja, piña, mango y sandía, y que otro alimento que reconoce como sumamente dañino es el pan. Ahora fundamentalmente consume melón, carne y pollo asado de rancho una vez al mes, ya que piensa que la grasa también es dañina. Suspendió la ingesta de café «porque le daba mareo».

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas:

Antes tomaba, pero ahorita ya no, por ejemplo, tengo un amigo que tiene DM también, toma mucho trago y toma cerveza y dice que sigue igual, hay veces sube y hay veces baja, y dice la gente que tomando trago se quema la enfermedad, pero no, un día también en una tarde empecé a tomar trago, como es caliente de ahí empezó a subir, aunque dicen que de ahí se quita, pero como la situación de mí no me la quitó.

Escuchó que hay tres tipos de diabetes: «rojo, blanco y negro», distinguiendo entre rojo y negro, sin hacer alusión al tipo blanco, «porque el rojo no da dolor de estómago; el negro, al consumir pastel da dolor de estómago, vómito y mareo».

En cuanto a la racionalidad para justificar el hecho de no acudir al biomédico más de un mes, comentó: «me dijo que el grado de azúcar que tenía, como 140 grados, entonces de ahí ya no fui al doctor, y ahora estoy normal, tengo trabajo, salgo a trabajar de aquí en Saclamantón caminando, y me han dicho que vale la pena hacer un ejercicio caminando y sudar un poco».

Además del azúcar también padece de dolores de hueso por el «ácido úrico», dolor que le aqueja después de caminar mucho.

Menciona haber trabajado en ECOSUR en un proyecto de plantas medicinales, esto a colación de que solo se cura con estas. Dijo que «las plantas no se deben de recetar nomás así», que, aunque sea azúcar, el tipo de

hierba a emplear dependerá de los síntomas que la acompañan; «cuando la planta es la adecuada, a los tres días se normaliza la persona».

Análisis

Lino va acomodando las pautas de atención que conoce buscando el beneficio personal para sobrellevar su estatus de persona diabética. Señaló que con el consumo de plantas medicinales se ha sentido mejor que con la medicación inicial con fármacos, preferencia en la que influyeron miembros de sus redes sociales. Sin embargo, se aprecia que, en términos de consejería médica por parte de dichas redes, ello no siempre tuvo efectos favorables para su salud; tal es lo que nos deja saber al referir el consumo del producto denominado «Home Lay», así como lo que sugiere haber experimentado con el consumo de alcohol a raíz de haber escuchado que tal práctica quemaba la enfermedad.

De manera similar a lo ocurrido con otros entrevistados, el hecho de sentirse con fortaleza para realizar sus actividades era un referente para asumir que su estado de salud había mejorado y por ende no era necesario mantener un estricto apego a las medidas de control biomédico, solo conservando de este sistema el chequeo de sus niveles de glucosa, para lo que acudía a una farmacia de Similares, al resultar de manera reiterada ligeramente por arriba de los límites de la normoglucemia; la glucometría le indicaba que la estrategia a base de plantas medicinales era correcta.

Domi

J-ilol y campesino, de 59 años al tiempo de la entrevista. Inició su padecimiento en 2002, cuando cortando leña le sobrevino resequedad de boca, palidez y debilidad extrema, al grado de suspender el trabajo. A la semana era notoria la pérdida de peso.

Consultó a un enfermero en Chamula que le detectó azúcar, sin mencionar los medios empleados para el diagnóstico pero inferimos que fue por medio de análisis de sangre. Le recetó pelo de elote con lo que, dice, se controló la enfermedad, aunque en esa ocasión también adquirió medicamentos de patente en un establecimiento llamado Diagnosur.

Un año después «se complicó más porque dejé de comer y mis hijos me llevaron al hospital», donde le detectaron una glucemia de 377 mg/dl recetándole el medicamento que hasta la fecha toma, y cuando lo suspende le da de inmediato mucha sed.

Cree que su enfermedad inició a consecuencia del robo de ocho bultos de frijol de su cosecha en tierra caliente, en la que invirtió además de trabajo, insecticidas, fertilizante y renta de la tierra; a eso agregó que después de lo sucedido le asignaron un cargo en su comunidad, sumándose a eso su labor como *j-ilol*, que lo llevó a un consumo excesivo de pollo de granja y Coca-Cola®, y eso le provocó un incremento importante de peso. Para él estos factores son la causa directa del azúcar que padece. Le atribuye mayor importancia a la grasa del pollo que al refresco.

Mencionó que reza o acude a que le recen por otras razones, pero que «el azúcar no es de rezo». Sabe que el medicamento solo le ayuda a controlar la enfermedad, pero que esta no se cura.

En cuanto a su dieta, dice evitar la carne, el pollo y el refresco, aunque también cuenta que cuando «ayuda a sanar» consume pox y un refresco distinto a la Coca-Cola®. Para atenderse acude al centro de salud en la cabecera municipal, pero se queja de la atención que recibe, y acepta que «el único que da buen trato es el encargado».

Análisis

Al describir lo que él considera ocasionó su diabetes, don Domi se remite a dos factores principales: un profundo impacto emocional y prácticas alimentarias y de ingestión de bebidas alcohólicas que acompañan su papel de *j-ilol* que, hacia el periodo en el que fue entrevistado, irremediamente

mantenía. Una vez más, una práctica sociocultural opera como un marco que propicia el desarrollo de la DM en determinadas personas, con el consumo de Coca-Cola® y del pollo de granja.

Llama la atención el hecho que él mencione que la gente indígena no acostumbra ofrecer pollo de rancho aun cuando es el que usualmente crían en sus solares. Es posible que esto tenga relación con que, a diferencia del pollo de granja, el de rancho tiene un costo mucho más elevado y que por eso lo ofrecen, es decir, obedece a una razón económica.

En cuanto al impacto emocional en el que finca la causa de su diabetes, expresa igualmente un trasfondo económico situado en una suerte de encrucijada que por mucho tiempo los campesinos chiapanecos han enfrentado: la disyuntiva de mantener su estatus de vida agrícola aun en medio de procesos económicos de mayor envergadura, que involucran de manera desventajosa a la mayoría de los campesinos, esto es, la necesidad de invertir dinero en la renta de terrenos en otras regiones de Chiapas y en la compra de granos para sembrar.

Nuevamente, al igual que algunas otras experiencias documentadas, tanto en Tenejapa como en San Juan Chamula, aun siendo *j-ilol*, don Domi desde su subjetividad distingue plenamente la DM de otros padecimientos causados por sueños o por daños propiciados por otras personas, al situar la enfermedad en el ámbito natural.

Juco

Doña Juco, 60 años, *j-ilol*, señaló que desde los 12 años empezó a soñar «pero por pena no curaba»; después, cuando se casó, su esposo no la dejaba curar, y al morir este, en 1990, inició los cuidados. De religión tradicionalista, analfabeta y monolingüe.

Inició su padecimiento en 2008 con elevada fiebre. Quería ir al biomédico, pero no pudo, así que le pidió a su hija, que también es *j-ilol*, que le rezara en la iglesia. «Cuando le empezaron a rezar tuvo tembladera» (escalofríos) y para controlarla le dieron una pastilla. Después se desmayó. Del

susto que la hija sufrió también se enfermó y fue necesario que una tía las curara.

Tres años después se enfermó de nuevo. Acudió a la clínica de Chamula, donde le detectaron «poquito de azúcar» y obesidad. No aceptó el tratamiento con fármacos, pero suspendió su consumo de café, refresco y grasas. Coca-Cola® no toma, solo agua. Respecto a la dieta, come de todo, «lo único que le cae mal es el pollo de granja y el queso», por la cantidad de grasa que tienen. Ha acudido a revisiones pero los biomédicos le han dicho que no necesita medicina. Tampoco toma plantas.

Los *j-iloletik* le dijeron que «su problema venía de que sacaron su *vayijelil* (animal compañero) del corral y lo tiraron». Eso sucedió en el momento en que se desmayó durante el rezo. Lo que se traduce en que «le estaban poniendo vela (*akchamel*)». Mejoró después de los rezos que le hicieron los *j-iloletik*. Y terminó de curarse también mediante rezos. Después sufrió de *majbenal* (dolor de todo el cuerpo), que se le alivió con un baño de flor de rosa preparado en agua caliente y aplicado donde había dolor. «Hay otro que se llama *majbenal*, es como cuando le pegan a una persona, aunque estás bien, pero en un momento te da escalofrío y dolor. Y empiezan a rezar sin velas, solo con unas yerbas o las hojas de rosa o con laurel, y ahí empiezan a rezar con agua mezclado puesto en guacal, con eso pasa el dolor».

Aunque Juco tiene mandato para ayudar a sanar, cuando reza no toma Coca-Cola®, en ocasiones solo «Tangüi». Hace cuatro años dejó de usar refresco al rezar y dado que en los eventos sociales no se requiere tomar, lo regala.

Sobre las velas indicó:

Es que anteriormente mi papá era dirigente de los tres barrios. Cuando él rezaba no existía la gaseosa, eso era el refresco; lo que utilizaban era la chicha, porque no había refrescos de Coca. Las velas eran de siete colores anteriormente: blanco, cebo, verde, negro, oro, rojo y amarillo. Si era para la envidia se utilizaban los siete colores. Si era para ir a pedir apoyo se utiliza blanco, oro, verde, cebo, y el negro para la protección del mal.

El elemento emocional que detonó la aparición o el recrudecimiento de sus enfermedades fue la preocupación y la tristeza de que dos de sus hijos fueron alcohólicos y sufrieron una muerte temprana, aunque en su historial también se hace referencia a la muerte de su padre siendo ella niña, y a la muerte de su esposo, también a consecuencia del alcoholismo.

Análisis

Doña Juco concibe su DM como un padecimiento leve, sin establecer una distinción plena entre las otras dolencias que también menciona. Desde una subjetividad inmersa en criterios sobrenaturales, ella alude en términos generales al derribo de su *vayjelil*. Por lo tanto, sigue las pautas de tratamiento propuestas por los *j-iloletik*. Sin embargo, también la vincula al impacto emocional por la pérdida de sus hijos.

La historia de dolencias que describe se traduce en un fuerte y constante sufrimiento emocional a lo largo de su vida. Ante esto es posible pensar esta relación intrínseca entre sus pérdidas y su estado de salud como una constante en su vida. Se trata principalmente de una historia de pérdidas que, en términos generales, la mantenían en un estado de desamparo, dependencia e indefensión.

En lo correspondiente a su interacción con el centro de salud local, más allá de ciertas tentativas percibidas como inútiles, resulta nula en la lógica que traza al hablar de sus enfermedades. Sobresale el intenso dolor generado por la muerte de sus dos hijos. La narración de estos episodios fue entre llanto. En su subjetividad, sus padecimientos tenían como fuente el efecto de las pérdidas, que impactaron en su salud. En lo que toca a su diabetes, derivado de su narrativa, es posible suponer que esta aún no había alcanzado niveles críticos; por lo mismo, la entendía y la vivía con la misma lógica que sus otros padecimientos.

Lórez

Don Lórez, 62 años en la primera entrevista, murió un año después. Tradicionalista, expresidente municipal, productor de pox, comerciante y campesino, estudió hasta cuarto grado de primaria. Sabía leer y escribir. De posición económica desahogada, enviudó y se casó nuevamente. Su padecimiento inició a finales de octubre de 2011 con sequedad de boca, debilidad, pérdida de peso. Él y algún amigo coincidieron al pensar que lo que sucedía era porque se le subió el «azúcar». Acudió al biomédico para hacerse exámenes y la sospecha se confirmó; además, los *j-iloletik* le dijeron que tenía problema de riñón y humo de leña en la próstata.

Según Lórez, antes esa enfermedad era desconocida, y a lo mejor hubo gente que murió de eso, pero no sabían qué era. No había tanta enfermedad, eso empezó con el uso de líquidos para la producción de alimentos.

Antes de eso no sabíamos qué cosa es la enfermedad porque anteriormente los papás, los abuelitos, los tatarabuelos, que no lo sabían qué cosa es azúcar si siempre habían muerto unas personas así con azúcar, pero ya lo sabes que no lo sabían qué cosa es, es que no teníamos costumbre, teníamos costumbre para evitar la enfermedad o de azúcar con pura hierba, la gente anterior, curan por pura hierba van a buscar en el monte lo ponen a hervir a tomar y ahí se sana la enfermedad, pero ya mucho antes, ¿pero ahorita qué pasa?, muchas enfermedades, ¿por qué?, porque con mucho fertilizante ya la milpa, hortaliza, papa, repollo, etc. Con puro fertilizante, con puro químico, ya vez que el papa lo ponen fertilizante, lo ponen otros líquidos químicos, y ahí vienen creciendo las papitas ahí lo chupa ya todo también el líquido y todo eso, bueno, y creciendo ya está macizo la papa ya lo arrancan para ir a vender en San Cristóbal, pero ya vez que está afectado con fertilizante con tantos químicos.

Ahí es donde empieza ya la enfermedad porque anteriormente no había eso es pura natural orgánico, las papas, repollo, las milpas y todo 'horita ya cambió mucho por eso es donde agarra mucho la enfermedad, empieza dolor de pie mucho ácido úrico y hay veces nos pone vómito, hay veces nos agarra calambre y dolor de estómago, hay veces de pura diarrea, hay veces de pura tos, porque no lo sabemos cuál es la enfermedad que tenemos.

Pero sí hay, hay remedio como me han dicho, como mi amigo, un mi amigo que hay remedio para evitar toda la enfermedad, nomás que quiere un poquito de dinero para comprar en la farmacia pero hay que hacer la lucha para no morir, hay que evitar toda la enfermedad si no hay paga en la casa, hay que prestar por ahí, para evitar la enfermedad porque si no se muere uno, ¿por qué?, ¿por qué te digo que se muere uno?, es que habían muerto muchos los compañeros por no saber qué enfermedad tiene en su cuerpo; hizo mucho dolor de cabeza, dolor de corazón y mucho ácido úrico donde te digo que mucho fertilizante y otros químico mucho, cambió, mucho.

Además, los refrescos, contienen mucho gas y azúcar y eso enferma a la gente de diabetes. Que lo mejor es tomar todo sin azúcar, el café, los tés, las aguas de fruta. Entonces, vamos a platicar sobre de la Coca Cola, imagínate, la Coca Cola tiene mucho gas, mucho gas, y la Pepsi. ¿Qué cosa quieres tomar? Yo me gusta mucho Coca, ¿y usted? Yo también me gusta mucho Pepsi, ¿y usted? Yo me gusta este Fersán, etc. No sé de qué clase de refresco, puro refresco, pero está muy dulce ¿por qué?, porque es pura azúcar. Ahí donde nos pega creo el azúcar, por eso se vuelve dulce la sangre. Me platicó mi amigo que ya no se puede tomar mucho refresco hay que evitarlo eso por eso hay agua, se puede tomar café sin azúcar, se puede tomar té sin azúcar, o si no se puede tomar agua simple es mucho mejor, pues ahí donde nació la enfermedad amigo.

Las emociones que influyeron en la aparición de su padecimiento fueron, por un lado, la profunda tristeza que le produjo la enfermedad y el posterior deceso, en 2008, de su primera esposa, mientras él tenía cargo en Chamula. Por otro, su medio hermano lo despojó de un terreno que Lórez había comprado. El hermano argumentaba que esa era su herencia y se apoyó en el testimonio falso de la madrastra, litigio que fue resuelto por las autoridades de Chamula a favor del medio hermano.

De 2008 estamos allá en mero pueblo con mi esposa, estaba contento la señora. Pero el mes de febrero empezó la enfermedad, le agarró la diarrea, el vómito, le compramos el remedio y buscamos curandero y médico y no, al fin se murió en tercer día y ahí falleció la señora, pero ya ves que estoy ahí en mi cargo de

Chamula pue, me puse triste, yo creo que ahí me agarró un poquito la enfermedad, me puse triste sí, porque se falleció pues la señora.

Y después, ya tiene años que me vino molestando mi medio hermano, aquí en la comunidad, en Yutosil II, primero quitó un pedacito de mi terreno que es mi propio terreno, es comprado de mí, pero puso como su herencia.

—¿Y por qué me estás quitando mi terreno hermano?

—No, no es tu terreno, es mi terreno, es mi herencia.

—No, hermanito, no haces así, lo tengo comprado.

—No —dice.

Hasta que me llevó a Chamula con el bienes comunal, como se ganó porque vive todavía la señora, su madre ya es una señora maciza, está viejita, esa es su arma de quitar el terreno.

—¿Pues no sé qué piensas, tía? —dijo el bienes comunales.

—Pues no es su terreno, es mentira, mi medio hijo quiere quitar, pero es su terreno mi hijo, es mentira, es herencia pues.

Ahí me puso triste donde ganó un pedazo mi terreno propio mío. Ahí entonces empezó a bordear toda la herencia. Ahí me pegó la enfermedad, pero primeramente Dios yo creo que hay remedio.

Durante su cargo tomaba poco refresco y pox, «pero antes mucho, tres o cuatro refrescos por día». Dejó de consumirlo por consejo de un amigo que le sugirió evitar todo lo que tuviera azúcar:

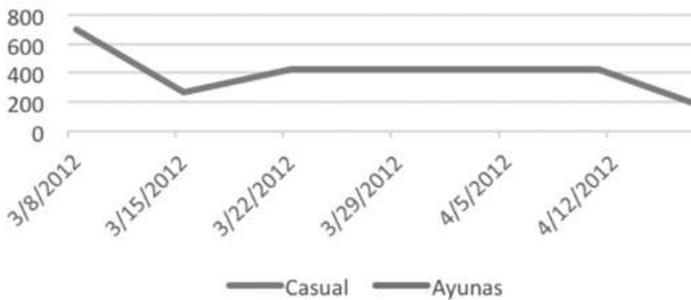
Igual alcohol, refresco, en el día hay veces tomaba tres o cuatro botellas el día, pero como para saberlo si nos pega enfermedad, después cuando vino otro nuevo refresco estamos mirando que es mejor refresco todavía, tres kilo de refresco sí porque nada nos dice que no sirve beber refresco.

Al aludir a la comida describió que antes de los agroquímicos comía muy bien, pero con su uso le tuvo asco a la comida, tanto a los vegetales como a la carne, que incluso le produjo ácido úrico. Su dieta estaba conformada principalmente por verduras, bajó la ingesta de tortilla (hecha a mano) de siete a tres en cada comida, «bien tostadas». El maíz él lo

sembraba sin agroquímicos y era para el consumo familiar anual, aunque en ocasiones compraba un poco.

La lectura de glucómetro que se le realizó en la primera visita arrojó más de 700 mg/dl (lectura fuera del rango del aparato). Aceptó la sugerencia de visitar al internista, quien le dio tratamiento. Al terminar las primeras cajas lo suspendió, incluso cuando sus niveles de glucemia descendieron significativamente (192 mg/dl, casual).

Gráfico 8.1 Lórez. Glucemia



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Después de terminar el tratamiento decidió buscar atención con un etnomédico, y a pesar de presentar complicaciones renales, siguió el tratamiento hasta su deceso, el 30 de noviembre de 2012.

Análisis

Lórez estaba consciente de que el azúcar no se cura y solo se puede controlar. En consecuencia, atribuyó como causa de su enfermedad un par de episodios que le provocaron un profundo impacto emocional: la pérdida de su esposa y que su hermano lo hubiera despojado de su terreno.

Este último drama tiene como trasfondo sociocultural los conflictos de herencia, muchas veces, aunque no exclusivamente, relacionados con la práctica de la poligamia entre los hombres chamulas, aquí con la

singularidad de que fuera la madre de su hermanastro quien actuara como testigo «falso» cuando la disputa se dirimió ante las autoridades.

Lórez nos habló de dramas y emociones que tuvieron efectos en su salud, reconociendo e incorporando otros factores que al igual contribuyeron negativamente en su estado, en específico el consumo de refrescos, cuyo contenido en azúcares, como él lo imagina, pasa directamente a la sangre, lo cual, según sus palabras, a él le ocurrió.

Situando la problemática de la DM en un panorama más amplio, resulta de sumo interés observar que Lórez enuncia todo cuanto compete a los cambios tecnológicos en la producción de alimentos como un proceso que antecede al advenimiento de enfermedades que ya no pueden ser tratadas ni superadas mediante las infusiones de hierbas con las cuales solían resolverse los problemas de salud.

Por último, llama la atención que estando plenamente consciente de estos contrastes, Lórez optara por continuar con la mediación de terapeutas tradicionales en vez de seguir los preceptos biomédicos, aun cuando con el último tratamiento biomédico tuvo una sensible mejoría. Tal decisión significó a final de cuentas perder la vida.

Ría

La entrevista a Ría, mujer de Saclamantón, fue indirecta, realizada a un hijo suyo con ella siempre presente y en ocasiones participando. Él puntualizó que antes de la aparición de los síntomas, su madre estaba obesa (75 kg). Residía en la cabecera municipal de San Juan Chamula, donde cumplía un cargo junto con su esposo. Inició con polidipsia y poliuria, que intentaba aliviar mediante la ingestión de dos o cuatro refrescos por día. Decidió buscar asistencia médica un día que orinó siete veces y sintió que se iba a desmayar. Su padre, que era hierbatero, le dio algunas plantas con las que en ese momento se controló. Durante años se trató con *j-ilol* y consumiendo hierbas que le recomendaron, como *chail pox* (aguardiente

amargo) que crece en tierra caliente y otras compradas en San Cristóbal, pero eso no le dio resultado.

Al no mejorar con esos tratamientos Ría acudió a la clínica de Saclamantón, donde le detectaron 500 mg/dl de azúcar, razón para administrarle metformina y glibenclamida. La internaron en el hospital regional, donde le administraron insulina rápida vía intravenosa. A los dos días fue dada de alta con la glucosa regularizada, pero después los síntomas iniciales volvieron, por lo que siente que «lo que ahí le hicieron no le sirvió».

Un amigo diabético le sugirió tomar un licuado de nopal con perejil y matasano, y con ese remedio le bajó la glucemia a 350 mg/dl. Además de las plantas medicinales, desde hace cuatro años toma otros medicamentos con los que al parecer se le controla el azúcar, pero tienen el efecto colateral de amargarle la boca.

Al buscar la causa, inicialmente ella y sus familiares pensaron que era *poslom* (una bola que crece fuera y dentro del cuerpo), certeza que provino de un sueño en el que cumplía con un compromiso en Chamula y comía mucho pescado. Tenía claro que soñó eso porque no estaba dispuesta a cumplir de buen grado su compromiso como *paxión*, lo que, desde la mirada retrospectiva del hijo, representaba una advertencia que su madre no atendió y eso se reflejó en su enfermedad, como castigo. Por otra parte, la familia enfrenta serios problemas económicos para sostener el tratamiento de Ría, y ella no mejora. Aportan el hijo, el esposo, y en menor cantidad una hija casada.

Persiste la polidipsia y la poliuria. Ha disminuido sensiblemente de peso (pesa 37 kg) y empieza con complicaciones como disminución de la agudeza visual. En algún momento fue atendida por una nutrióloga, quien le indicó no comer pollo, carne, galletas ni refrescos ni pozol, poca tortilla.

Saben que hay tres tipos de azúcar: la que se cura con plantas, «otro que es más difícil y otro que no se cura y que incluso se sube el azúcar cuando se toman plantas». La roja es causada por el consumo excesivo de refresco y café con mucha azúcar.

Hace 27 años murió uno de sus hijos, por quien aún llora frecuentemente. Nos cuentan que en su momento el suceso le provocó un fuerte

dolor de estómago. Deducen que eso y las borracheras del marido, en las que él lloraba, la mantenían muy triste y preocupada. Piensan que eso influyó en que le diera azúcar. Además, el marido «recibía cargo» y eso ocasionaba enorme ansiedad, por el dinero que se necesita para cubrir los gastos.

Ría ya no tiene esperanza con los doctores, por eso prefiere ir con los *jpoxtavanejetik*, «porque estos al menos la ayudan a caminar un poco».

Análisis

Desde una subjetividad inclinada hacia lo natural, sin minimizar el efecto de lo sobrenatural, y una perspectiva que hemos referido como horizonte amplio, la principal vía de tratamiento para Ría fue la basada en herbolaria y en la atención proporcionada por terapeutas tradicionales, aunque también asistía al centro de salud de su comunidad con renuencia a trasladarse hasta San Cristóbal para que se le practicaran estudios, pues eso implicaba gastos difíciles de cubrir.

Con base en los razonamientos y fundamentados en estas experiencias, inferimos que tanto ella como su familia y gente de la comunidad han establecido la idea de la posible existencia y clasificación de tres clases de diabetes, a manera de una alternativa para distinguir entre aquellos padecimientos que se curan con plantas medicinales y aquellos que no lo hacen.

Pese a esta distinción, hay que puntualizar en el hecho de que ella y su familia inicialmente atribuyeron su situación a *poslom*. Sobre este se ha documentado (Eroza, s/f) que se trata de un mal de cualidad fría, que es introducido, en efecto, por mediación de sueños motivados por la hostilidad y el deseo de dañar a la víctima. En este ejemplo, sin embargo, el móvil de la ensoñación se refiere a que el castigo está vinculado con el incumplimiento del cargo, dados los costos que conlleva, lo cual al parecer es percibido como un tema de castigo divino provocado por lo que se experimenta como culpabilidad por una falta de compromiso y convencimiento para con un deber sagrado. Es de llamar la atención, no obstante, que al narrar

dicho episodio el hijo de Ría lo señale como una advertencia a la que no se le concedió atención y por lo tanto como la causa del padecimiento.

Pasquí

Mujer de 60 años, viuda, analfabeta, monolingüe, tradicionalista, gana algo de dinero limpiando milpas y torteando para los mayordomos, y ahí está forzada a tomar Coca cada que le ofrecen. Cuando estas fuentes de ingreso no están disponibles para ella, también teje.

Indicó que su DM inició en 2009 con dolor de brazos, que cree consecuencia de haber llorado mucho por la tristeza ocasionada por la muerte de sus dos hijos, especialmente el mayor (murió picado por abejas en SCLC), que era el segundo en fallecer y el único que la apoyaba (el otro murió cruzando la frontera hacia los Estados Unidos), y por esa razón Pasquí no comió suficiente durante tres semanas. Sentía un dolor en el pecho y todo el cuerpo, «como una bola que subía y me mareaba». Cada vez que pensaba en sus hijos sentía los dolores.

Visitó al biomédico en San Cristóbal, quien luego de un examen de laboratorio le informó que tenía DM, sin decirle cuánto de glucemia. Cada mes acudía a revisión a la clínica donde se la diagnosticaron. Tomaba dos tipos de pastillas tres veces al día, que siempre le proporcionaron sin costo. Cuando tomaba café con azúcar o Coca-Cola® se le secaba la boca y orinaba con frecuencia, y si tomaba uno tras otro no lograba dormir.

Ha buscado a los *j-iloletik*, pero «no dicen si tiene uno azúcar, solo *ch'ulel* [en este caso, enfermedad del *ch'ulel*-alma], *ilbajinel* [echar mal] *chonel* [venta del *ch'ulel*], *ti ontón* [corajes y envidias de otras personas]». A ella le diagnosticaron *ti ontón* «muy fuerte», le dijeron que quienes le enviaron el mal querían ver muerta a toda la familia. Pusieron velas y le rezaron. Ella daba crédito a esta teoría y la asociaba a la muerte de sus dos hijos y a la de su esposo, quien murió asesinado y descuartizado. Explicó que la labor del *j-ilol* era la de poner una protección para que la envidia no avanzara. Los rezos le costaban entre \$300.00 y \$400.00, lo que pagaba

«con su Oportunidades» y con lo de las becas de su hijo e hija menores. Otra sensación era cuando al levantarse tras mucho tiempo de estar sentada veía pequeñas luces, se mareaba, le dolía la cabeza y el pecho.

El porqué de la envidia percibida era la disputa por un terreno. Ella no era originaria del paraje donde se ubica el predio; llegó a vivir allí con su esposo, quien sí era oriundo, y en el tiempo de la entrevista radicaba ahí con sus dos hijos más pequeños, en la cabecera, por miedo y por necesidad de sobrevivir. Por rumores supo que una vez que acabaran con su marido y sus hijos, el hombre con quien estaban en conflicto por el terreno haría lo propio con ella y con los dos hijos que aún le quedaban.

También sentía un dolor muy fuerte en la mano, se «le engarrotaba», y solo se aliviaba con masaje; se observaba una pequeña protrusión en uno de sus dedos. Nos dijo que en la clínica de Oportunidades solamente le daban medicamento para el azúcar, nada para el dolor o las luces y el mareo, no le proporcionaban ni diagnóstico, ni receta, ni tampoco le indicaban qué comprar.

Análisis

Pasquí habla de su experiencia con la DM solo en términos de su diagnóstico y la prescripción médica. No obstante, subjetivamente identifica como causa sus infortunios más dramáticos, que gradualmente la vulneraron hasta enfermarla. Identifica la muerte de sus hijos como detonante de sus síntomas y posterior diagnóstico de diabetes.

De tal suerte, la DM puede ser vista como una circunstancia que pauta el sentido de su testimonio. Pasquí relata eventos trágicos ocurridos durante los últimos 10 años. Revela un efecto acumulado de su estado emocional y físico. Por otro lado, deja entrever que sus dolencias no solo se debían a la diabetes, hecho que el personal del centro de salud le corroboró, indicándole que debía atenderlos por su cuenta. Adicionalmente, ella también nos permite percatarnos de que, por sus precarias condiciones de vida, su

subsistencia y el manejo de sus emociones, estaba lejos de ajustarse a las medidas de control que demandaba su estatus de paciente.

En su acepción más amplia puede observarse también una incidencia de corte estructural. En sus padecimientos y dolencias no solo los estados emocionales actúan como causales; la muerte de su hijo mayor, la más reciente, se traducía al mismo tiempo en la necesidad de subsistir con apremios y actividades que emprendía y que le generaban efectos negativos a su salud sin poder eludirlas.

Por sus carencias económicas no solo para comprar medicamentos sino también para sobrevivir, ella encaraba el dilema de atender su salud o alimentarse ella y a los suyos, opción esta última por la que se inclinaba. No obstante, se veía obligada a quedarse en casa cuando sus problemas de salud le impedían moverse. Se hace hincapié en la dificultad de seguir la dieta indicada ante la urgencia de saciar su hambre y la de los suyos haciendo tortillas y comida destinada a los festines propios de las celebraciones religiosas, alimentos que distaban mucho de ser los prescritos por los médicos.

Más allá de lo que se visualiza como un asunto eminentemente médico, ella revela la estrechez de miras para entrever los causales más amplios de una problemática compleja de salud y de lo que significa una experiencia semejante para una persona en su condición.

En cierto momento ella expresó que la consulta con *j-iloletik* no era para tratar una enfermedad como la diabetes; sin embargo, al abordar este tema Pasquí halló un motivo *ad hoc*, tendiente a revelar el sentido que otorgaba a sus adversidades, es decir, a las experiencias relacionadas con tensiones sociales experimentadas por un largo periodo de tiempo, por parte de ella y de su esposo, en las cuales reposaba el propio sentido que le otorgaba a sus males e infortunios, entre los que aun de manera indirecta participaba su propia diabetes.

De tal suerte, entre las teorías causales atribuidas a las adversidades y desgracias experimentadas por ella y su familia, el eje articulador es la causación por *ak'chamel*, proceso en el que priva una intersubjetividad matizada por diversos grados de violencia, alimentada en primera instancia por

una añeja pugna por un terreno y, por lo tanto, la supuesta o real hostilidad de quien participa como contrario. También se observa que esa actitud se ve reforzada por el hecho de que el hombre, contraparte en disputa, divulgaba rumores para hacerla sentir más amenazada. Hemos observado en Chamula y en contextos culturalmente similares que esta es una estrategia común con fines intimidatorios.

Esta hostilidad «manifiesta» se incorpora a su imaginario como la fuente continua de toda la violencia que, desde su visión, se materializó en sus pérdidas y que nutría sus temores. Miedos que, por ende, la inducían a mantenerse protegida por las medidas rituales emprendidas por los *j-iloletik*, aun a costa del dinero que ella y sus hijos recibían del programa Oportunidades.

En su testimonio se advierte la autopercepción de vulnerabilidad al ser una mujer que no cuenta con figuras masculinas protectoras en un entorno comunitario controlado por hombres, lo que en muchos sentidos la posicionaba en desventaja haciendo aún más dramático el sentido de amenaza en que vivía. Todos los factores de vulnerabilidad propia y de su familia eran para Pasquí una fuente continua de inquietud que influía en su salud.

Rosa

Mujer de 42 años que estudió hasta el tercer grado de primaria. Trabajaba en las labores domésticas. La entrevistamos en su domicilio, situado en la cabecera municipal de San Juan Chamula, a una cuadra del entonces centro de salud local. Su esposo se dedicaba a actividades comerciales. Por los materiales de construcción de la vivienda, la amplitud del terreno y lo profuso del inmobiliario, se observaba que sus condiciones económicas eran favorables. Su esposo estuvo presente durante la entrevista, pero se ausentó brevemente, momento aprovechado por Rosa para narrarnos algunos temas que solo pudo contar mientras él no estuvo.

Padecía DM desde hacía algunos años. Su primer diagnóstico lo obtuvo con un *loktor jchi'iltik*, antiguo enfermero del Instituto Nacional Indigenista

que trabajaba en San Pedro Chenalhó, a quien consultó al experimentar síntomas que le hicieron sospechar la enfermedad.

Ella informó al personal del centro de salud local sobre su condición de diabética, por lo que desde entonces se mantenía nominalmente bajo control en el propio centro.

Dicen que tengo azúcar, creo que ya llevo tres años. Es que llegué la primera vez en Chenalhó, hay un *loktor* allá, él me sacó mi sangre para analizarlo por lo que se me secaba mucho la boca, porque me sentía mal, estaba muy débil. Todavía no sabía que tenía azúcar, solo que me empecé a enfermar, me sentía mal, otro poco me iba a morir, como que en sueños me agarró, me dio diarrea y me empezó a doler mucho mis brazos, mis pies, por eso me fui ahí y me dijo que ya me había dado el azúcar. Así fue como me encontraron la primera vez que me checaron, me mandó pastillas como las que tengo ahorita; me sacaron la sangre. En ese entonces no tenía mucho que me sentía así, solo me preguntaba si era azúcar porque se me secaba la boca. Ya sabía que así son los síntomas, porque no muy tomo agua en las noches, solo sentía que se secaba mucho mi boca y me debilitaba mucho, por eso me fui ahí y me dio mis pastillas, que con eso me curaría, lo que ya no me acuerdo es cuanto nos costó.

Entonces pregunté si de verdad tenía azúcar ya aquí con las enfermeras.

—¿Tienes azúcar? —me preguntaron.

—Que sí —le digo.

Entonces me sacaron mi sangre y me la checaron, por lo que siempre llevo en la clínica por mi Oportunidades. Desde que vieron que sí tengo, ahora me citan de cada mes, me dan siempre mis pastillas cada que voy, pero yo las dejé de tomar porque cuando las tomaba en las mañanas, a eso de la una o dos de la tarde, me empezaba a mascar y temblar mi corazón, sentía que se me subía.

Por eso Rosa dejó de tomar las pastillas y buscó atenderse con plantas medicinales, medicación con la que mejoró.

Me dijeron que hay plantas que sí le vale, y me lo buscaron, esa persona quien me hizo el favor de buscarlo le di paga de su refresco, como que eso le está

valiendo, y las pastillas las dejé de tomar, porque ya va para tres o cuatro veces que me hacen mal...

Adicionalmente, decidió buscar la atención de médicos tradicionales:

También busqué unos cuantos *j-iloletik* y ellos me han dicho que el azúcar que tengo es provocado, que así han deseado que me enferme de eso. —Toma el refresco, el café, no le tengas miedo —me dicen los *j-iloletik*, como ya lo había dejado de tomar, porque así me dijeron allá en Chenalhó.

Sin embargo, se vio obligada a mantener interacción con el centro de salud, para conservar su papel de beneficiaria del programa Oportunidades; aceptó someterse a las medidas de rutina del control de su diabetes, aunque aparentó tomar las pastillas prescritas.

Rosa y su esposo, pero sobre todo ella, dijeron tener otros padecimientos, para ella eran dolencias particulares, aunque los médicos le decían que al menos algunos eran consecuencia de su diabetes, lo cual para ella no tenía mucho sentido. Estos argumentos de los terapeutas tradicionales alimentaran en Rosa la idea de que había otra suerte de explicaciones.

Rosa: —Es que también me lesioné de mi pie, pero fue mucho porque no se me curaba, me caí en la puerta de mi casa... me espanté mucho y me dijeron que puede ser posible de que me haya dado el azúcar, ¿será que sí? —dije nomás.

Esposo: —Es que yo he sabido de una enfermedad que es la gangrena, está revuelto con *ilbajinel* su enfermedad, porque sí ya se le puso verde y ella tuvo mucho miedo, hasta eso ya sacaba pus. —Mejor vamos a San Cristóbal para que te lo curen —le dije—, fue que ahí le lavaron, pero le encontraron que sí tenía azúcar. No me acuerdo qué tanto le encontraron. —Le vamos a dar algo para la infección y a dar su medicina para su tos —dijo—; pero como que no le valió.

Rosa: —Entonces me fui con una curandera a preguntar lo que tenía, es que tuve un sueño en donde me decían que mi pie no se me iba a curar, yo solo veía cómo la sangre no paraba de mi pie.

—No se te va curar, como es *ilbajinel* lo que tienes, quiere que te vayas con San Lorenzo, y 200 velas le vas a poner —me dijo.

—¿Entonces mi pie no se me va a curar? —dije.

Porque apenas había ayunado para que me pusieran mi vela cuando me caí; entonces yo dije que era *ilbajinel* lo que de repente me venció, porque estaba débil todavía de mi ayuno. Primero fuimos allá en San Cristóbal, pero como digo, no le valió, me mandó mis pastillas y otros medicamentos, pero nada. Era el doctor Ornelas que le dicen, ahí llegamos con él. Fue por mi pie, y me mandó mis pastillas hasta para mi azúcar me mandó. Pero ninguno de los dos le valió, ya fue que busqué un *j-ilol* para que ponga mi vela, había uno que según le hablaba a un santo en un cofre, entonces ahí me dijo que era puro *ilbajinel* y que ordenó que lo quemara con una planta mi pie; hay una planta que se llama *k'uxpeul*, la planta tiene unas frutas grandes, que eso le vas a poner, porque ya también es *poslom* 'mal echado', así que búscalo, me dijo; entonces lo busqué y empecé a quemarle y con eso le valió a mi pie, a pesar que ya tenía pus, pero con eso me salvó, dilató como unos 15 días, lo aguanté con mucho dolor y el pus, como según lo estaba curando con la pomada que me mandó el doctor, le echaba y luego lo envolvía, como que eso no le gustó, se me fue infectando y empezó a salir pus.

Esposo: —Ya se te está pudriendo tu pie —le dije—. No creo que fue por el azúcar, ese fue muy grande su lastimada. Porque se le abrió bastante.

Rosa cree que fue el *Me-santo*,¹³ el que diagnosticaba por mediación de un santo parlante, quien la ayudó a superar el trance relacionado con su pie.

Rosa: —Se me abrió mucho aquí, se levantó la piel, y no me dejaba hincarme. Le tuve fe porque es bueno y dijo que quedó mi *komel* 'susto', sí es cierto porque solo se me hinchaba y se me calentaba mucho mi pie, si lo aplasto se sumían mis dedos, me dijeron que me curarán de mi *komel*, y sí lo hice, busqué a alguien que me llamara, eso le valió, bajó la hinchazón de mi pie. Por medio de

¹³ *Me-santo*: persona que tiene comunicación directa con algún santo mediante una caja a la que en ocasiones se ha denominado «caja parlante» con la que ayuda a sanar. Se dice que tienen mayor poder que los *j-iloletik*.

curaciones me curé porque me pusieron mi vela y con eso, y de las plantas que me dijeron que le echara a mi pie, pero cuando me volví a ir a San Cristóbal ya no me dolía, porque no solo era mi pie que me dolía, también mi cuerpo, pero ahorita ya se me quitó, yo pienso que con todo lo que me pasó primero, me dio la diabetes. Me atendí con el doctor y con el *Me-santo* al mismo tiempo, pero con el *Me-santo* le valió.

Rosa y su esposo describen un episodio más con instancias biomédicas, ocurrido tras superar el problema de su pie:

Esposo: —Del azúcar te mandaron a San Cristóbal y luego ya te vieron acá en la clínica, pero fue cuando te encontraron con la azúcar muy elevada, no sé si te encontraron con 180.

Rosa: —Pero fue cuando mi pie ya se había sanado.

Esposo: —Entonces el doctor se molestó cuando le dijimos que le está haciendo mal, que apenas da resultado.

—Si las pastillas ya no te sirven, entonces ya no te voy a dar más, ya solo te voy a dar...

—No me acuerdo cómo es que se llamaba lo que dijo que le iba a dar, no sé si era inyección lo que iba a dar.

Rosa: —Pero yo ya no quise, yo le mentí diciéndole que sí lo estaba tomando.

Esposo: —Porque ya se había molestado de que las pastillas no le hacían efecto, entonces le volvió a mandar, pero no lo toma porque de veras no le hace nada de efecto y le hace mal.

Rosa: —Yo creo que ya no es necesario que lo lleve —le dije a la enfermera.

—Mejor llévalo, tú ves en dónde las pones —me dijeron, y por eso ya tengo mucho aquí.

Esposo: —De su diabetes no se ha curado totalmente, a veces le sube y le baja, no se ha curado del todo. Ahorita no sabemos cómo está, si está elevado o no, si no se cuida se le sube luego, pero no se le ha quitado totalmente.

Rosa: —Pero ¿será que ya las puedo dejar allá en la clínica mis pastillas?

Esposo: —Yo digo que mejor las traiga. Le dije: —Mejor te las traes para que vea que según las estás tomando, y si no las traes ya ves que se molesta el doctor. No lo sabe el doctor qué plantas toma, si le decimos, ya no va volver a

mandar las pastillas u otras medicinas que vayamos a necesitar; como cuando le dije que no hace nada de efecto se molestó, pero después le dije que sí lo tomaba.

Una vez asumido que con las plantas medicinales su estado de salud mejoró sustancialmente, Rosa decidió que tampoco requería someterse a un régimen de alimentación que nada le ayudaba a su bienestar emocional. Sobre esto ella argumenta:

Me dijeron que no es necesaria la dieta, que puedo tomar el refresco, —hasta puedes comer chile—. Me dijeron. No parece que me haga daño el refresco, tampoco tomo exageradamente, porque también dejé de tomarlo, ya no tomo mucho, apenas la mitad, ya no acabo una botella, pero de vez en cuando. Voy a ver si le vale si no tomo mucho refresco —dije así nomás. Y como que sí ha habido resultado que no estoy tomando, los doctores han dicho que es mejor tomar pura agua y sí, también tomo agua. Hasta eso, pongo a hervir una olla grande. Diario lo tomo, pero si es la semana que me toca tomarlo es del diario y en las mañanas, es un vaso o más de uno, como sé que es muy caliente la planta, no lo tomo seguido, una semana sí y para la otra no, y no muy como cosas frías por lo que es muy caliente, como dicen mis padres. Ahorita no lo estoy tomando por lo que no lo he ido a buscar, pero cuando lo consigo, lo vuelvo a tomar.

El doctor me dijo que no puedo comer mucho la carne: —No comas la carne, no comas el pollo, lo que sí vas a comer es pura verdura, toda clase, y las frutas; tampoco vayas a comer huevos, solo puras verduras vas a comer, tampoco vayas a tomar el pozol.

No lo puedo dejar de comer, lo que sí dejé de comer seguido es la carne, porque también siento que sí me hace engordar, ahora de vez en cuando lo comemos, si se nos antoja lo compro, pero no seguido, como estoy acostumbrada a comer lo que es la verdura, es la que como seguido. El chile no me hace nada, pero tampoco como mucho, apenas un poco. Hasta eso, me prohibieron que coma la tortilla, que solo unas dos nomás sí lo como, pero ¿cómo voy a aguantar así? No estoy acostumbrada. Pero hoy como normal, no hice lo que me dijeron, cada que voy a mi cita en cada mes, me pregunta que cuántas tortillas estoy comiendo, pero le digo que estoy comiendo solo tres tortillas. —Ahora ya

solo vas a comer dos tortillas —me dicen ahí. —Todavía vas a dejar de comer mucho porque estás muy gorda.

Pero yo no estoy acostumbrada a comer poco, y además he estado así un poco gorda, no hasta ahorita, así que no he dejado de comer lo que me dijeron, como normal, como estoy acostumbrada. Lo que sí dejé de tomar un poco es el refresco, a veces dejo de tomar como tres cuatro días, pero ya no me acabo toda la botella, al menos si me regalan tengo que terminarlo, pero también es de vez en cuando.

Al describir sus otras dolencias, Rosa explica que de acuerdo con los *j-iloletik*, todas fueron causadas por alguien más; uno de los signos más relevantes para ella residía en sus sueños, cuyo contenido era visualizado como el detonador, pero también, además de los mensajes de los propios *j-iloletik*, eran una prueba más de la hostilidad de alguien hacia ella.

Yo creo que tengo enemigo: —Estás vendida en las cuevas, estás vendida en el panteón, en todas partes. Y por eso ya no lo iba a pasar, otro poco ya me iba a morir. Y lo bueno que sí me curé, ya no he sentido lo mismo. No quería hacer nada, dormir era lo que quería, pero así era del diario, ya sentí que me iba a morir, me mascaban los brazos, los pies. Es que estaba todo revuelto, me provocaron malos sueños (*poslom*), *ilbajinel*, eso fue lo que me dijeron, que todo estaba invocado, pero me mejoré por la curación y de las plantas que utilizaron, a veces pienso que a lo mejor ahí me empezó el azúcar, ahora ya no he tenido esos sueños malos, tal vez porque ayuné con todo el corazón como me dijeron, ya no me ha dado seguido.

En la ausencia de su marido en la entrevista ella confesó que quien sospechaba que le «estaba enviando maldad» era la otra esposa de él, quien actuaba en su contra valiéndose de los medios referidos por ella líneas arriba. No obstante, en un determinado momento uno de los *j-iloletik* consultados le dijo que sus padecimientos también tenían relación con el hecho de que ella poseía el don de curar y «que por eso te molestaban mucho»,

lo cual la hizo asumir que ella podía actuar ritualmente en su propio favor, sin necesariamente asumir el compromiso de convertirse en *j-itol*.

—Te da el *ilbajinel*, pero lo puedes hacer tu sola. —me dijo. Y sí estoy poniendo mi vela yo sola, y eso también le está valiendo, tengo que ayunar y luego pongo mi vela, yo sola, no es necesario que aprenda a ser *j-itol*...

Otro componente de su testimonio se centra en las fuentes de tensión emocional vinculadas a temas familiares y a la relación que mantenía con el centro de salud.

Rosa: —Tengo cuatro hijos, ya están grandes, el más grande ya tiene 18 años mi hijo, el otro es varón también y tiene 16 años, los chicos están de 12 y de 13 años, ya solo dos chicos tengo, así que tengo cuatro hijos. El más grande no tiene pareja, no está estudiando, él se fue a buscar trabajo, pero en vano, porque no tiene un buen trabajo, está sufriendo y también por él me preocupo, porque no muy está bien. Está enfermo, le sale sangre en la nariz, casi seguido le pasa y es por eso que también me hace preocupar, me da lástima porque casi no muy come en donde está, hasta eso, su papá le manda dinero, porque no tiene trabajo; está en Estados Unidos. Parece que ahí empieza mi enfermedad, porque me han dicho que no me preocupe, que porque me podría empeorar del azúcar, pero como digo solo Dios sabe si me voy a empeorar, porque ¿qué le voy a hacer si extraño a mi hijo?, digo nomás. Ya salió dos años que se fue, no ha encontrado un buen trabajo, está sufriendo allá porque no come bien... no recuerdo qué mes fue que habló diciendo que estaba mal, que tenía más de una hora que le estaba saliendo la sangre en la nariz. —Ya te dije que te regresarás, ¿o quieres morirte lejos, así como muchos se regresan muertos?, ¿ahora dónde voy a buscar *j-itol*? —le dije, y estaba llorando que no se le paraba la sangre, a eso le tuvo miedo. Como fue en la noche, entonces salimos a buscarle un *j-itol*, y le puso su vela luego, yo creo que sí le valió, y ya después no sé qué pasó, a lo mejor se le terminó su dinero, porque ya no ha hablado hasta ahora nada.

Sobre la relación tensa con el centro de salud expuso lo siguiente:

—Hay veces se enojan los del centro de salud, a veces no dan bien las medicinas cuando queremos, como decir, para los lombrices y no lo dan se enojan, y también que hay veces nos hacen el papanicolaou, pero no me dieron mi medicina, ya no me acuerdo cuántos años ya fue eso que no dieron nada, después que ya me llevó mi esposo a San Cristóbal al ver que no me atendieron bien aquí, pero sí, ahí me dieron mi medicina. Aquí no me dieron, en vano llevan las medicinas, «hasta que les encuentren una enfermedad», nos dicen así, pero no dan medicina, ya los hemos visto. «Si les doy medicina solo así por cualquier cosa, van a perder su Oportunidades», así ha dicho el doctor. Dicen así medio gritándonos y que por eso tenemos el apoyo.

Llego también con la psicóloga, pero no sé si sea muy necesario porque nos toca música, nos hace bailar —Van a tener que bailar —nos dice esa señora que está ahí, pero no queremos, le decimos nomás; nos reúne a todas, al igual que las que se le sube la presión, y de la diabetes, nos reúne a todas, nos hace bailar y le decimos que no tenemos tiempo de estar bailando porque hay cosas que hacer en la casa. Nos hace bailar, que si terminamos de bailar que nos empecemos a dar masajes en el cuerpo, nos hace formarnos, no queremos. De los masajes que nos hacemos que es para que se relaje nuestro cuerpo.

También he ido con la nutrióloga. Ahí me ha dicho que no coma mucho, que no coma el pollo, y toda clase de carne, que haga ejercicio, que camine mucho, así dice también la psicóloga. No he hecho los ejercicios, pero como trabajo del diario es como si hiciera ejercicio del diario, porque también me deja muy cansada. —Quiero que corras un poco —me dice siempre la psicóloga, pero yo no corro nada. Cada mes nos citan, es por eso que ya no quiero ir, ni las otras compañeras quieren regresar.

Análisis

En el testimonio de Rosa el tema que predomina es la búsqueda de sentido y coherencia que ella y, en segundo término, su esposo, intentan establecer entre dos visiones sobre su padecer. Por un lado ella expone haber descubierto gradualmente su condición y asumido el papel correspondiente

desde la perspectiva de las instituciones biomédicas, pese a que ella y su cónyuge se guiaban por lógicas y motivaciones ajenas a tal enfoque.

En estrecha relación con lo anterior, ambos, pero sobre todo ella, visualizan la DM dentro de un marco subjetivo más amplio, en el que participan otros síntomas y dolencias, al igual que acontecimientos que les permiten señalar a otras personas como potenciales responsables mediante la sospecha de que se valieron de medios intangibles para hacerles daño.

Rosa y su esposo exponen problemas de salud tratados con base en sus creencias, pero dado el horizonte amplio también en ellos presente, aunque tenemos un predominio de racionalidad tradicionalista, también permean visos biomédicos, lo que les impele a aceptar de la biomedicina lo que se traduce en un efecto real y sostenido.

Es de mencionar, empero, que el temor a perder el apoyo económico se revela como el principal móvil de la interacción con el centro de salud. Aunque también está el temor del esposo de enfadar al personal médico y en consecuencia propiciar que se nieguen a darles atención y fármacos cuando los necesiten por otros problemas de salud.

No obstante, la lógica que sobre todo Rosa traza en su interacción con terapeutas tradicionales claramente apunta hacia una dimensión explicativa de sus padecimientos, sin descartar la diabetes. Ella manifiesta su recelo generado por ser una de las dos esposas de su marido y por lo tanto visualizar en la otra a una rival y una figura amenazante. Aunque los mensajes de los *j-iloletik*, así como sus sueños, le indicaban que estaba siendo dañada por la animadversión de alguien más, están las experiencias relacionadas con su estatus conyugal, lo que le confería identidad a quien ella señalaba. No deja de ser importante la idea sugerida por un *j-ilol* en el sentido de que poseía el don de curar, idea que incorpora a sus tentativas de actuar en favor de su propia salud.

Pese a estas certezas, la vívida forma en que ella relata los contenidos de sus sueños y los efectos que tenían en su salud, dentro de sus especulaciones también se constituyen como agentes conducentes de su diabetes. A ello coadyuvaban también las fuentes de tensión emocionales. Rosa nos compartió algunos dramas en ese sentido.

En parte, ello tenía que ver con sus aflicciones cotidianas que su rol de esposa y madre conllevaban, sobre todo en un ámbito como el de Chamula, en el que su posición desventajosa se acentuaba.

Sus vínculos con el centro de salud eran para ella un tema de constante tensión, pues además de tener que presentarse como una paciente fielmente adherida al control médico, se veía compelida a vivir trances sumamente incómodos y estresantes, específicamente sus encuentros con la psicóloga y en menor medida con la nutrióloga del centro de salud. Las visitas a la nutrióloga solo agudizaban su contrariedad por las restricciones alimenticias. Resulta particularmente paradójico el hecho de que la psicóloga, en el contexto del grupo de autoayuda, promoviera interacciones tendientes a relajar a las pacientes y que al final resultaran en un motivo más de tensión.

Por último, sus aflicciones tenían que ver igualmente con circunstancias derivadas de su posicionamiento desventajoso en calidad de mujer dentro de un contexto como en el que vivía. De tal suerte, la poliginia impuesta, el confinamiento en las esferas domésticas y su sufrimiento de madre llevado al límite con la incertidumbre sobre sus hijos. Realidades todas indeseadas y difíciles de contrarrestar. Tensiones que confluyen entre las dinámicas socioculturales en el nivel local y aquellas que operan en el nivel macro, con tendencia a vulnerar de manera particular a personas como Rosa, cuya DM y sus latentes complicaciones se sugieren como el epicentro de la confluencia.

9. Sufrir de azúcar en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas

Metodología

Para este trabajo, las personas que viven con DM, maya-hablantes o mestizos, de escasos recursos, se caracterizan por no acudir o hacerlo esporádicamente a los servicios de salud y por su circunstancia de habitar dispersas, sobre todo en la periferia de San Cristóbal. Para acercarnos a los sujetos procedimos de dos formas: recurrimos a las redes de conocidos que han participado en proyectos previos, no para convocarlos sino para establecer contacto con aquellos de sus conocidos afectados por la diabetes y buscamos directamente a conocidos con el padecimiento.

De 24 personas que viven con DM y sus familiares, hicimos el seguimiento de las trayectorias de seis casos. Al igual que en los dos municipios precedentes, los datos asociados con la mortalidad se obtuvieron en los registros civiles de la ciudad. Obtuvimos el permiso sin problemas.

Ámbito y recursos para la salud

Localización

La ciudad de San Cristóbal de Las Casas se ubica en la meseta central del estado de Chiapas, en la región V Altos. El municipio tiene una extensión

de 395504 km², consta de 13 localidades y está dividido en dos fracciones, en la de mayores dimensiones se halla al noroeste; colinda al norte con Chamula y Huixtán, al oriente con Huixtán y Teopisca, al sur con Teopisca, Totolapa y San Lucas, al poniente con San Lucas y Zinacantán. En la fracción de menor dimensión al sureste colinda al norte con Huixtán y Chanal, al oriente con Chanal y Amatenango del Valle, al sur con Amatenango del Valle, y al poniente con Amatenango, Teopisca y Huixtán (Sedesol 2013, INEGI 2010b).

Demografía

Por la diversidad étnica y de nacionalidades, San Cristóbal de Las Casas es considerada una ciudad cosmopolita con índices de inmigración estatal, nacional e internacional elevados (Sedesol/CONEVAL 2010).

Servicios

Dada la importancia económico-turística de la ciudad, el centro histórico cuenta con todo tipo de servicios: agua entubada, drenaje, electricidad, telefonía, pavimentación en todas las calles, recolección de basura, televisión por cable, servicio público de transporte, banca, restaurantes, bares, agencias de viajes, etc. Sin embargo, lo anterior no aplica en su totalidad a la periferia de la ciudad, donde la mayoría de las colonias tienen electricidad, algunas con agua entubada, pero las ubicadas en los cerros carecen de agua entubada y drenaje. Mientras más alejadas del centro o del periférico, mayores son las insuficiencias.

Economía

La principal y más importante actividad económica es el turismo. De este sector depende el movimiento comercial y el de la construcción, que son

Las dos instituciones en que atiende el programa Progres a han zonificado el municipio para evitar duplicidades. El acceso a la instituci3n, al Hospital Rural de IMSS-Progres a o centro de salud depende de la colonia o barrio en que se habite.

Los que tienen su asignaci3n en IMSS-Progres a reciben tanto la atenci3n de primer nivel como de segundo en lo que hasta hoy la poblaci3n identifica como la “clínica de campo”. En tanto que los que se adscriben al ISECH reciben atenci3n en el centro de salud de Los Pinos y en el SEDEM (el ISECH ocupa un espacio en las instalaciones deportivas de la ciudad). Mientras que quienes acceden al segundo nivel lo hacen en el Hospital de las Culturas o el Hospital del Niño y la Madre, segùn el diagn3stico.

Por el lado de organizaciones no gubernamentales, la unidad de servicios más requerida en la ciudad es la Clínica Esquipulas, financiada por el grupo Monterrey, a la que accede una cantidad significativa de la poblaci3n no solo local sino también de los municipios aledaños. Ahí se da atenci3n gratuita o de muy bajo costo.

Cuando las familias cuentan con algùn recurso extra prefieren acudir a consulta privada o a la atenci3n hospitalaria ya sea en los consultorios de las farmacias de similares y genéricos o en los hospitales Dr. Bonilla, Dr. Ornelas, Colonial o el Hospital de Caridad, de las monjas franciscanas.

Epidemiología

Al igual que en los municipios anteriores, obtuvimos la informaci3n sobre mortalidad en las actas de defunci3n de las dos oficialías del Registro Civil de San Crist3bal, de 2008 a 2012. Dada la calidad y veracidad de la informaci3n de dichos documentos, abordaremos con detalle los datos ligados a la DM correspondientes a cada año.

De 2008 a 2012, en la demarcaci3n de San Crist3bal, la DM fue la primera causa de muerte, notándose un incremento significativo entre 2008 y 2010, periodo en que a partir de una tasa general de mortalidad por DM

de 60.0 por 100 000 habitantes ascendió a 72.08. Luego se aprecia un fuerte descenso en 2011, hasta llegar en 2012 a una tasa 41.6 (véase cuadro 9.1)

Cuadro 9.1. Mortalidad por DM y # de causa de 2008 a 2012

| Año | # | Total | Tasa* |
|-------------|----------|--------------|--------------|
| 2008 | 1 | 107 | 60.00 |
| 2009 | 1 | 131 | 78.70 |
| 2010 | 1 | 134 | 72.08 |
| 2011 | 1 | 132 | 71.00 |
| 2012 | 1 | 81 | 41.60 |

*Tasa de mortalidad específica (100 000 habitantes). Fuente: actas de defunción, Registro Civil de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Elaboración propia.

El perfil de las 10 principales causas de mortalidad en San Cristóbal durante el periodo se caracteriza por la presencia constante del cáncer, enfermedades isquémicas del corazón, muerte violenta, insuficiencia renal, neumonía, cirrosis, suicidio y choque séptico, con variaciones de un año a otro.

La distribución por sexo nos muestra que en San Cristóbal murieron más mujeres que hombres (véanse cuadros 9.2 a 9.6). Años significativos fueron 2009, en que hubo una diferencia en la tasa de 13.82 dígitos, en tanto que en 2011 la diferencia fue de 10.76, todo eso relacionado con el hecho de que las mujeres son quienes más padecen diabetes.

Cuadro 9.2. Mortalidad por DM por sexo San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2008

| Sexo | Total | Tasa* | Edad Promedio |
|----------------|--------------|--------------|----------------------|
| Mujeres | 57 | 32.0 | 46.56 |
| Hombres | 50 | 28.0 | 62.02 |

*Tasa de mortalidad específica (100,000 habitantes). Fuente: actas de defunción, Registro Civil de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Elaboración propia.

Cuadro 9.3. Mortalidad por DM por sexo San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2009

| Sexo | Total | Tasa* | Edad Promedio |
|---------|-------|-------|---------------|
| Mujeres | 77 | 46.26 | 65.4 |
| Hombres | 54 | 32.44 | 59.0 |

Cuadro 9.4. Mortalidad por DM por sexo San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2010

| Sexo | Total | Edad promedio | Tasa* |
|---------|-------|---------------|-------|
| Mujeres | 69 | 65.52 | 37.11 |
| Hombres | 65 | 60.26 | 34.96 |

Cuadro 9.5. Mortalidad por DM por sexo San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2011

| Sexo | Total | Tasa* | Edad Promedio |
|---------|-------|-------|---------------|
| Mujeres | 75 | 40.34 | 67.8 |
| Hombres | 55 | 29.58 | 64.3 |

Cuadro 9.6. Mortalidad por DM por sexo San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2012

| Sexo | Total | Promedio |
|---------|-------|----------|
| Mujeres | 45 | 56.36 |
| Hombres | 36 | 47.38 |

*Tasa de mortalidad específica (100000 habitantes). Fuente: actas de defunción, Registro Civil de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Elaboración propia

Resulta oportuno explorar la asociación entre la DM con nosologías reportadas como causas de muerte independiente, que por lo general son consecuencia de complicaciones por el deterioro o daños que gradualmente causa la DM en personas no controladas entre las que destacan insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares. Así, al sumar las defunciones de cada cual, asociadas con las reportadas por DM, la tasa de mortalidad se eleva sustancialmente, lo que nos muestra que el panorama de la DM es peor de lo que las estadísticas oficiales muestran. Esta correlación sobresale en San Cristóbal dada la deficiencia de los datos en Tenejapa y Chamula.

En los años seleccionados, en primer término subrayamos la asociación DM/insuficiencia renal y DM/enfermedades cardiovasculares lo más frecuente de estas últimas es infarto al miocardio y accidente cerebral vascular. En 2008 al realizar la sumatoria de las asociadas más las defunciones por DM, de una tasa de 60.0 por DM nos daría una tasa de 74.0; en 2009 de 78.7 por DM ascendería a 96.12; en 2010 de 72.08, la sumatoria nos daría una tasa de 94.13, etcétera (véanse cuadros 9.7 a 9.11).

Cuadro 9.7. Mortalidad por DM asociada con otras causas, por sexo. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2008

| Asociadas | Total | Mujeres | Hombres | Tasa* |
|-----------|-------|---------|---------|-------|
| DM/IR | 31 | 16 | 15 | 8.0 |
| DM/CV | 20 | 8 | 12 | 6.0 |
| Subtotal | | | | 14.0 |
| DM | | | | 60.0 |
| Total | | | | 74.0 |

DM: Diabetes Mellitus. IR: Insuficiencia renal. CV: Enfermedades cardiovasculares. *Tasa de mortalidad específica (100000 habitantes)

Cuadro 9.8. Relación de la diabetes mellitus con otras enfermedades en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2009

| Causas de muerte | Total | Tasa* | Mujeres | Tasa* | Hombres | Tasa* |
|------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
| DM/IR | 32 | 21.03 | 17 | 10.21 | 15 | 9.01 |
| DM/CV | 35 | 17.21 | 21 | 12.61 | 14 | 8.41 |
| Subtotal | | | | | | 17.42 |
| DM | | | | | | 78.7 |
| Total | | | | | | 96.12 |

DM: Diabetes Mellitus. IR: Insuficiencia renal. CV: Enfermedades cardiovasculares. *Tasa de mortalidad específica (100000 habitantes). Fuente: actas de defunción, Registro Civil de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Elaboración propia.

Cuadro 9.9. Mortalidad por DM asociada con otras causas, por sexo.
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2010

| Causas de muerte | Total | Tasa* | Hombres | Tasa* | Mujeres | Tasa* |
|------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
| DM/CV | 31 | 16.67 | 19 | 10.22 | 12 | 6.45 |
| DM/IR | 49 | 26.36 | 20 | 10.76 | 29 | 15.60 |
| Subtotal | | | | | | 22.05 |
| DM | | | | | | 72.08 |
| Total | | | | | | 94.13 |

Cuadro 9.10. Mortalidad por DM asociada con otras causas,
por sexo San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2011

| Causas de Muerte | Total | Tasa* | Mujeres | Tasa* | Hombres | Tasa* |
|------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
| DM/ CV | 21 | 11.30 | 10 | 5.38 | 11 | 5.92 |
| DM/ IR | 38 | 20.44 | 24 | 12.91 | 14 | 7.53 |
| DM/ IR-CV | 25 | 13.45 | 16 | 8.61 | 9 | 4.84 |
| Subtotal | | | | | | 18.29 |
| DM | | | | | | 71.0 |
| Total | | | | | | 89.29 |

Cuadro 9.11. Mortalidad por DM asociada con otras causas,
por sexo. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas 2012

| Causas de muerte | Total | Mujeres | Hombres | Tasa* |
|------------------|-------|---------|---------|-------|
| DM/IR | 20 | 13 | 7 | 3.0 |
| DM/CV | 18 | 8 | 10 | 5.0 |
| Subtotal | | | | 8.0 |
| DM | | | | 41.6 |
| Total | | | | 49.6 |

DM: Diabetes Mellitus. IR: Insuficiencia renal. CV: Enfermedades cardiovasculares. *Tasa de mortalidad específica (100,000 habitantes) Fuente: actas de defunción, Registro Civil de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Elaboración propia.

En 2012 se registró un descenso significativo en las tasas de mortalidad por DM, así como las sumatorias que contemplan las complicaciones.¹

Los casos

An

Doña An nació en Nabaj, Quiché, Guatemala, ahí tenía otro nombre. Además de quiché, hablaba 'ichix y español. Los últimos años de su vida los pasó en San Cristóbal de Las Casas en casa propia. Cuando la contactamos An tenía 58 años, analfabeta, católica, sin haber tenido nunca motivos para cambiar de religión.

Siempre, de por sí mis papás fueron católicos y de una vez nos quedamos así. No cambiamos. Cuando nos vinimos aquí a México, no cambiamos. Y por mí, estamos en católico, y a mí me sienta bien y no tengo ganas de pasar en otra religión, pasar en otro nombre, no, así estamos bien.

Cuando se llevó a cabo la entrevista inicial, la familia se mantenía con el dinero que Much, su hijo, ganaba como cobrador en un transporte colectivo percibiendo de \$40 a \$80 diarios. Además en un terreno de 10 × 20 metros, incluida la casa, tenía unos 10 metros de maíz sembrado y se había propuesto sembrar verduras para obtener otra entrada de dinero.

En cuanto a alimentación, An señaló que desde que enfermó disminuyó su consumo de arroz, frijol, papas; frutas como mangos y duraznos; eliminó por completo el pan y el azúcar «sí, y a veces tomo también mi atol de maíz, pero sin azúcar, porque ya mi cuerpo no quiere el azúcar, ya no. Ya no siento si está dulce cuando lo tomo, pero siempre me da una cosa rara aquí... [en el cuello]».

¹ Desde nuestra perspectiva, la riqueza de datos de las actas de defunción nos permite conjeturar aproximaciones al acontecer en los otros dos municipios. No obstante los datos, la DM en los Altos de Chiapas constituye una emergencia epidemiológica.

Para An, en vida fue muy difícil disminuir el consumo de tortilla. En su familia se consumía la tortilla de maíz criollo elaborada a mano por su nuera. A An le preocupaba el tema de la tortilla pues pensaba que si la dejaba por completo se moriría: «aquí no comemos Maseca, compramos maíz, vamos al molino, vamos a hacer nuestra tortilla aquí en la casa. Pero el doctor que me dio la medicina ya me quitó la tortilla. ¿Y si me muero?» Comentó que al inicio de la enfermedad estuvo muy delgada: «no, ahora ya tengo un poquito de cuerpecito, en cambio antes notaba yo mis huesos, mis manos, mal estaba yo, mal».

Se le explicó que el consumo excesivo de cualquier tipo de tortilla afecta la glucemia de una persona con DM. Su hijo pensó en hacerlas con harina de trigo integral, pero a An no le gustó el sabor, así que volvió a consumir las de maíz. No pudo dejar de comerlas porque según ella «cuando comía tortilla se le quitaba el ardor de estómago que de vez en cuando le daba».

An envió en 1976, su esposo y cuatro de sus hijos murieron de sarampión y disentería. Ella relata que para entonces su aldea se vio asolada por una epidemia que diezmo a la población y que muchos sobrevivientes quedaron con secuelas.

El evento en que An centró la narración data de la noche del 25 de diciembre de 1981, cuando su aldea fue invadida por los kaibiles y les quemaron todas las casas. Ante tal situación, An y su familia huyeron hacia las montañas. No tuvieron tiempo más que de salir corriendo sin llevar nada, excepto la ropa que tenían puesta. Toda la cosecha almacenada del año: maíz, frijol, chilacayote, habas y todas sus cosas se perdieron en el incendio.

El hermano de An los encontró en la montaña, les propuso trasladarse a Motozintla en Chiapas, donde él ya había vivido y trabajado, afirmando que: «aquí no nos vamos a morir por la guerra, nos vamos a morir por hambre».

En la mañana del 6 de enero de 1982 bajaron de la montaña en dirección a Huehuetenango, donde habían acordado encontrarse con sus papás y el único hijo que en ese tiempo le quedaba a An, quien a la sazón

tendría 11 años, pero ahí supieron que el ejército había apresado a sus familiares, y nunca más supieron de ellos.

Pues ya no los encontré, de una vez, hasta la fecha no sabemos nada, pero hay unos que dicen que mi hijo se huyó, que está en Tijuana, pero solo Dios sabe. En Guatemala tenía yo mucho espanto, mucho miedo, mucha hambre. Tal vez de ahí viene mi azúcar. Mientras nosotros andábamos veíamos que las gentes estaban cortadas su cuello, escuchamos que, ahí en el Madelo, por donde pasamos a la gente la secuestraban, los tiraban en el río, muchas cosas. A los niños, a las señoras los dejan tirados ahí.

Al llegar a Motozintla fueron recibidos por unas monjas que los enviaron a Comalapa a trabajar: «pero nos mandaron a cortar café, pero no con gusto, nos moríamos de tristeza, no comíamos nada. Y ya estábamos en otro país y ya no estaba completa la familia, y eso nos afectó un chingo, sí».

Al término de la cosecha regresaron a Motozintla, donde rentaron una casa. Ahí trabajó An, tejiendo con otras señoras. Los textiles producidos los llevaba una de las mujeres a vender a la Ciudad de México. Al año de su refugio, su hermano consiguió empleo como profesor en ciudad Nezahualcóyotl, México, y su hermana con un sacerdote en Toluca. Entre ambas opciones se decidió por ir con su hermana. «Ahí nos recibieron la gente, nos ayudaron, nos dieron cobijas, ropa, todo [...], empezamos a trabajar: morrales, manteles, tejidos, monederos. En eso salimos adelante».

Tuvo una segunda relación conyugal, con el papá de Much. Vivieron juntos a escondidas durante un tiempo, porque él tenía esposa. Al cumplir Much cuatro meses de vida, el hombre los abandonó.

Vivió siete años entre Toluca y la Ciudad de México. En 1992 decidió trasladarse a Chiapas: «para estar cerca de Guatemala». Lo que coincidió con haber conocido «a unos señores» que le propusieron regresar a Guatemala. Ella eligió esta opción: «... porque mi hijo, nunca se me olvida mi hijo, mis papás, los tres importantes en mi corazón. Y dije yo: mejor me voy».

Le dieron terrenos en Escuintla (Guatemala) para que sembrara, pero decidí no hacerlo porque no toleraba el calor, por eso al año de vivir en Escuintla optó por regresar a México.

Los malestares le aumentaron al llegar a Escuintla (Guatemala):

Me sentía mal, ya de repente me desmayaba, de repente me agarraba un dolor aquí en mi sentido. Y me daba un disgusto cuando me agarraba ese dolor. Pero a saber qué dolor era. No me dolía nada y de repente se venía y este ojo [se señaló el ojo izquierdo] se ponía oscuro. Ya mero me iba a morir. Me desmayé y en mi desmayo sentí pues que ya me iba a morir, que yo no confiara en nadie solo en Dios. Cuando mi desmayo se quitó le dije pues a mi hijo: «mejor vámonos (a México), mejor vámonos, ya no aguanto el sol aquí, por eso me desmayo».

Antes de volver a México fue a visitar a una conocida suya en la capital, quien la llevó con un biomédico que le dijo que tenía azúcar, y le recetó insulina. Al poco tiempo sus hermanas la regresaron a Toluca y la llevaron con un homeópata, que no estuvo de acuerdo en que le administraran insulina y la sustituyó por unos «chochitos» que tomó por un tiempo, pero después, al intentar de nuevo vivir en Guatemala dejó de tomarlos, pues no los conseguía.

En 1994, estando en Toluca ocurrió el levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. Ella ya había comprado el terreno en San Cristóbal donde posteriormente construyó su casa. Ya solo tenía que viajar. De hecho, lo más importante de sus cosas estaba en San Cristóbal, en casa de una conocida, quien le informó que «los alzados le habían robado todo». Esa situación le removió la experiencia de Guatemala y le causó una fuerte crisis emocional, y en su opinión eso le desencadenó la DM.

Cuando me espanté que se robaron mis cosas. Y la tristeza que me dio es por mis cosas, porque ya todo lo tenía aquí [San Cristóbal]. Y me espanté, me quedé sin nada allá [en Toluca] y todas mis cosas las pasé para acá. Y ahí se vio, a

lo mejor ya lo tengo en mi sangre por tanta cosa que ha pasado, digo yo. O en ese momento me dio [el azúcar], quién sabe.

Tres días después del levantamiento zapatista, en Toluca, se hicieron evidentes los síntomas y signos de la diabetes. Su hermana le sugirió consultar a Chaya Michán (famoso médico naturista y Gurú de la Gran Fraternidad Universal), quien le dijo que tenía azúcar. El costo de la consulta fue de 700 pesos. Le recetó algunas hierbas y le recomendó que durante un mes comiera mango, papaya, manzana, salvado, germen de trigo, levadura de cerveza, dos tortillas en la comida, evitar el pan y que al término del mes regresara.

Aunque la sed disminuyó con el tratamiento, no volvió a ver al terapeuta porque no podía afrontar el costo de las consultas. Así, retomó sus hábitos previos, y síntomas y signos se presentaron de nuevo.

A consecuencia de la enfermedad decidió regresar a Guatemala: «ya estoy enferma, ya no aguanto [...] ya no puedo trabajar, me enfermé, y mejor me voy para Guatemala, dije yo». Y su hermana decidió unírsele.

En esa segunda ocasión, en Guatemala, le sucedió lo siguiente:

Un día me senté pensando así: con un cántaro como ese mi hijo iba a acarrear su agua. Y me senté solita, así [muestra cómo] y me quedé viendo el cántaro. Dios, qué dichoso el cántaro cuando estaba en su espalda de mi hijo. Dije yo. Me dio una alegría aquí en mi sangre. Y una alegría sentí en ese momento. Y después me puse a pensar: ¡está vivo mi hijo! ¿Por qué me dio una alegría? — dije yo. Por lo que decidí ir a ver a unos señores (que adivinan) para preguntar por él.

Uno de los señores, llamado Felipe, le dijo que su hijo se había escapado al ver que los militares habían agarrado a sus abuelos y que vivía en Tijuana; había estudiado, estaba casado y tenía hijos; que si quería la dirección de su casa se la daría, pero a cambio debía pagarle 1500.00 quetzales. An les pagó y le dieron la dirección. Le dijeron que regresara ocho días después para darle una fotografía de su hijo, pues como ya era mayor no

iba a reconocerlo. Regresó a los ocho días y encontró a otro señor que le pidió 1500.00 quetzales para darle la foto. Así que volvió a pagar, y el señor a cambio le dio una hoja en blanco diciéndole que «cuando viera a su hijo, su cara iba a aparecer en la hoja».

Al salir de la casa el señor le pasó tres veces la mano cerca del hombro izquierdo y por atrás, como si estuviera barriendo. Al llegar a la esquina An sintió que se moría, que se le detenía el corazón:

Mi fuerza me la quitó ese señor. Mi fuerza, sentía yo que podía hacer muchas cosas, pero en ese momento ese señor me la quitó [...] Hasta la fecha hoy ya no puedo, ya no regresa mi fuerza. Sí, aunque ya era diabética, tenía mucha fuerza; comía bien, viajaba yo, mi hijo Much es maestro, él daba clases, estaba en la casa. Yo podía viajar. Pero el hombre me quitó la fuerza. [...] De momento ya me quedé sin nada, se fue mi dinero, se fue todo. No tengo cantidad de dinero, tenía bastante para comer, y ahora, nada. Ahí sí me jodieron esas gentes porque yo cuando fui, tengo la diabetes, pero estoy fuerte, tengo mucha fuerza, viajaba yo, negociaba yo. Y ahora ya nomás estoy aquí, porque tal vez maldad, yo no sé qué me hizo ese señor.

Ya viviendo en San Cristóbal un biomédico le recetó glibenclamida y medicamentos para la gastritis. Sin embargo, como las pastillas le produjeron sudoración suspendió el tratamiento.

Una señora, también con diabetes, le aconsejó ver al doctor Roberto (homeópata) cuyo consultorio está cerca de la iglesia de Santo Domingo: «salí en la combi ya casi para morir. ¡Ya mero! Ya mero, ya no aguanto, apenas estoy aguantando sentada en la combi. Dije yo, ya no voy a llegar con el doctor. Siento que ya me muero». Él le recetó unas gotas con las que se le quitó el dolor (el frasco de gotas homeopáticas, discurrendo la ilegible letra del homeópata, decía algo parecido a Algema y Bula o Gubla y Musyop), en otra consulta le recetó *Phosphoricum Acidum*. Al tercer día de ingerir las gotas de la segunda receta se sintió con fuerza: «Me dio un chiquito que voy a tomar primero y me dio una orden de 10 cucharadas de agua y una de medicina, y estoy tomando una cucharada cada cuatro horas

[...] Todo el tubito ese en 10 cucharadas de agua. Y cada cuatro horas una cucharada estoy tomando, sí».

En la siguiente visita que realizamos a An constatamos que suspendió el tratamiento pues el medicamento se le había terminado y no había regresado con el homeópata; además de no tener dinero para pagar la consulta, esperaba que concluyera la Semana Santa porque él estaba de vacaciones.

Much piensa que los mejores tratamientos para su mamá han sido la homeopatía y el noni, pues ha visto cambios en su alimentación y en su aspecto físico: «he visto que desde que nos recomendaron al doctor Roberto este, he visto que hay un gran cambio, ya come mejor, ya tiene más energía. Eso es lo que he visto, que después de la medicina química, todo, no le hace».

En el transcurso de la enfermedad gradualmente la agudeza visual disminuyó. En la primera entrevista mencionó que ya casi no veía: «Ahora ya me estoy mejorando de mis ojos, sí. Pero he pasado, como dicen, de unos miedos muy fuertes».

Parte del apoyo proporcionado fue llevarla a consulta con el oftalmólogo. La revisión del facultativo arrojó presión arterial de 130/85 mmHg, glucosa plasmática casual de 334 mg/dl. La impresión diagnóstica del biomédico fue: catarata subcapsular izquierda, en fondo de ojo exudados blandos por isquemia por DM en retina y edema macular.

En el tema de las plantas medicinales recomendadas por personas de sus redes, describe haber consumido algunas para sus molestias, por ejemplo, cuando vivió en Toluca le recomendaron el té de ruda para los dolores de cabeza, lo ingirió un mes y se sintió bien. También tomó hinojo.

Para aliviar los dolores de venas y también de cabeza. [...] Cuando como me voy a ir a descansar, es que creo que se sube el azúcar. [...] Es que cuando como o no como, cualquier momento me da pesadilla en las venas, como que me duelen todas mis venas, como que me da una pesadilla que ya no tengo ganas de hablar, nada, ya nomás estoy así.

También en la última fase de su vida, en la puerta de su casa compró un líquido² para la diabetes, y le dio buenos resultados porque se le quitó el dolor que tenía en el costado derecho. También consumía noni.

Cuando a los dos meses suspendió la homeopatía, sufrió nuevos desmayos. Su hijo la llevó con el doctor Daniel Valenzuela. Entre exploración física y estudios resultó que tenía la presión arterial y el azúcar (440 mg/dl) elevados, además proteína en orina (patognomónico de insuficiencia renal). El biomédico recetó: Euglucón (retrasa la absorción de carbohidratos en intestino delgado), Lasix (diurético), Pangavit b (polivitamínico) y Captral (antihipertensivo). Gastó \$300.00 en consulta, \$300.00 por los análisis y \$800.00 del medicamento. Fue citada en 15 días. Otra vez gastó \$300.00 solo para que el biomédico le dijera que continuara con el tratamiento.

La citó al mes con nuevos análisis, pero en esa ocasión le cobró \$400.00 solo la consulta. Y decidió no volver, pues además de lo económico sintió que no obtuvo buenos resultados: «Pero me empeoré más por la medicina, y fui con el doctor y le dije [...]. —Ah no señora, no se empeora, al contrario, se cura —le respondió el biomédico. —No, pero yo siento que me empeoré. Solo un mes tomé la medicina y ya no fui con el doctor, como me sentí mal».

Su hijo explicó:

De las cosas que le ayudan una de las principales es el limón. Esa es una de las cosas que veo que cuando dice: —Me duele la boca del estómago, o me duele aquí (se toca la cadera del lado derecho)—, o está a punto de desmayarse o dice que se va a morir, ha tomado el limón y eso la saca. Pero desde que hemos tratado con ella, pues siempre he visto que se toma un limón, pues es algo como que la ayuda a sentirse un poco mejor.

No le gustaban los fármacos alopáticos, prefería las gotas del homeópata, incluso aseguró que no volvería a tomarlos. Por ello según decía trataba de cuidar su alimentación.

² «Vino tónico nueva vida». Contenido: boldo, zarzaparrilla, quina, nuez moscada, azafrán, china, guacaya, nogal genciana, hígado, ácido fólico, vitaminas b12 y b1 y vino jerez.

Lo que he pensado, es que no muy quiero la medicina de farmacia, pues [...] no me estoy tomando medicina de la diabetes, porque me hace mucho daño, me arde la boca del estómago, y sudo más, y ya no como, y me da un disgusto. Ya tenía tres años que no tomaba medicina. Ahí, las gotas, sí tengo mucha fe. Y digo yo: esta enfermedad me va a llevar a morir, he dicho pues. [...] Y ese es mi pensamiento, que solo estoy controlando un poco y así he estado. Pero ya con las gotas sí ya me siento mejor.

Esta situación le preocupaba a Much, que no estaba tranquilo sabiendo que su madre no llevaba control biomédico y había días en que estaba bien y otros se sentía mal. «Entonces ya es algo preocupante porque a veces, por falta de recursos económicos, no podemos acudir rápidamente al doctor y tener el medicamento para que ella se sienta bien. Entonces sí es algo que se siente. Y desde que se dio el reconocimiento de la enfermedad siempre me ha venido afectando demasiado».

An diferenciaba entre sus síntomas y los de otros diabéticos. Por ejemplo, ella no orinaba con tanta frecuencia ni tenía tanta sed como otras personas: «No, así como cuando era joven, dos veces me voy al día, una en la mañana y dos en el día, otra cuando me duermo».

Contrastaba además la forma en que evolucionó la enfermedad en una de sus hermanas, que se curó con solo tomar la medicina: «le dio a mi hermana, pero ya que lo detectaron luego ya tomaron medicina y ya se quitó. En cambio, yo ya tengo como 18 años con esta azúcar».

Much, quien ha sido testigo de todas las experiencias de la enfermedad de su madre, afirmó que para ella fue complejo tener la enfermedad sobre todo por los empeoramientos y las recaídas, «pero sí es complicado porque a veces recae, se viene para abajo o se empeora y nada más estamos tambaleando ya en esta manera. Hoy amanece bien, mañana amanece mal. Así nada más se está tratando».

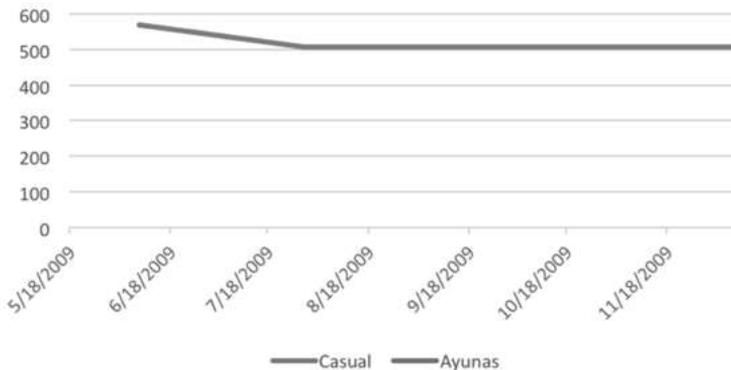
Estas complicaciones son, en su parecer, a consecuencia de alegrías, sustos o disgustos. Hizo mención de dos situaciones que especialmente preocupaban y afectaban a su madre. La primera, la situación económica, el dinero no era suficiente y eso la desesperaba y la entristecía; la segunda

era la mala relación que tenía con su nuera. Much trataba de ayudar a su madre en ambas situaciones, sugiriéndole paciencia, no desesperarse tanto por lo económico, además adoptaba una posición neutral entre ella y su esposa; expresó que la razón de su enfermedad fueron todas las situaciones traumáticas vividas, pues desde joven sufrió en demasía y todo eso le produjo cambios en su cuerpo.

Much sabe que la DM no tiene cura, que solo es posible controlarla y debe tratarse con mucha paciencia, pues es una enfermedad para toda la vida: «y lo que hemos visto es que así ya es la vida, que tiene DM y no hay cura, solo controlarlo y llevarlo con mucha paciencia, no desesperarse de que tengo la DM y esto no puede pasar, sino que es un control que es algo normal que tenemos que llevar toda su vida».

Durante la trayectoria en los últimos meses observamos que el 8 de junio de 2009 era notorio el color verdoso de su piel. Dijo sentirse bien aunque había perdido peso; comentó que el sábado 6 de junio acudió al homeópata quien siguió dándole el medicamento prescrito. Apuntó sentirse mejor; todos los síntomas y molestias habían desaparecido, a excepción de un dolor en la «boca del estómago» que se le dispersaba por el vientre medio. Y a partir de esa fecha solamente se le hicieron algunos registros esporádicos de glucosa con los siguientes resultados:

Gráfico 9.1. An. Glucemia



Fuente: Datos del trabajo de campo.

En diciembre de 2009, cuando la visitamos después de ausentarse de San Cristóbal por un viaje que la familia realizó a Guatemala, la encontramos postrada en cama, con el rostro ligeramente edematoso, pérdida de peso y cubierta con varias cobijas porque sentía mucho frío. En la habitación estaban presentes una hermana vecina de An, su esposo y Much.

Este último narró que en agosto viajaron a Guatemala y regresaron en octubre. Estando en Guatemala apareció una pequeña úlcera en un dedo del pie que intentaron curar mediante lavados. Pero la herida evolucionó hacia la necrosis, ennegreciéndose totalmente. A partir de ahí invadió todo el pie. Acudieron con el homeópata, quien primero recetó lavados y en una consulta posterior se declaró incapaz de manejar el caso. El 7 de diciembre recurrieron a un biomédico alópata particular que le recetó glibenclamida y metformina 4×500 mg una vez al día y antibióticos Trimetropin/Sulfametoxazol y cefalosporinas.

Varios de los médicos que vieron a An le informaron que su pie estaba gangrenado y que era necesario amputarlo. Se comprometió a pensar por un día la posibilidad de recibir tratamiento intrahospitalario. Le explicamos que el estado de su pie la podía llevar a la muerte.

El 9 de diciembre de 2009 observamos el pie, presentaba necrosis generalizada, siendo más grave en los dedos medios. Se le preguntó incisivamente sobre la alimentación y respondió que a causa de una diarrea que la afectó, el biomédico le había recetado un suero oral que contenía 5% de glucosa. Se le sugirió retirar totalmente el suero, toda vez que además de causar tan elevada glucemia hacía varios días que la diarrea había cedido.

Para tratar el pie, un hierbatero le recetó lavados con geranio y epazote, además de una pomada. Le aconsejamos, además, realizar el lavado a base de hierba sosa y romero.

El 7 de enero se quejó de dolor agudo en el pie y pidió que la llevaran al hospital. Llamaron a una ambulancia pero los paramédicos negaron el traslado, por lo que Much recurrió a un amigo con auto, quien llevó a la familia al Hospital de Caridad, más conocido como hospital de las Madres. El biomédico de guardia dictaminó que el estado de doña An era de avanzada gravedad, ya que «su sangre estaba muy contaminada». Aun

así, sugirió que era posible realizar la amputación de la pierna, pero no garantizaba que con ello la enferma sobreviviera.

Decidieron no realizar la amputación, así que el biomédico intentó estabilizar a la enferma. An murió el 9 de enero de 2010.

Análisis

La vida de An se ve enmarcada por acontecimientos que, de acuerdo con sus palabras, se tradujeron en miedos que penetraron su sangre y devinieron en el azúcar que al final la enfermó y la llevó a la muerte. Su vida constituye un claro ejemplo de lo que puede causar la violencia estructural en su más acabada expresión a personas atrapadas en los drásticos vaivenes de la historia.

El dolor de sus pérdidas parece haber operado casi hasta el final de la vida de An, que se caracterizó, además, por un perseverante afán de recuperar al hijo perdido; el último intento en su búsqueda le significó perder su fuerza, pues le fue extraída y eso limitó aún más su capacidad de subsistir por cuenta propia.

Al hablar del manejo de su padecimiento, An sentía un constante rechazo hacia las prescripciones de la medicina alopática con el argumento de experimentar incomodidades e inconvenientes con el uso de fármacos.

En el marco de las restricciones de alimentación An no expresó problema con la mayoría de ellas, pues al parecer no implicaban muchos cambios en sus hábitos, salvo pequeñas modificaciones como el endulzado de algunas bebidas. Sin embargo, la renuncia a las tortillas resultó un mandato al que nunca se avino, argumentando a favor que le aliviaba malestares estomacales y de manera más significativa era «el alimento que la mantenía viva».³

³ Esta idea ha sido documentada en otra parte (Eroza 2016, en prensa) por un par de hombres con diabetes, originarios del municipio de San Juan Chamula, quienes opusieron argumentos similares, aunque con mayor detalle, con respecto a implicaciones culturales de lo que el maíz significa para ellos.

En lo que tocante a la medicación, resulta clara la inclinación hacia las infusiones de hierbas y medicamentos homeopáticos. Ella solía decir: «me producían el alivio que los fármacos no me daban». Por otro lado en su rechazo a las prescripciones y medicación biomédica se percibe también cierto temor al sufrimiento y dolor, o al menos toda una serie de incomodidades sentidas o vividas por ella, las cuales además no le proporcionaban el alivio esperado.

Fue solo el sufrimiento experimentado a causa de su pie gangrenado la razón por la cual ella pidió ser trasladada a un hospital, no sin antes haber agotado otras opciones. El desenlace de su historia nos muestra que fue una medida tardía.

Es posible que en esto último igualmente hubiera optado por seguir con vida, o quizás una decisión tendiente a finalizar una existencia que ya le pesaba.

Alía

Doña Alía, originaria de San Cristóbal de Las Casas, 54 años, es derechohabiente del ISSSTE pero no acude a dicho servicio porque prefiere atenderse en la biomedicina privada. Argumenta que el biomédico particular, además de orientarla, le receta medicamentos de mejor calidad.

Estudió la primaria completa. No continuó porque como hija mayor tuvo que ayudar a sus padres en la manutención del hogar. Católica, además de ir a misa los domingos les reza a la Santísima Trinidad y a la Virgen de Guadalupe en un altar que tiene en casa. Además de ser ama de casa es costurera y con lo poco que gana ayuda para el gasto familiar, pues no recibe ningún apoyo de gobierno.

Tiene un hijo soltero estudiante y una hija casada, madre de una niña que hace poco llegaron a vivir con Alía.

Alía se percató de la DM en 2005, al presentar sed excesiva, boca seca, ansiedad por comer, además de pérdida aguda de peso, lo cual de inmediato la llevó a sospechar que se trataba de diabetes, con el antecedente de

que sus progenitores la padecen. Sin embargo, ante el hecho se negó a asistir de inmediato al biomédico, pensando evitar la confirmación de sus sospechas. A los dos años, a causa de fuertes dolores, insomnio y la excesiva pérdida de peso, decidió buscar al biomédico, y los estudios que le realizaron confirmaron las sospechas.

Cree que enfermó por el exceso de estrés derivado de preocupaciones que tenía en ese momento, a causa de la sensible disminución de ventas en su negocio. A eso sumó el antecedente familiar de la enfermedad. No la atribuyó al sobrepeso, ya que nunca pensó estar excedida.

Puesto que sus niveles de glucosa no descendían, decidió cambiar de médico. Una hermana enfermera le sugirió aumentar la dosis, pero ni así bajó de 200 mg/dl su glucemia, por lo que le aconsejó inyectarse insulina. Alía no quiso, pues desde la subjetividad construida, la hormona podía ocasionar peores males, como ceguera. Eso la llevó a otro biomédico.

Acudió con un internista, que hasta el momento de las entrevistas era su biomédico. Él le explicó los beneficios y las creencias erróneas sobre la insulina, pero de primera intención le prescribió fármacos y mediante estos logró el control. El tratamiento consistió en una pastilla de metformina de 850 mg cada 12 horas, una pastilla de glimepirida de 2 mg por la mañana y por la tarde, y una pastilla y media de acarbosa de 50 mg cada ocho horas con los alimentos. Aunque frecuentemente olvida tomar su medicamento: «sí, a veces me olvido, pero a la hora que me acuerdo me la tomo».

Sabe, porque el biomédico se lo ha dicho, que la DM puede afectar el hígado, el páncreas, el corazón, los riñones y que se puede quedar ciega, que si eso pasa «ya no tiene remedio»; o que le puede dar un infarto por la presión arterial y el azúcar altas, pero tiene una duda, pues ha escuchado que la enfermedad «consume el cuerpo, pero no sabe cómo se va consumiendo el cuerpo».

Además del medicamento toma infusiones de hierbas amargas, como verbena y marrubio. Las toma porque a sus papás se las han recomendado y dado que ellos se han mantenido bien, pues las prueba; sin embargo, las ha suspendido porque el biomédico le dijo que «no es aconsejable tomar hierbas porque muchas personas dejan de tomar su medicamento y se

quedan solo con las hierbas, y eso es malo», así que las dejó, además de ser muy amargas.

Al momento de la entrevista no había presentado complicaciones, tan solo ocasionalmente dolor de cabeza, boca amarga, decaimiento, tanto que hay días que no le dan ganas de levantarse de la cama. Cuando se siente mal se hace una glucometría para corroborar sus niveles.

En cuanto a la hiperglucemia, el registro más alto fue de 350 mg/dl; en esa ocasión presentó mareo, temblor y «se me oscureció la vista». Recordó que no había tomado el medicamento, y en cuanto lo hizo se fue recuperando poco a poco. Piensa que se le subió porque en un convivio tomó chocolate muy dulce y no ingirió sus pastillas.

La glucemia más baja ha sido de 140 mg/dl, pero con esos niveles también se sintió mal. Por los síntomas con esa hiperglucemia leve, el biomédico adujo que se debía a que probablemente su organismo estaba acostumbrado a niveles altos de azúcar, y al disminuirlos su cuerpo se estaba desbalanceando. Le indicó entonces continuar con el tratamiento hasta que su cuerpo se acostumbrara. Después de eso, en los últimos meses se ha sentido mejor, con niveles de glucosa tendientes a lo normal. El biomédico le recomendó tener los niveles por debajo de 200 mg/dl.

En cuanto a la dieta, el biomédico le indicó reducir el pan, las tortillas y aumentar el consumo de verduras. Relató que cuando no come a sus horas se mareo y comienza a temblar, y para neutralizar esos síntomas busca algún alimento rico en calorías. Se queja de las consecuencias si no come.

Ciertamente no acató las recomendaciones del biomédico al pie de la letra, pero sí cuida su alimentación. Ha disminuido el consumo de azúcar, no ha dejado de comer o beber algo pero sí disminuyó las cantidades. Come alrededor de tres tortillas en cada comida, y en la cena, si no tiene hambre, solo una; ha incluido frutas y verduras en su dieta. En las reuniones acepta lo que le dan, pero solo come una parte, eso «para que la gente no diga que soy alzada o delicada por no comer lo que me dan».

Por otro lado, al hablar de la alimentación familiar subrayó que el cuidado comenzó antes de que se le manifestara la diabetes, porque su hijo tenía un tumor cerebral, así que trataron de comer «más natural», valorando

entre alimentos benéficos y dañinos. Ella sabe que «si llevamos una alimentación sana, sí se puede controlar, pero si llevamos una alimentación que comemos lo que encontramos, lo que queramos, pues la medicina no sirve. Yo siento que más que nada está en controlar la alimentación».

Respecto a actividad física, Alía camina una hora dos o tres veces a la semana con su esposo o con sus hijos y cuando va a la montaña anda dos o tres horas: «yo he sentido que cuando voy a caminar me siento más relajada, más tranquila, con más ánimos».

Antes de enfermar pesaba 73 kilos, y gradualmente fue bajando de peso. Eso fue fundamental para percatarse de su diabetes. Antes de eso había intentado, sin resultados, bajar haciendo dieta, y de repente comenzó a bajar de peso aceleradamente.

Cuando su familia se enteró de la diabetes se preocuparon más que ella. La atención y el cuidado excesivos por parte de estos en un principio la irritaba, pero ahora trata de no darle importancia. Todos la apoyan en su enfermedad, comen lo mismo que ella, la acompañan a caminar y están pendientes de su salud. Alía manifestó que la enfermedad unió más a la familia; sobre todo se preocupa y ocupa para que sus hijos no sufran el padecimiento.

En lo que a estigma toca, Alía no se ha sentido rechazada por la enfermedad, pero igual trata de no hablar sobre el tema: «no, porque de eso no se habla, de eso no se habla, tal vez nos ven mal, pero así nada más, pero de eso no». Tampoco ha sentido que su vida haya cambiado y trata de no pensar que está enferma.

Siente angustia y temor por recibir alguna noticia funesta por la avanzada edad de sus progenitores y las consecuencias de la DM.

Se cuida de no cortarse cuando cose o en cualquier actividad en el hogar, ya que si se lastima, las heridas tardan en cicatrizar. En una ocasión tuvo un raspón leve y en vez de sanar, la lesión incrementaba sus dimensiones; no se curó hasta recibir atención médica. En otra ocasión se lastimó el pie teniendo hiperglucemia pero asistió al médico para evitar complicaciones.

Declara que no le preocupa morir joven, a lo que teme es a la mutilación y a la ceguera. Por eso se cuida. Piensa que conforme pasen los años estará más delgada y más enferma. En algún momento le molestó un riñón y de inmediato acudió al biomédico para evitar que el problema siguiera avanzando. Puntualiza que su cuidado es relativo, ya que cuando se siente bien no se apega estrictamente al tratamiento y olvida con frecuencia tomar el medicamento. Por otro lado, aunque come menos, su alimentación no se ha modificado y continúa consumiendo refrescos, dulces y pan.

Explicó que se le dificulta cuidar su alimentación cuando asiste a reuniones en que se acostumbra comer en demasía, situación a la que se ve moralmente obligada «para no caer en el desprecio».

Análisis

En primera instancia resalta el antecedente de tener padres diabéticos y por ende la sospecha de saber el significado de los síntomas experimentados. La subjetividad ligada al riesgo de reducción de la expectativa de vida por la presencia de la DM dio lugar a la negación y demora en asumirse como PVDM y, en consecuencia, a postergar la decisión de acudir al biomédico para un diagnóstico formal. Como ella misma relata, se trataba de un miedo subyacente a encarar y lidiar con un mal que causa dolor y sufrimiento, con la atenuante de un relativo bienestar económico que le permitió evitar el servicio de salud pública para acudir al contexto médico privado. A partir del primer contacto con el biomédico decidió someterse a sus indicaciones. De lo anterior se infiere una noción sobre la DM fincada en una racionalidad biomédica. No obstante, su testimonio y los comentarios de su esposo nos aportan elementos que permiten afirmar que su obediencia no era total, pues estableció cierta mediación entre las prescripciones alimentarias y las cantidades de alimentos contraindicados que consumía.

En el plano de lo social se presenta de nuevo la contradicción en una subjetividad que moralmente obliga al cumplimiento social, que confronta y se conflictúa entre el cumplimiento del deber y el someterse al

cumplimiento del régimen dietético, inclinándose al respecto por no rechazar los alimentos que le eran ofrecidos en las celebraciones.

Adicionalmente, Alía hace mención de factores cotidianos que eran fuente de estrés emocional, como la falta de ventas en su negocio y el temor de algún evento trágico relacionado con sus padres. Temas que sin embargo no se expresan con dramatismo en su vida diaria. En contraste, ella reconoce un sólido apoyo familiar favorecedor en la convivencia con su enfermedad.

Tenemos así que, sin seguir al pie de la letra los preceptos biomédicos, por palabras de la propia Alía, ella mantenía bajo relativo control sus niveles de glucosa y las emociones que pudieran afectar su estado de salud.

Si bien resulta complejo analizar hasta qué punto mantenía un equilibrio que la salvaguardaba de complicaciones, lo cierto es que este caso pone de relieve la trascendencia de la dimensión emocional en la experiencia de vivir con diabetes.

San

En 2009, cuando se realizó la primera entrevista, doña San tenía 38 años. Originaria de Ocosingo, tseltal, a los 19 años migró con sus hermanas a San Cristóbal de Las Casas para trabajar. Vive en la periferia. Su grado máximo de estudios es de secundaria; su religión, católica.

Al momento de la primera entrevista San estaba casada, con dos hijos adolescentes, dedicada al hogar. La casa en la que habita con su familia es propia, tiene derechohabencia en régimen ordinario al IMSS por parte de su esposo.

Su cónyuge Om tenía 36 años al momento de la entrevista; originario de Yabteclum (Chenalhó), llevaba en San Cristóbal 19 años; trabajaba como repartidor en una refresquera.

Llama la atención que en la familia de su esposo sean varios los casos de diabetes: la madre, fallecida por complicaciones, una hermana y un

hermano, entre otros. Por el lado de San, la padecieron un hermano y una hermana de su padre.

En 2004, San presentó los primeros signos y síntomas de diabetes: mucha sed y orina frecuente; en un principio no pensó que se tratara de alguna enfermedad; sin embargo, notó que rápidamente bajaba de peso. Por la experiencia de su suegra con la DM, que la llevó a la muerte, su suegro le comentó que quizá ella también la padecía.

Por el comentario de su suegro San acudió al IMSS, donde el examen de laboratorio arrojó una glucemia plasmática de 250 mg/dl, y así se confirmó la presunción de diabetes.

San piensa que la DM provino de un susto que llevó cuando, en 2011, uno de sus hijos, a los cuatro años, fue atropellado afuera de su casa. Su hijo estuvo hospitalizado mes y medio con el riesgo de perder la pierna que el auto le lastimó. Por fortuna egresó totalmente recuperado: «salí corriendo y no lo vi mi hijo que estaba tirado, y lo que fui a hacerlo, me salí corriendo a perseguir el carro, y ya cuando vine ya lo vi mi hijo. Quería llorar en ese momento, pero nunca pude llorar. Lo perseguí (el auto) y grité, pero nunca pude llorar, no salieron mis lágrimas».

Aunque no se plantea la alimentación como causa directa de la enfermedad, sí la sitúa como un factor secundario de menor importancia que el susto referido: «Antes, pues, no usaban refrescos y otras cosas, puras verduras, solo natural sembraban [...] nada, puras cosas naturales que comen». Por su parte, Om piensa que la DM de su esposa fue consecuencia del sobrepeso. Hace la distinción entre la DM que adelgaza y la que engorda: «sí, de ahí puede venir la diabetes. Pues dicen luego que, porque no es gordura buena, sino que es porque está uno enfermo de diabetes, porque hay unos que dicen que hay DM de gordura y otras que también acaba, ¿no? Yo conozco de eso».

Antes de que se le manifestara la DM, San no sabía nada sobre ese padecimiento: «Antes, en mi comunidad donde crecimos, no había de esta enfermedad, ahí nadie tenía. Ahí nadie, ningún familiar, nadie. Ahorita ya hay muy mucho, pues, bastante. No sé qué será. Pues como antes no se escuchaba que hay azúcar, pues, por eso ni sabía yo qué es azúcar».

Al inicio no quería saber nada de la enfermedad, ni siquiera decir que padecía diabetes, pero como su suegra también era diabética y vio cómo sufrió por la enfermedad, comenzó a preocuparse y a seguir el tratamiento. En el IMSS inicialmente le recetaron glibenclamida. Durante un tiempo llegó a consulta; pero en 2008, a causa de los malos tratos recibidos por parte del personal, dejó de asistir: «no me checan, no me hacen mis análisis ahí. [...] La última vez que fui le pedí al doctor que me mandara estudios generales. —¿Acaso tú me vas a venir a mandar? Lo que se va a hacer lo voy a decir yo —que así me dijo. Última vez que me fui, así, hasta ahorita».

Desde que dejó de asistir al IMSS, estuvo consumiendo Euglucón (glibenclamida) de 5 mg [una pastilla por la mañana y otra por la noche], medicamento recomendado por un amigo de su esposo, bajo el argumento de que su madre «con Euglucón se recuperó bastante». Cuando se le realizó la primera entrevista continuaba tomando las pastillas, ya que según indicó le disminuyó la sed y se sentía mejor. Una amiga diabética le llevó unas hierbas (no menciona los nombres), con las que sintió alivio por un año.

A otra amiga San le describió sus malestares y ella le aconsejó probar los productos de Omnilife: «Entonces lo tomé, pero está muy caro, porque hay que tomar bolas de pastillas, cinco en la mañana, cinco a la hora de la comida y cinco en la noche». Se dio cuenta de que estaba gastando mucho dinero; además, al hacerse los estudios notó que sus niveles de glucosa no habían disminuido, así que lo dejó y continuó con el anterior: hierbas y medicina alópata. Tiempo después dejó las hierbas porque las sentía amargas.

Aunado a lo anterior, le afecta emocionalmente que cuando su esposo se embriaga, el dinero no alcanza: «Se gasta el dinero. Digamos que hoy toma y lleva mil pesos en su bolsa, y cuando regresa ya no están esos mil pesos». En ocasiones él le pide a San dinero del gasto. Esto a ella le molesta aún más. El consejo que le dio una amiga le ayudó mucho: «No te desanimes, ánimo, si te sientes mal, pues salte, vete a visitar a tus conocidas, verás que así se te va olvidar. Así como estás de encerrada, ahí estás pensando cosas que traen más enfermedad».

Su esposo se molestaba porque salía de la casa, pero a ella no le importó: «¿Y por qué no he de salir?, ¿acaso estoy haciendo algo malo? Y salí, bueno, ya ves, como nosotros somos católicos, me dedicaba a la religión pues, y a caminar».

Según Om, a partir de la enfermedad San es más enojona:

Es que se altera mucho. Como los niños a veces no muy obedecen, se les pide algo y no lo hacen. Ahí empieza el enojo, no puede pues controlar su enojo y empieza a regañar a los niños. Entonces los niños se sienten muy presionados, no sé. Y pues como no obedecen, hay que estar ahí gritándoles para que a la fuerza hagan los quehaceres. Porque como aquí no hay niñas, pues, pues ellos tienen que hacer, ayudar a lavar los platos, y no sé, su ropa, ellos tienen que lavar cada uno su ropa, así que ellos también sienten un poco duro.

A veces San se debilita, está somnolienta, con pesadez en las piernas, ardor y calor en los pies: «cuando yo me acuesto, no me deja dormir, como que arde, pues; ya cuando lo destapo, ya me olvido y me duermo». Sobre su aspecto físico, para ella estéticamente es mejor estar gorda que flaca: «pues parece que está una más fea flaca, sí, yo así lo siento».

En cuanto al cuidado en su alimentación señala la disminución de la cantidad de grasa en su dieta, porque le han dicho que «las grasas no sirven»; también eliminó los dulces: «cuando chupo un poco de dulce, rápido siento que me da sed y tomo agua». Ha tratado de eliminar los refrescos embotellados, pero: «a veces el cuerpo pide, pues. Hay días que me pasa que siento que mi boca se me seca, así como estamos hablando ahorita, y voy a tomar agua y no me hace nada, entonces compro un poquito de juguito, de ese Pau-Pau y se me quita».

Y comenta lo que contiene regularmente su alimentación diaria:

En las mañanas a veces como dos huevos y un poquito de frijol; ya más tarde, a las 10 o las 11 como mi fruta, mi manzana o papaya, cualquiera de los dos, si no, un pedazo de sandía, eso es lo que hago. Ya en la tarde, ya cuando como, pues, a las dos o dos y media, a veces verdura hervida, además un poco

de fruta, y si no me lleno, parece; entonces bato un poco de avena y si no tengo avena, un poco de pozol, es lo que lo hago, sí. Ya después ya no como nada [...] Cuando él [esposo] viene tarde para comer, entonces lo acompaño con un vaso de té.

Durante el día consume tres o cuatro litros de agua, cuatro tortillas (de tortillería), comen carne una vez a la semana. El tipo de alimentación es similar para ella y para toda la familia; la única diferencia es que para su esposo y sus hijos en ocasiones cocina alimentos fritos. Ellos también han disminuido el consumo de refrescos embotellados por la experiencia de la abuela y por saber lo dañino de su consumo: «miren cómo estoy yo —les digo—, ¿quieren quedar como yo?» Y mi niño más chico dice: «No mami, no quiero, mejor tomo mi agua».

Hay épocas en las que le da más sed de lo normal; por ejemplo, en di-
ciembre, después de excederse con la comida y el ponche.

Reconoce que su alimentación cambió al presentarse la diabetes. Acostumbraba comer entre 10 y 15 tortillas en el día, mucho refresco, pan, frutas dulces como mango, naranja y plátano; dulces, panela (piloncillo) «porque antes mi papá hacía mucha panela. Comíamos mucha panela, cuando recién va espesándose, y ya que se empezaba a enfriar un poco, empezábamos a jalar como chicle, y sale como blanquito. De ahí lo guardábamos y como a la semana tomábamos nuestro pozol con pedazos de panela».

Ante la diabetes se esforzó mucho por hacer el cambio de alimentación: «difícil para hacer dieta, no es fácil. Está duro, a veces quisiéramos comer cosas, pero no se puede. Pero yo ya no lo estoy comiendo, como que me da miedo, ya nomás me da miedo el ardor de mis pies». Por el contrario, su esposo menciona que San no lleva la dieta como debería, lo más difícil es disminuir el consumo de tortillas y el antojo de otras comidas «pues ella no lo hace exactamente como es, de repente le digo que no coma su tortilla u otras cosas, pero ella no lo hace tal como es. Se desvía de la dieta. No lo hace exactamente, se desvía pues. A veces se le antoja pues que como nosotros comemos bien, pues a ella también se le antoja».

San no hace mucho ejercicio, camina poco porque casi no va al mercado, prefiere comprar las cosas cerca de su casa. Los médicos no le han dicho que el ejercicio es importante para su cuidado.

Su esposo se la pasa ocupado en el trabajo, casi no tiene tiempo para ella y San no siente su apoyo en la enfermedad. Sus hijos son rebeldes, aunque cuando se siente mal procuran estar tranquilos. La única que la apoya es su hermana Lop: cuando ella no puede, le ayuda con los quehaceres de la casa; también sus comadres llegan a visitarla: «algunas de mis comadres vienen a visitarme. Nunca me han dejado sola. De aquí, de mi colonia también, vienen a visitarme».

A mediados del 2009 solicitó los servicios de otro biomédico, quien le cambió la marca del medicamento (glibenclamida y metformina). Paralelamente tomó el té de una hierba que su hermano le llevó, recomendada a su vez por una señora diabética: «Es una hojita chiquita que lo cortan, mi hermano tiene una maceta y crece así grande. Hay dos clases. Pero no sé qué hierba, no sé cómo se llama»; además, utiliza por las noches otra hierba en infusión, que según afirmó alivia 36 enfermedades. Sin embargo, su glucemia no se normalizó; se mostró desalentada porque aun con la elevada dosis de medicamento prescrito la glucemia no se reducía. Deduce que es por la mala calidad del medicamento proporcionado por el IMSS. Por esa razón decidió comprar nuevamente Euglucón, pero tampoco le bajó la glucemia. Esto la convenció de volver a consulta al IMSS donde, tras los exámenes correspondientes, le recetaron insulina.

De inicio se resistía a inyectarse la hormona por creer que produce ceguera, idea reforzada con la experiencia de su suegra. Se le explicó que esta complicación no es consecuencia de la administración de insulina sino de la hiperglucemia persistente y que por lo general se indica su uso cuando el daño a la retina está muy avanzado. Se le compartió el ejemplo de uno de los investigadores, insulínoddependiente, sin visos de tal problema. Posteriormente San aceptó la hormona.

En el plano afectivo San percibe que los cambios en su estado emocional y la mala comunicación con su esposo repercuten en su glucemia, lo cual a su vez preocupa a Om, quien comentó su problema con la bebida:

Antes me echaba yo mis... [tragos], pero ahora ya no, tranquilo. Ya nada de nada. Ahorita ya no, ya no quiero ya. Tal vez sí, pero no seguido, pues, algún día o un convivio, así nada más. Pero ya seguido, no. Ya estamos en un equipo de basquetbol, con eso hay que estar ya normal y este, ya sin trago y sin fumar, pues afecta pues. Mejor así tranquilo.

En otra visita y estando ausentes su esposo y sus hijos, San narró detalles de su vida marital que, creía, abonaron a la aparición de su diabetes. Antes de nacer su segundo hijo y a causa del trabajo de su esposo, la familia se fue a vivir a la casa de sus suegros, a la comunidad de origen de Om. Durante su estancia se vio obligada a realizar todo el trabajo de la cocina, preparar alimentos, lavar tases, ropa, hacer aseo. En este lapso Om tuvo una relación extramarital con una mujer del lugar y una conducta alcohólica alarmante.

Cansada del exceso de trabajo y de la falta de respeto hacia ella y la relación, San le dijo que «ella era su esposa y no su sirvienta», y estaba decidida a regresar a San Cristóbal. Om le respondió «que estaba bien, que hiciera como quisiera», pues la decisión era oportuna para él. San con su primer hijo y con un embarazo de seis meses regresó a la casa que habitaban en San Cristóbal, en ese tiempo todavía propiedad de su suegro.

En ese lapso San sobrevivió con sus medios, pues Om no le aportó sustento. Por lo avanzado de su embarazo y su hijo pequeño nadie le daba empleo. Finalmente acudió a una expatrona, propietaria de un restaurante en San Cristóbal que, en su momento, le prometió ayuda cuando San la necesitara. Ella contrató a San para lavar tases, y con el salario subsistió hasta que al final del embarazo dejó el trabajo en razón del parto. Durante todo el lapso no recibió ningún apoyo de Om. Este acudió al nacimiento del hijo para después abandonarlos de nuevo. San siguió viviendo en la casa de sus suegros, que la apoyaban y no aceptaban que Om sostuviera otra relación

Al cabo de cuatro meses, «cargando a la criatura», San regresó a trabajar. La separación fue de cinco años, aproximadamente, y terminó cuando su hijo menor fue atropellado por un taxi. Al ocurrir el accidente, Om

llegó e interpretó la situación como un llamado de atención para volver a la cordura y con su familia.

Si bien regresó a su casa, no abandonó las parrandas. Por ese motivo y por el antecedente de mujeriego, San decidió no tener más embarazos y desde entonces se ha cuidado, sin especificar cómo. El argumento es que «no veía el caso de llenarse de hijos ante la inseguridad con su esposo». No vislumbraba un futuro con él y tenía que precaverse de ser capaz de salir adelante ella sola con sus hijos.

Narró que durante un tiempo su esposo fue repartidor de la cervecería Corona, trabajo que aprovechaba para embriagarse al menos una vez por semana, y renunció debido a que, en opinión de San, ese empleo fomentaba que él bebiera. Después obtuvo otro como velador en el aeropuerto Llano San Juan, pero lo despidieron al encontrarlo alcoholizado y dormido.

Posteriormente, su padre le ofreció un taxi recién comprado para que lo manejara. De eso vivieron cómodamente hasta que Om chocó el vehículo. Su suegro le informó a San que Om, estando ebrio y acompañado por una mujer, había chocado el taxi; el suegro exigía de inmediato un pago de 10 000 pesos por los daños ocasionados al vehículo y, por supuesto, cancelaba la oportunidad de seguir trabajando para él.

San, muy alterada, le hizo saber a Om que ella se desentendía del problema pues aparentemente él no tenía traza de cambiar. Desempleado, sin dinero, con la exigencia del papá y la necesidad de pagar la mesada para la alimentación familiar, Om le pidió a San ayuda para conseguir dinero prestado, pero ella se negó. Él, desesperado por la presión, rompió en llanto. San se condolió y lo apoyó. Montaron un pequeño negocio de producción y venta de tamales y atol agrio, con lo que se mantuvieron hasta que Om, al cabo del tiempo, consiguió un empleo. Pero no logró que le dieran un préstamo para pagarle a su papá, e insistió a San para que le ayudara a conseguirlo con una maestra. Se comprometió a firmar los pagarés. La maestra les dio el dinero a un plazo de tres años sin intereses, y con eso saldaron la deuda con el padre.

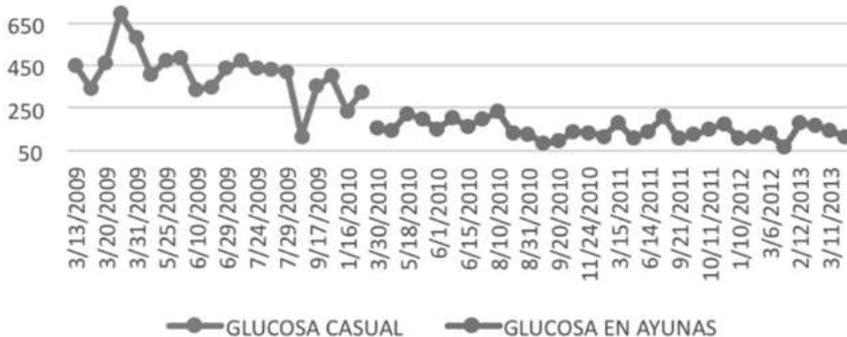
Om, además de ayudar con la elaboración y venta de tamales y atol, solicitó trabajo en diferentes empresas. Un día en que ambos fueron al

mercado, Om se regresó a su casa a esperar llamadas de trabajo. Cuando San llegó, su hijo mayor le hizo saber que «una vieja» había llamado a su papá y por la conversación interpretó que «tenía algo con ella». San tranquilizó a su hijo y le preguntó que si sabía de dónde venía la llamada, y le dijo que era una mujer de la refresquera. Entonces San le dijo que no se preocupara, que seguramente lo habían llamado por trabajo. De inmediato lo enviaron como repartidor. El trabajo les permitió suspender el negocio de los tamales y pagar la deuda en dos años y medio. En la refresquera trabajó ocho años, hasta que fue despedido por llegar alcoholizado.

Otro factor significativo en las emociones de San es la somatización en forma de diarrea ocasionada por sueños relacionados con alimentos restringidos. En junio de 2009 soñó que le ofrecían mango verde, y ella lo rechazaba diciendo que «no podía porque contenía azúcar». En su sueño la persona le aseguró que no contenían azúcar, así que «se dio un buen atracón». Y amaneció con retortijones y diarrea. Recalcó que siempre que sueña cosas parecidas, al día siguiente presenta un cuadro intestinal.

Por último, en el siguiente gráfico se presenta el curso de la glucemia de San desde que se inició el trabajo con ella, mostrando, al menos en este caso, que el acompañamiento contribuyó a establecer rutinas de control de la glucemia.

Gráfico 9.2. San. Glucosa plasmática en ayunas y casual



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Análisis

En la historia de San son significativos los antecedentes de diabetes en la familia de su esposo. Implicaron un conocimiento previo de la enfermedad, sus características y posibles consecuencias. En el discurso se enfatiza la importancia de la alimentación para el control. Por otro lado, de acuerdo con su experiencia, ella contrasta el pasado con el presente. El primero está ligado a la vida en su comunidad, donde no se escuchaba de esa enfermedad; y el presente en la ciudad, donde se ha vuelto un tema común. Pese a esta suerte de extrañamiento, los antecedentes de DM a nivel familiar fueron un referente cuando su suegro dio lectura a sus síntomas.

Sin embargo, en el testimonio de San el eje articulador son las emociones vinculadas a sus difíciles experiencias vitales. Durante una primera entrevista, con la presencia del esposo, varios de los temas problemáticos fueron enunciados sin mayor detalle: el alcoholismo de Om y la consecuente y constante despreocupación por sostener a su familia. No obstante, como se pudo saber durante otra sesión de entrevista, hay una serie de eventos que van más allá del alcoholismo del Om, entre los que destacan la infidelidad, el abandono y el accidente, todo lo cual conllevó una carga afectiva extrema, que para San son referenciales en el desencadenamiento y agravamiento de la diabetes.

Con base en los razonamientos anteriores es posible afirmar que la experiencia de la DM de San está enmarcada en un contexto sociocultural que desde muchos ángulos revela cómo la vulnerabilidad femenina de alguna manera apunta a la mayor prevalencia de DM en las mujeres, principalmente por efecto de las constantes emociones que resultan los diferentes tipos de violencia intrafamiliar de que son objeto.

Particularmente, el accidente de su hijo generó una emoción muy intensa, detonante de la hiperglucemia e irónicamente del retorno de su esposo a su lado, con las ya mencionadas consecuencias.

En términos de los cuidados se observó la utilización combinada o alternada entre fármacos y plantas medicinales. Si bien buscó atención en un contexto biomédico, el maltrato recibido en los servicios biomédicos fue

determinante para desistir de esa vía por un periodo de dos años. El uso y consumo de herbolaria y fármacos se dieron en el contexto intersubjetivo de consejería desde sus redes sociales.

En lo que incumbe a las prescripciones alimentarias se observa que ella hizo «sus propios acomodos», que distaban de adherirse por completo a los dictados médicos y, por el contrario, cuando consumía avena o pozol, por ejemplo, más bien eran obedeciendo a las demandas de su cuerpo.

Aunque para su esposo la problemática y probable causa de su padecimiento era el sobrepeso de San, ella antepone otro argumento: su preferencia por la estética de un cuerpo con sobrepeso. Pese a esto son innegables los problemas intestinales derivados de haber sido inducida, vía sueños, a consumir alimentos que la dañaban aunque no es posible establecer a qué tipo de ansiedades respondían sus episodios oníricos; cabría preguntarse, por ejemplo, si tenían que ver con la dificultad de controlar su alimentación en aras de su salud. Lo cierto es que hemos documentado experiencias similares referidas en otros trabajos (Eroza 2014, Eroza, s/f), provenientes de personas diabéticas, las cuales responden a la creencia propia de pueblos tsotsiles y tseltales en el sentido de que las personas llegan a ser engañadas vía sueños por entidades que incluso pueden ser las de otras personas que mantienen sentimientos hostiles hacia quien buscan engañar.

Finalmente, al igual que en otros casos observados, podemos concluir que la experiencia de San con la diabetes expresa por un lado visiones contestatarias al discurso y la práctica médica que operan como mediadoras en el control de este padecimiento, y por otra, y de manera más importante, su testimonio nos muestra una vez más el peso que las emociones tienen como desencadenante de la diabetes, ya sea de manera acumulativa o repentina, y en la irrupción de los síntomas.

Tona

Tona tiene 48 años. Es originaria de Pantelhó. Vive en San Cristóbal desde 2004. Ella y sus hijos migraron en busca de una mejor educación y al poco

tiempo se les sumó el esposo. Ella es católica, y constantemente pide por su familia, asiste con regularidad a la iglesia y también tiene un altar en casa donde enciende veladoras a los santos de su devoción.

Estudió solo primaria. Rechazó seguir estudiando pues prefería jugar con sus compañeros; además, sus progenitores pensaban «que es el hombre el que estudia para trabajar y mantener la casa, en cambio las mujeres no lo necesitaban, ya que el esposo las tenía que mantener». Tona piensa que ahora las cosas han cambiado. Antes, cuando las parejas se divorciaban la que salía perdiendo era la esposa, pero en la actualidad las mujeres ya trabajan y pueden mantenerse solas. Por eso motiva a sus hijos e hijas para que no abandonen el estudio y cursen carreras para que puedan vivir tranquilos y encuentren un buen trabajo.

Tona enviudó cinco años antes de la entrevista. Su esposo padeció DM por más de 10 años y murió a consecuencia de complicaciones de orden circulatorio. Dado que el finado fue profesor, Tona recibe una pensión y además vende comida. Sus hijos aún estudian. No paga renta pues habita la casa que su esposo compró.

Atribuye su enfermedad a los sustos experimentados a causa del sufrimiento que la DM provocó a su esposo. Pero cree que fue un susto en particular: en diciembre de 2007 lo asaltaron al salir del banco, y al llegar a su casa se puso mal. Por la preocupación y el susto, Tona sintió la boca pegajosa y demasiada sed, que luego se quitó.

Después del asalto su esposo sufrió un accidente cerebrovascular con parálisis en miembros inferiores, y empezó a decaer gradualmente. Luego perdió el habla estando hospitalizado en San Cristóbal, y al agravarse fue trasladado a Tuxtla, donde estuvo en terapia intensiva.

En julio del año siguiente Tona presentó de manera persistente sed fuera de lo habitual, boca amarga y labios pegajosos, «como si comiera chicle». Su esposo le sugirió que ambos fueran a consulta con el mismo biomédico que lo atendía (el doctor Mario). Pero antes acudieron al laboratorio a realizarse análisis.

En el caso de Tona, el diagnóstico del biomédico fue DM, incluso con una glucemia más elevada que la del esposo. Sin embargo, en ese lapso ella

se sentía bien. El biomédico le explicó que es una enfermedad normal, que todas las personas la tienen, pero no a todos se les desarrolla. Le recomendó las pastillas que tomaba su esposo y cuidar su alimentación, evitando particularmente pan, dulces y refrescos.

Al conocer el diagnóstico, Tona intentó tomarlo con calma, incluso tratando de convencerse de que no está enferma. Pensó que si le daba importancia, la enfermedad se agravaría: «Bueno, lo llevo la enfermedad como cosa normal, es que para mí la enfermedad que tengo es normal, es que si me pongo a decir tengo esto, tengo esto, y estoy con eso mismo me voy a acabarme yo misma».

Explicó a sus hijos que el azúcar que la afectó es una enfermedad normal, que necesitaba el cuidado y apoyo de ellos, sobre todo que no la hicieran enojar, que se portaran bien, porque si se la pasaban gritando y peleando eso generaba que se le subiera el azúcar.

La hija mayor es la que está más pendiente de Tona, y es quien le compra los medicamentos. Aunque Tona es derechohabiente no acude al ISSSTE, pues ha tenido experiencias desagradables, en especial por la atención insatisfactoria del biomédico: «son doctores de gobierno, pues al gobierno no le interesa si te da una buena atención o mala. Y si uno se queja, ah, ahí lo vamos a ver, lo voy a ir a regañar, y así pasa».

Tona considera que un biomédico «debe atender bien a las personas, para eso tienen educación y además para eso están». De igual forma, durante la enfermedad de su esposo tuvo muy malas experiencias con médicos de las instituciones públicas de salud, así que prefiere consultar a particulares «porque actualmente hay muchos que cobran barato».

Otra característica negativa de la atención médica es la diferencia que hacen los médicos dependiendo de la economía de las personas. Tona ha observado que tratan mal a quienes tienen menos recursos económicos, porque «los ven como limosneros, mientras que a quienes tienen dinero los tratan mejor, los reciben con besos». Afirma haber presenciado que en el hospital regional, en la Clínica de Campo y en el ISSSTE atienden más rápido a las personas que tienen dinero.

Desde el periodo de tratamiento de su esposo acudieron a un médico que atendía en un consultorio particular, quien por trabajar para el ISSSTE, y ellos ser derechohabientes, les cobró una cuota bastante accesible. A diferencia del juicio sobre los médicos que laboran en las instituciones, ella valora positivamente el trato recibido.

Cuando se realizó la entrevista ella tenía dos años sin acudir a consulta, ya que se sentía bien con las pastillas que le recetaron la última vez. El medicamento que tomaba se llama Biotencom O,⁴ con un costo en aquel momento de \$275.00 por caja con 30 cápsulas; tomaba una en la mañana y una en la tarde; la caja le duraba 15 días. Además del medicamento alópata ha consumido hierbas amargas, con las precauciones e indicaciones de quienes se las recomiendan; por ejemplo, le han dicho de alguna hierba que «si toma demasiado cargado la tisana y con demasiada frecuencia, le puede dañar el hígado».

Una amiga de su hija le aconsejó una hierba que venden en Tuxtla. Bebió un litro durante un mes. Posteriormente, la mamá de la misma amiga le comentó de unas pastillas naturistas que contenían lo mismo que el té, entonces mezcla el té con la pastilla de la misma hierba, ingiere el té un mes, luego descansa 15 o 20 días sin consumir nada y después las pastillas durante otro mes. No ha buscado a curanderos para tratar la diabetes «no porque piense que es malo acudir con ellos, pero no está acostumbrada a consultarlos».

Aunque el biomédico le recomendó evitar el pan, lo come una o dos veces por semana; ha disminuido el consumo de refrescos; el café lo toma amargo, aunque a veces le agrega dos bolsitas de Canderel pero dice «no me gusta porque no siento el sabor, así que le pongo dos o tres bolsitas». A veces consume cerdo, «pero trato de comer otras carnes como palomas o carne de chivo, además de verduras cocidas».

De acuerdo con lo descrito en líneas anteriores, el esposo de Tona padeció DM por más de 10 años, pero no sabe por qué enfermó. Piensa que él tuvo una mala experiencia con la enfermedad porque aunque tomaba las

⁴No se reporta en el PLM.

pastillas recetadas por el biomédico, frecuentemente ingería cerveza y eso contribuía al descontrol. El biomédico les explicó que la cerveza es una bebida contraindicada para diabéticos, y recomendó sustituirla por otro tipo de bebidas alcohólicas como tequila por ser simple. Sobre esta bebida en particular un compadre le dijo «que es buena para controlar el azúcar en la sangre».

Además del medicamento, su esposo bebió demasiadas tisanas: «no se quejaba de dolores y se veía bien, pero lo que vino a descontrolarlo fue el susto que tuvo por el asalto». Tiempo después de la recuperación, a su esposo le detectaron un tumor en la cabeza; ella pensó que era consecuencia del azúcar, pero el biomédico le dijo que no, que podía ser resultado de un golpe.

Tona también tiene la experiencia cercana de DM en una hermana. A diferencia de ella, afirma que su hermana se ha visto grave. En el ISSSTE le dijeron que era preciso quitarle un riñón que ya no funcionaba; la llevaron con un especialista a Tuxtla y este diagnosticó que la operación no era necesaria y le recetó un tratamiento con el que mejoró.

Un factor que afecta emocionalmente a Tona son los problemas de comunicación que tiene con su único hijo varón. Él es reservado y ella piensa que tras la muerte del papá no tiene con quién hablar de sus problemas. El muchacho casi no sale a fiestas, «de vez en cuando sale con sus amigos». A ella le preocupa que se embriague, le da miedo que le suceda algo o consuma drogas pues ha escuchado «que las drogas matan». Él le ha expresado su deseo de trabajar, pero ella prefiere que termine de estudiar «pues si comienza a trabajar va a abandonar la escuela».

Tona sabe que debe cuidarse pero para poder controlar la enfermedad también requiere la ayuda de los médicos. Considera necesario que estos estén más al pendiente de las personas con DM, pues se ha percatado de que en muchas ocasiones a personas con distintas enfermedades les dan los mismos medicamentos: «las mismas medicinas salen, con eso si va usted en el ISSSTE todos salen con la cajita blanca, cajita celeste, con paracetamol». La causa, piensa Tona, es que los médicos de las instituciones no se preocupan por los enfermos.

Análisis

Al experimentar por primera vez los síntomas de la DM Tona, por indicación de su esposo, es decir sin opción decisoria, se sometió a estudios y una vez confirmado el diagnóstico acudió al médico que lo atendía. En lo que toca a la DM de Tona, la experiencia con el esposo influyó en el hecho de que ella misma evitara las malas prácticas de los representantes de la medicina institucional de las que fue víctima su esposo.

Por consiguiente, Tona habla de actitudes discriminatorias, burocráticas y negligentes por parte de los profesionales de la atención médica, las cuales, frente a su mirada, hacen inútil cualquier tentativa de solucionar un problema de salud con ellos. De tal suerte, tan solo válida la mediación que le recetaba el médico particular que atendió a su esposo, quien además cobraba una cuota módica.

La mezcla de fármaco, infusiones y pastillas naturistas es resultado de la intersubjetividad manifiesta en los mensajes vertidos en las redes sociales de Tona. Según sus palabras, estas medidas le habían resultado suficientes hasta entonces para mantener un adecuado equilibrio de sus niveles de glucemia, a pesar de no cumplir a cabalidad las prescripciones alimentarias indicadas por el biomédico.

A pesar de la existencia de factores que le generaban aprensión, Tona no cree que eso afectará en lo sucesivo su vida y su salud; sus hijos habían respondido de manera sensible a su DM y actuaban a favor de su estabilidad emocional.

Por tanto, tenemos la imagen de una mujer que se presenta a sí misma como alguien que ha logrado normalizar su vivencia como PVDM, al parecer esto como alusión a su inicial postura al saberse portadora de este mal, es decir, lo vive sin dramatismo. Su certeza parece estar avalada por las medidas adoptadas o para afrontar el padecimiento y los resultados. Por tanto, es muy probable que en el trasfondo operara la estabilidad económica heredada por su esposo y la presencia y apoyo de sus hijos en casa.

So

So tiene 39 años. Es católica, casada, originaria de una comunidad nahua de Puebla. Vive en San Cristóbal desde 2008. Su esposo es chiapaneco, oriundo de Cintalapa, con quien al momento de la entrevista ha vivido durante 15 años. Actualmente está inscrita al Seguro Popular; solicitó el apoyo del programa Oportunidades pero no se lo asignaron pues su credencial de elector es foránea. Al momento de la entrevista tenía dos hijos, un joven de 14 años y una niña de siete. Rentaban un cuarto en el centro de la ciudad con lo indispensable: ropa, cama; el baño y cocina aparte, con mesa, sillas y estufa.

Aunque tienen casa propia en Cintalapa, ella se trasladó a San Cristóbal por el alcoholismo del esposo, pero él decidió seguirla y dejar atrás todo: familia, amistades, tienda de abarrotes, taquería, frutería.

Con el cambio de residencia su esposo disminuyó considerablemente la ingesta de alcohol. Ella habló mucho con él, le hizo ver todos los problemas que tenían en el hogar a causa de su adicción. Además ocurrieron sucesos inexplicables, por ejemplo, el incendio de su taquería y diversos problemas familiares. Llegaron a sospechar incluso que un vecino «les estaba haciendo daño, pues en Cintalapa hay mucha envidia».

Gracias al apoyo emocional y económico de los familiares So ingresó de inmediato a trabajar en uno de sus negocios, sintiendo «más valor para reclamarle [al esposo] su alcoholismo». Le dijo que también «él tenía que trabajar, y si no, que se regresara a su tierra». Con el dinero que ella ganaba compró ropa y zapatos para a sus hijos. La relación con estos también cambió, pues antes les gritaba y pegaba, pero en San Cristóbal una señora le dijo que no se desquitara con ellos. Uno de sus hijos se orinaba en la cama, según ella porque por su edad comprendía mejor la crítica situación.

Su esposo encontró empleo y la situación familiar mejoró. So lleva un año sin trabajar pues su esposo le sugirió mejor cuidar de su enfermedad, aunque al sentirse mejor comenzó a vender pan por las tardes y yogurt con frutas en las calles...

[...] él cambió mucho, ya hace como dos años y medio que está muy cambiado, le preocupan más sus hijos, por lo que les falta. O sea, cambió demasiado, pero porque yo estaba ahí; estaba ahí duro y duro, pues sí, ya prácticamente en esos dos años y medio pues ya estoy más tranquila, pero le digo, ya con la enfermedad.

En 2005 a So le detectaron diabetes. Sin embargo, desde 2003, cuando nació su última hija, comenzó a sentirse mal; bajó cinco kilos; sufrió de anemia, cansancio, mucha sed. Pensó que quizás era consecuencia de la presión arterial que sufría. También comenzó a orinar frecuentemente pero le decían que «eso pasaba porque era muy nerviosa».

Los malestares continuaron. Entonces acudió con diversos biomédicos que le solicitaron estudios sin detectar diabetes. No le preguntaron sobre antecedentes de DM en su familia ni ella imaginó padecerla. Al poco tiempo comenzó a notar manchas en la piel, erupciones rojas en todo el cuerpo que le causaban comezón, pero sus allegados le decían que tal vez se debía al sol y el calor.

En cierta ocasión un joven acudió a su domicilio ofreciendo medirle la presión arterial. A ella se le ocurrió solicitarle que le checara la glucosa. Él le cobró 30 pesos. La medición arrojó una glucemia de 280 mg/dl. El joven le dijo que quizá había salido elevada porque fue después del desayuno, pero le dio una orden médica para que se realizara estudios más detallados. Ella guardó el papel y no fue, porque pensó que quizá era un error.

Dos semanas después, al intensificarse los malestares, decidió ir en ayunas al laboratorio. El resultado arrojó una glucemia de 290 mg/dl. Tampoco dio crédito a tal cifra y, por recomendación de un primo, decidió acudir a un laboratorio de un químico conocido de la familia para confirmar, y el resultado arrojó una lectura de 289 mg/dl.

La negativa a aceptar el diagnóstico fue tal que se realizó un total de siete análisis antes de aceptar su condición: «creo que hasta la séptima vez que me saqué ya lo dejé por la paz, pues ya soy diabética». Aceptarlo implicó un profundo enojo y deseos de morir. Al indagar sobre la causa de

su mal, subjetivó cuatro posibilidades: mala alimentación, falta de cuidado, herencia y un coraje.

Al profundizar en la explicación de los últimos dos y enfatizando en el factor hereditario, mencionó que la mayor parte de su familia materna tiene diabetes: «mi mamá tiene diabetes, mi abuelita tuvo reumas y diabetes, tengo tíos con diabetes, la mayoría de mi familia tiene diabetes». En la familia paterna también hay personas con diabetes, pero son pocos comparados con la familia de su madre. Tiene ocho hermanos, un hombre y seis mujeres, de las cuales tres tienen diabetes.

Por su parte, el coraje lo experimentó siete años antes de la entrevista, en el pueblo de su esposo, y el origen fue el alcoholismo de este último. En ese entonces él trabajaba manejando un colectivo, y al finalizar la jornada laboral frecuentemente se emborrachaba y llegaba en ese estado a su casa.

So se ocupaba del hogar y del cuidado de los hijos. La comunicación con su cónyuge no era buena, reñían constantemente pero sin llegar a la violencia física. Ella hacía corajes que no podía desahogar platicando con alguien, pues no contaba con amistades ni algún apoyo familiar.

Un día me decidí, agarré mis maletas. Él no estaba. Se había ido a tomar, llegó en la madrugada, pero yo ya tenía las maletas. Dije: — ¿Te vas o te quedas? De hambre no me voy a morir, yo sé trabajar, me voy a llevar a mis dos hijos. ¿Te vas o te quedas? Se quedó así...

— ¿A dónde?

—No, pues a San Cristóbal.

— No, ¿y qué vas a hacer ahí?

—No sé, yo voy a trabajar, si tú no quieres salir adelante, quédate en tu casa.

Dejé mi casa y ya me vine.

— No, pues que me voy.

Ya no siguió [tomando], entonces, este, tuve que tomar..., yo tuve que ser la que tomara la iniciativa para que saliera de esta, sino quién sabe.

Después de aceptar su enfermedad acudió con un biomédico de las farmacias Similares, donde le recetaron glibenclamida de 5 mg y le

indicaron cuidar su alimentación. Pero los niveles de glucosa no bajaban de 200 mg/dl. En ese tiempo compraba sus medicamentos, pero no en las farmacias Similares porque le dijeron que no eran las mismas pastillas, «que eran copias y no eran buenas», así que le salían más caras, pues las compraba originales.

Tramitó el Seguro Popular pero para obtenerlo tuvo muchos problemas porque su credencial de elector no era de Chiapas. Tramitó la credencial con su nueva residencia. Desde hace tres años cuenta con Seguro Popular y asiste a la Clínica de Campo.

Antes de acudir al biomédico de la clínica, tomó un té de un arbolito que traían de Sonora y lo vendían en el hotel Santa Clara, porque en la radio escuchó la propaganda. Compró dos cajas con un costo total de 400 pesos, pero solo acabó una caja porque no sintió mucho alivio. El nivel de azúcar bajó un poco, pero se mantenía sobre los 200 mg/dl.

Acude una vez al mes a consulta, previos estudios de laboratorio. El biomédico le explicó un poco más de la enfermedad:

[...] me dijo que la glucosa, el cuerpo se puede acostumar a como uno le deje, por ejemplo, si su cuerpo lo acostumbra a 180 y no siente nada o 200 usted puede estar con ese nivel y no va a sentir nada o sea su cuerpo también se acostumbra. Es lo que me estaba diciendo, por eso en cada cosita que se me daba o una gripa o una tos se me subía rápido, por lo mismo que no estaba controlada.

En la clínica le dieron metformina y glibenclamida, una pastilla de cada una, cada ocho horas, pero sentía que era demasiado, pues se sentía mal, se dio cuenta de que le estaba bajando demasiado el nivel de azúcar, incluso llegó a 60 mg/dl; sabía que tenía los niveles bajos por algunas reacciones en su cuerpo: «haga de cuenta de que me levantaba de la cama y me temblaban los pies, no podía ni pararme, me sentía cansada, ganas de respirar mucho [...] sentía que sudaba mucho y, este, sentí una desesperación porque no me dejaba respirar bien, me sentía demasiado cansada».

El biomédico le redujo el tratamiento a solo dos pastillas, una cada 12 horas. Le agrada la atención en la Clínica de Campo pues la doctora Norma es amable y le explica. Ha estado con otros que nada más le dan medicamento sin explicaciones. Le desagrada que cada seis meses le cambian al doctor que la atiende.

A consecuencia de una cirugía de emergencia por un problema de vesícula, por única vez le administraron insulina. Fue necesario porque los niveles de azúcar en sangre estaban en 380 mg/dl. Piensa que la insulina es mala, ha escuchado comentarios de que causa la pérdida de la visión: «otras señoras que les inyectaban insulina, me comentaban: hace daño la insulina, mira, ya me está gastando la vista, me decían».

Acusa ya algunas complicaciones, se le ha disminuido la visión aunque piensa que es por una carnosidad. También ha tenido problemas en los riñones, pero cree que es consecuencia de tomar poca agua: «como le digo a mi esposo: ¡ay, no sé qué tengo, como que en vez de curarme me estoy empeorando!».

Cuando fue de visita a Puebla, su madre la llevó con un biomédico especialista para revisar el problema de los riñones. Este le diagnosticó una infección, pero no le hizo análisis, así que cuando regresó se los practicó y sí tenía una infección; no obstante, no ha tratado ese problema pues gastaría mucho en viajar a Puebla.

Hace una reflexión sobre la importancia del tiempo que dejó pasar antes de ir al biomédico y que de haber acudido antes quizá se habría complicado menos su enfermedad. Ha escuchado sobre diversos tipos de tratamientos para la diabetes. Algunas personas le hablaron de la hojita del neem y del noni que les había ayudado a controlar el azúcar. También le han hablado de algunas plantas que venden en el mercado, pero a ella no le gusta tomar hierbas. Una vez le ofrecieron productos de Omnilife, pero escuchó comentarios de que a largo plazo provocan cáncer, así que no los compró. Una señora le dio un folleto de unos medicamentos para curar la diabetes pero no los compró porque cree que la DM no se cura.

Lo que sí ha probado es la sábila, «pero únicamente dos veces porque no le gustó el sabor». La consumió en pedacitos, sin licuar, pues además de

ayudarle en la DM le iba a erradicar el malestar en las anginas. Otra recomendación seguida es el jugo de apio, piña, perejil y naranja, eso ha contribuido a bajar los niveles de triglicéridos. También consumió el licuado de nopal en ayunas durante dos semanas para bajar de peso y como vio resultados, aún lo toma; pero la doctora le sugirió tomarlo solo dos veces por semana pues el nopal solamente le va a bajar de peso y So no está gordita. Así que ha disminuido el jugo, pero trata de consumirlo en ensaladas, hervido con tomate y cebolla.

Hace dos años consultó con una psicóloga en la Clínica de Campo. Al principio asistía cada mes y después la citaban cada dos meses. Ella tenía sesiones individuales, pero la misma psicóloga también daba pláticas a un grupo de 44 personas al cual se adhirió. Las charlas versaban sobre diversos temas: asesoría alimenticia, bebidas permitidas, actividad física, aseo personal. También les daban consejos sobre cómo lograr el control de la enfermedad y a aceptarla:

ahí le explican cómo debe de tratarse, o sea, una diabetes, es normal si uno lo sabe llevar vive muchos años uno, pero sí va empezar a decir no pues ya soy diabética, no me digan nada empiezan, dicen, los chantajes y así es y es donde va gastando uno entonces ahí es donde nos explican todo.

Sobre la dieta le han indicado evitar dulces, enlatados «porque los conservadores son dañinos», eliminar los refrescos embotellados, sobre todo los light pues son los más perjudiciales.

También acerca de la alimentación nos cuenta que cuando era soltera y vivía con su mamá comía más verduras, pues la economía familiar tras la muerte de su padre no fue buena y comían «lo poquito que teníamos». Cuando comenzó a trabajar pudieron consumir más alimentos, pero por los horarios de trabajo había días en que no le daba tiempo de desayunar, al medio día comía tortas o tacos y al salir del trabajo iba a una pequeña fonda, así que se alimentaba en la calle todo el día.

Al casarse cambió su alimentación, pues cocinaba en casa, consumía mucha carne de res, grasas, alrededor de tres vasos de Coca-Cola® en la

comida, no tomaba agua, incluía poca verdura, alrededor de ocho o nueve tortillas en cada comida, mucho pan y café con dos cucharadas de azúcar: «ah, yo comía de todo, me gustaba mucho, por ejemplo, la carne de res, me gustaba que trajera gordito porque ya ve que un caldo sale rico con el gordito ¿no?, y así comía cosas que yo pensé que estaban bien, pero no».

Ahora con la enfermedad procura tomar agua, menos refrescos embotellados, menos frutas como el mango, la sandía y la piña por el alto contenido de azúcar; toma menos café y sin endulzante; se come de dos o tres tortillas en cada comida, trata de no cenar y únicamente toma por las noches una taza de café con un pan tostado integral; incluye más verduras, pero ahora las combina con trocitos de carne seca, ya que su mamá le manda cecina de res que no contiene mucha grasa. Cocina la verdura con aceite de oliva y le pone vinagre; al inicio solo comía las verduras cocidas y no les agregaba aderezos, pero se aburrió de comerlas así. Algo que consume ahora que está enferma es la hoja de mostaza, la prepara con poca sal y limón, no la hierve porque una vez la probó así y no le agradó.

A So siempre le han gustado los quesos y la crema, pero debido a la enfermedad se ha disciplinado: «antes le ponía queso y crema a todo: tacos fritos, enfrijoladas, enchiladas, chilaquiles», ahora acostumbra únicamente el queso panela, pues le dijeron que contiene menos grasa.

Hay otros motivos por los cuales también ha cuidado su alimentación: el primero fue la operación de la vesícula, pero ahora que se la quitaron ya no puede comer de todo, y menos grasas. El otro motivo son sus niveles altos de triglicéridos. No se explicaba por qué estaban elevados si no estaba gorda, pero le explicaron que no necesariamente tenía que estarlo sino que se le reflejaba en la sangre el alto consumo de grasa en las comidas «y sí es cierto, comía mucha grasa, el bistec lo pedía con grasa, pero le digo, a mí me gustan las patitas de pollo y sin puro hueso pues es la que trae más grasa, me dice, entonces pura grasa comía».

Los cambios en su alimentación se reflejaron en su complexión, antes de casarse era delgada (pesaba 50-55 kg), después del matrimonio subió de peso (60 kg) pero nunca se sintió pasada: «digo que a lo mejor, este, algún día engordé, no, bueno, hasta con mis hijos el peso normal que llegué a

pesar con mis hijos adentro fueron 63 kilos, sí eso es todo y ya de ahí no, nunca he estado gorda».

Los médicos le sugirieron cuidar la alimentación de sus hijos y estar pendiente de sus propios niveles de glucosa. Su hija no le preocupa tanto porque es delgada y aunque come mucho, no engorda, pero su hijo está pasado de peso: «mi hijo está bien, pero lo que le sirve a él es que hace mucho deporte, le gusta el fútbol, el basquetbol. Ahorita se fue a entrenar. Eso es lo que le ayuda. Come, porque come demasiado, pero yo creo lo baja porque no está gordo. Además, consume demasiada comida rápida y comida chatarra».

Tiene que cocinar doble, pues la comida de ella es distinta de la que prepara a los demás miembros de la familia. Aunque en ocasiones solo hace un tipo de comida para que ellos consuman más verduras. Su esposo tampoco está de acuerdo en comer verduras, pero a So le inquieta porque él sí está pasado de peso. Prepara algunas comidas que le gustan a toda la familia, pero modificadas; por ejemplo, hace pozole con pollo. Cuando va a visitar a su suegra trae pollos de rancho. Guisa el pescado hervido envuelto con papel de aluminio y rodajas de jitomate.

Los cambios en su alimentación han favorecido la economía familiar, ya que las verduras son más baratas. Antes gastaba mucho cuando iba al mercado, pero ahora, independientemente de que sus hijos y su esposo coman distinto, cocina con medidas.

Asimismo, le han recomendado caminar mínimamente media hora al día, más allá de lo que camina al «hacer sus mandados». Al principio de la enfermedad iba a las instalaciones deportivas municipales y se ejercitaba mientras su hijo entrenaba basquetbol; pero después de la operación de la vesícula lo suspendió, y cuando se estaba recuperando le dio hepatitis, así que «por el momento no he hecho ejercicio».

Aunque So ha modificado sus hábitos alimenticios y los de su familia, en el periodo de las entrevistas observamos que no oponía resistencia cuando la invitaban a consumir bebidas y refrescos. Incluso, un par de veces su esposo informó que estando en reuniones familiares en Cintalapa, ella se había puesto muy mal por consumir arroz frito con manteca.

So afirma que le ha ayudado mucho acudir a las pláticas del grupo en la Clínica de Campo:

[...] al convivir ya con otra gente, como que uno se relaja más ya, este, lo toma uno diferente, pues independientemente de la casa ya uno se despeja de todo lo de la casa y como que eso también hace bien porque convive con gente que igual están enfermos entonces ya le explican, a veces ya nos platicamos los problemas y así, ya uno se desahoga y uno queda más tranquilo.

Las razones para acudir al grupo son diversas: violencia emocional, problemas económicos, diabéticos, hipertensos y obesos. Igualmente, los médicos dan pláticas:

Cada mes explicaban diferente, de cómo lo debíamos de tomar, cómo debemos de vivir con eso porque, este, hay gente que no sabe vivir con su enfermedad, hay gente que ya de plano sí está mal de la diabetes, pues piensa que ya se le va a acabar el mundo, vive mal con su familia, ya con cualquier cosita se enoja o así. Entonces, ahí nos explican cómo hacerle porque no es tan grave, dice, porque si lo sabemos controlar, no es tan grave y debemos de vivir, es como algo normal, algo natural.

Se fomenta la buena relación entre los asistentes por medio de juegos e intercambios de regalos. En el grupo les aconsejaron evitar el uso de la enfermedad para chantajear a otras personas, sobre todo a su familia. Ella confiesa haberlo hecho al inicio de su enfermedad, les decía a sus hijos: «y no me hagan enojar porque esto y el otro». Pero con el tiempo y la ayuda de las pláticas comprendió que «no estaba bien hacer eso».

Últimamente han pensado cambiar de ciudad, con la idea de un espacio propio para la familia, pues en el cuarto donde viven no lo tienen, aunado a que su hijo quiere estudiar la preparatoria en Puebla aunque para ella es difícil, pues la adolescencia es muy complicada y tiene miedo de que caiga en vicios, sumado a que siempre han estado juntos, a excepción de

una temporada (cinco meses) que su esposo se fue a trabajar a Cancún, pero regresó porque su hija se enfermó.

Tienen dos opciones: regresar al pueblo de su esposo o irse a la Ciudad de México. En ambos lugares tienen casa propia, pero ella cree que «lo más probable es donde su esposo», pues no le gustaría regresar a México, donde «la vida es muy diferente». Tendrían que volver a comenzar allá, quizá retomar los negocios que tenían antes de venir a San Cristóbal, pero le ha advertido a su esposo que si regresan «tenga cuidado con no volver a caer en el vicio del alcohol».

Análisis

La experiencia de familiares diabéticos generó en So la resistencia a aceptarse como PVDM y su consecuente crisis emocional. Son significativas sus reflexiones sobre la probabilidad de evitar o disminuir complicaciones cuando el padecimiento se acepta desde el principio.

Su familiaridad con la diabetes remite a una subjetividad derivada de un cúmulo de conocimiento científico que se tradujo en un esquema más complejo de causalidad en relación con su padecimiento. Dentro del marco de posibilidades sitúa como desencadenantes de sus síntomas el factor herencia, la mala alimentación, el descuido y estados emocionales negativos.

Una vez en San Cristóbal, sin hacerlo explícito, pudo ser más proactiva en términos de la atención médica. Se vio inmersa en una intersubjetividad plena de apoyos e información sobre alternativas terapéuticas. De manera más significativa pudo, mediante su adscripción al Seguro Popular, contar también con control biomédico institucional aprovechando lo posible.

Hernán

Hernán nació en algún paraje de Chamula, 40 años antes de la entrevista. Vive en la periferia de San Cristóbal de Las Casas. Tiene 53 años. Es

evangelista, estudió hasta el tercer grado de primaria, aprendió a leer y escribir. No cuenta con seguridad social ni apoyo gubernamental. Está casado, tiene cuatro hijos y 16 nietos; vive solo con su esposa. Tuvo diversos oficios: vendedor de paletas, comerciante y cargador. A partir de 2005 estableció su propio negocio de venta de madera. Posee dos taxis y un colectivo que hacen viajes de San Cristóbal a Chenalhó. Hernán maneja uno de los taxis —su hijo maneja el otro—, pero cuando se siente mal por la DM contrata a su cuñado.

En la mañana del 25 de diciembre de 2001 despertó apremiado por la sed, ni el agua ni refrescos se la quitaban, tenía reseca la boca. Se realizó estudios de laboratorio sin que en estos despuntara la glucosa. Ocho días después repitió los estudios debido a que la sed no disminuía, y el resultado fue positivo a hiperglucemia.

No sabe por qué le dio diabetes. Ha escuchado que quizá por algún susto o enojo, pero Hernán no tuvo ninguna experiencia de este tipo. Estaba tranquilo. Durante la cena de Navidad «no me desmandé ni en la comida ni en la bebida», por lo que piensa que «la enfermedad nada más así me empezó». Con la atención biomédica no logró estabilizarse: «Busqué medicina, pero nada, ni baja ni controla nada, ni pastillas ni yerba».

Hernán estuvo durante cuatro o cinco años sin tratamiento, presentando visión borrosa, cansancio en rodillas, pero sobre todo pérdida de peso hasta llegar a los 45 kilos, lo cual le preocupó, incluso algunas personas ya no lo reconocían.

La insulina que el biomédico recetó no aminoró la glucemia. El facultativo lo justificó diciendo que eso llevaría tiempo. Al no ver resultados, consultó, por recomendación de un amigo, a un biomédico en Tuxtla, quien le recetó insulina: 20 unidades por la mañana y 15 unidades al anochecer, con lo que después de algunos días sintió alivio: «hasta me quitó la sed, ya no hay refresco, ya no hay mucha agua».

Dos meses después los niveles de glucosa en sangre se normalizaron, por lo que decidió dejar la insulina: «el doctor pues, quiere que yo toda la vida [tome] creo pastilla o insulina, pero lo vi que bajó pues entonces paré;

le dije doctor: —Ya tengo normal, ¿no sé si sigue aplicando?; aunque me dijo que lo siguiera, lo dejé. Y mi azúcar no volvió a subir, me curé».

Explicó que en cada consulta con el biomédico de Tuxtla le aplicaban de cuatro a cinco piquetes con gas, pero no sabe exactamente qué era. Un licenciado le recomendó el Neurotin 600, pues le dijo que con eso se le quitó la DM a él, pero no lo compró, además indicó que tomar demasiado medicamento daña el estómago.

La sed y la frecuencia de orinar desaparecieron, pero por la intensidad de la hiperglucemia se generaron complicaciones de las que no se recuperó. Al momento de la entrevista tenía cinco años con ardor en la planta de los pies, las piernas frías durante el día y por las noches piernas y pies calientes, al grado de llegar a colocarlos descalzos en el piso.

Antes de saber que estaba enfermo tomaba mucho refresco embotellado (Coca, Fanta, Pepsi), de tres a cuatro diarios y no consumía agua; además pesaba 75 kilos, al momento de la entrevista llegó a 58 kilos.

Come de todo, solo ha disminuido el consumo de refrescos embotellados (uno a la semana). «Ahorita ya no tengo ganas de tomar refresco». Come puerco una vez al mes, pollo de rancho y res por lo menos una vez a la semana; consume pocos lácteos; cinco a siete tortillas de maíz en cada comida; frijol dos o tres veces a la semana, y de repente dulces y pastelitos.

Procura salir a caminar media hora al día, pero no siempre sale porque se siente cansado y débil, según él porque trabaja mucho: «hay veces salgo a caminar media hora, pero muy poco, hay veces me canso, mucho cansancio porque como se trabaja duro no puedo, sí como que está débil».

La única que lo apoya en su enfermedad es su esposa. Sus hijos están enterados, pero él no siente su apoyo. Durante el acompañamiento su glucemia permaneció dentro de lo normal.

Análisis

Si bien Hernán estima que la DM es una enfermedad natural, en su subjetividad no hay cabida para la noción biomédica de incurabilidad. Al

inquirirle sobre las posibles causas del episodio hiperglucémico descartó que sus hábitos alimenticios hayan sido un factor, gradual o desencadenante. Así, una vez estabilizada su glucemia suspendió el medicamento al sentirse curado, condición verificada porque en adelante no presentó ni síntomas ni hiperglucemia.

Las secuelas de la grave hiperglucemia que lo aquejó fueron el ardor de pies y la debilidad, pero decidió no medicarse ante la creencia de que los fármacos dañan el estómago. En vez de eso optó por aceptarlas y convivir con ellas en tanto no le impedían realizar sus actividades cotidianas. La incredulidad, producto de nuestra racionalidad sobre la DM, nos condujo a realizar a Hernán glucometrías durante el tiempo que se le visitó, destacando que en todo momento sus índices de glucemia se mantuvieron normales.

Copa

Don Copa tiene 57 años. Nació en San Cristóbal de Las Casas. Casado, profesor de bachillerato, tiene una maestría en educación, no profesa religión, nació como católico, es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hace seis años presentó fatiga, cansancio, ansiedad, insomnio y sed, y en su momento no supo a qué atribuirlo. Tras los resultados de laboratorio el biomédico le diagnosticó DM.

Copa considera que su enfermedad se desencadenó por efecto de excesos alimenticios (grasas, refrescos y bebidas alcohólicas): «Es una enfermedad de los excesos, consumir demasiado alcohol, refresco, muchas grasas, es provocado en uno mismo y al mismo tiempo por no alimentarse bien y eso provoca que nos dé azúcar».

Descartó que la enfermedad se deba «a maldad», a pesar de que en sus redes la sugieren como posible causa, incluso opina que eso raya en el absurdo, por lo mismo, no ha consultado ni a curanderos ni a espiritualistas.

Distingue entre la DM que es provocada por mala alimentación y la heredada. Para él, la DM más agresiva es la que se hereda: «es que cuando se hereda es muy difícil de controlar y es muy peligrosa, cuando la diabetes se hereda es mala, casi no se cura; bueno, el mío por el momento no es agresiva y quién sabe después». Cree que su tipo de DM no es maligna, pero no por eso se va a descuidar. El tratamiento biomédico prescrito es a base de glibenclamida y metformina (Euglucón). Entre las indicaciones del biomédico destaca: eliminar el azúcar y no enojarse.

Desde el inicio del tratamiento desaparecieron las molestias. Al momento de la entrevista mostraba su apego. Sin embargo, manifestó desear la creación de un medicamento para curarse en definitiva de la diabetes. Ha probado algunos de los productos anunciados en la televisión, asegurando que no curan la DM. Complementa su tratamiento con plantas medicinales y alimentos para controlar la glucemia, como «la babita del nopal y tés amargos», de los que supo consultando revistas sobre la temática o algunos recomendados por PVDM.

Sabe que si descuida su alimentación o deja de hacer ejercicio tendrá mayores posibilidades de sufrir una complicación y menciona insuficiencia renal, ceguera y pie diabético.

Puntualizó que no le gusta hacer dieta, especialmente si incluye fruta, pero la consume un día sí y otro no; algunos de sus argumentos para rechazarla son: la falta de tiempo por el trabajo que le impide comer apropiadamente; como se siente bien con el medicamento considera innecesaria una dieta estricta; cuestiona además que el biomédico recomiende frutas como papaya o melón porque no siempre están en temporada; además, algunos productos como la leche deslactosada o el yogurt son muy costosos; aduce también que si hace dieta queda insatisfecho y con apetito.

Ha recibido apoyo emocional de su familia, compañeros de trabajo y, sobre todo, de aquellos conocidos con la misma enfermedad. Con ellos comparte información sobre experiencias para el control de la DM, pero también tristezas y alegrías.

Aclaró que de todas las recomendaciones que le hacen, las únicas que sigue son las relacionadas con hierbas, pues estas «no son malas», en

cambio los medicamentos alópatas, fuera del Euglucón, no los toma porque piensa «que es malo tomar pastillas que no son recetadas por un doctor».

Aunque no ha sentido rechazo por ser diabético, ha escuchado comentarios como «pobrecito, ya tiene azúcar», pero sabe que no lo dicen con mala intención, sino que demuestran preocupación por él. En algún momento se preguntó: «¿por qué me tocó a mí?» Y asumió ser el único culpable de la enfermedad, pues no cuidó su alimentación. Le afecta la prohibición de comidas y bebidas que usualmente consumía en reuniones y fiestas. Pero asume:

no me cuidé y seguía tomando cosas, comida chatarras; por ejemplo, tomaba mucha Coca, y café mucho más, por eso. En ese sentido le digo que soy el culpable. Y no solo en eso, tomaba cosas embotelladas ejemplo como la cerveza, por eso soy el culpable. Soy una persona de apetito, pero ahora ya dejé de comer como antes.

Finalmente expresó que compartir su experiencia para este texto puede servir para que otras personas se enteren de que la DM es mala y riesgosa, y así puedan cuidarse.

Al hablar del desconocimiento general sobre la DM compartió algunos ejemplos de comentarios recibidos: «Tú no eres diabético, mira, estás gordo, eres cachetoncito y estás lleno de vida. No creo que seas diabético». Reflejando falta de información sobre la DM. «Me gustaría que algún día esta información se publique y más en las comunidades indígenas, ahí toman mucha Coca, consumen mucho café, eso es malo y sería todo».

Análisis

El nivel educativo de Copa induce su inclinación dentro del horizonte amplio hacia una visión sobre la DM determinada por el discurso biomédico. Pese a todo, aun con su nivel de estudios en un inicio no logró identificar la naturaleza del padecimiento. No obstante, por medio de lecturas

distingue entre la DM hereditaria y la ocasionada por excesos en la alimentación, categoría esta última a la que él se adscribe. En su historia es relevante indicar que sus fuentes de información (transubjetivas) y redes de intersubjetividad resultan diversas. Es decir, se nutre tanto de lo que escucha en sus redes sociales y familiares como en fuentes escritas y audiovisuales (radio, televisión e internet), en las que tienen cabida nociones variadas: cuestiones sobre brujería, las relacionadas con ciertas representaciones de lo que es o no una persona enferma, recomendaciones sobre plantas medicinales, información científica, entre otras.

Copa, por tanto, dialoga con las representaciones sociales de su entorno cultural y aquellas vinculadas con sus experiencias profesionales y de los horizontes de información que le proporcionan. Con todo, pese a su inclinación por validar los preceptos biomédicos, al igual que casi todas las personas cuyos casos hemos expuesto, el tema de las restricciones alimentarias tampoco supone que él mantuviera control al respecto, ni que pretendiera hacerlo. Al argumentar acerca de esto último, él pone en entredicho algunos mandatos médicos, por ejemplo, la difícil asequibilidad de algunos alimentos, ya sea por su indisponibilidad durante ciertas estaciones del año, o por lo costosos que resultan. Opone también a las indicaciones la necesidad de quedar satisfecho con la cantidad de comida que consume.

Góchez

Don Góchez es originario de Jaltenango de la Paz, Chiapas, pero su familia emigró a San Cristóbal en la década de los setenta debido a enfermedades que padecía su madre.

Tenía 65 años al momento de la entrevista. Asegurado en el IMSS desde los 40 años por la empresa Lava Tap donde labora, no recibe ningún apoyo del gobierno. Terminó de estudiar la primaria pero no siguió adelante por falta de dinero.

Es evangélico desde los 40 años. Pasó del catolicismo a la iglesia Luz y Vida para curar su alcoholismo. Desde 2008 trabaja en Lava Tap como

jardinero, de lunes a sábado. Quincenalmente le pagan \$1,200.00. En un primer periodo trabajó durante 15 años en Lava Tap y se pensionó, después de lo cual se dedicó a vender nieves durante año y medio, pero como lo que percibía era insuficiente, regresó a Lava Tap.

Su esposa tiene 66 años. Procreó con ella cinco hijos: cuatro mujeres y un varón, todos casados. Uno de ellos vive con su familia en la casa de don Góchez y aporta a la economía familiar. Góchez y su esposa crían a dos nietos como hijos propios, ya que dos de sus hijas, al divorciarse y formar nuevas familias, se los dejaron. En casa tienen una tienda de abarrotes escasamente surtida, atendida por la señora, pero casi no la abre porque con frecuencia se enferma de pulmones, asma, gastritis y colitis.

Don Góchez vivió una etapa de alcoholismo grave que inició a los 17 años. Después de mucho tiempo de alcohólico intentó curarse con vomitivos, sin éxito. Participó en Alcohólicos Anónimos pero sin comprometerse. Dejó el alcohol a los 40 años, cuando en la iglesia evangélica «le pasaron la palabra del Señor», así que está agradecido con Dios porque le quitó el vicio y gracias a eso llevaba 26 años sobrio. Su esposa, para mantener a sus hijos mientras él fue alcohólico, trabajó lavando ropa y haciendo tortillas.

En 2005 a menudo se mareaba, sentía desmayarse y debilidad. Durante 15 o 20 días tomó pastillas para el mareo, compradas en una farmacia cuyo nombre no recuerda, sin resultados. En el IMSS, tras análisis de laboratorio, se le diagnosticó DM y se le prescribieron medicamentos. En ese entonces, asignado por Lava Tap, hacía limpieza en el ISSSTE, así que cuando se sentía mal le pedía ayuda a los trabajadores de ahí. Algunas veces lo internaron por tres o cuatro horas, hasta que se recuperó y pudo volver a trabajar.

No sabe por qué le dio diabetes. No asocia algún evento o circunstancia como origen de la enfermedad. Nunca imaginó que podría pasarle.

Algunas personas sugieren que quizá fue porque le gustaba mucho tomar Coca-Cola®. Relata que cuando tenía hambre solo pasaba a la tienda a comprar pan y un refresco o si no, solo tomaba Coca-Cola®: «era mi refresco preferido». En alguna ocasión un doctor adjudicó la causa al refresco, pero él no tiene la certeza, ya que también ha escuchado como causas un enojo o comer mal, pero no recuerda haberse enojado.

Cuando supo que tenía DM se asustó y preguntó al biomédico si había curación. El doctor explicó que las pastillas servirían solo para controlar su enfermedad, no para curarse. La DM no tiene cura. Si llevaba el tratamiento bien podría vivir mucho tiempo, pero si no, podría morir porque al subirle la glucosa le provocaría un paro cardíaco. Cuando su esposa se enteró le dijo: «mirálo, tantas cosas que te pasó por tomar». Ella supone que la causa de la enfermedad fue el alcoholismo.

El tratamiento consistió en una pastilla de metformina por la mañana y otra por la tarde, dos de glibenclamida en la mañana y dos en la tarde; además toma bezafibrato para controlar los triglicéridos altos detectados desde los 60 años; verapamilo para la hipertensión arterial que tiene desde hace ocho años y haloperidol para el ácido úrico que padece desde hace ocho años. Adicionalmente toma el té de neem. Hace unos meses escuchó a un señor promoverlo en el mercado a manera de remedio providencial, lo compró y toma un vaso diario, y reportó sentirse bien, que le ayuda.

Para Góchez las oraciones ofrecidas a su favor por los hermanos de su congregación contribuyen significativamente para que se conserve con niveles normales de glucosa. En varias ocasiones han llegado a su hogar y se ha sentido fortalecido, siente el espíritu de Dios con él. Cuando llegan a su casa le preguntan cuál es su necesidad, oran y platican.

A Góchez le gusta «platicar a solas con Dios». Mediante la oración procura hablar regularmente con él. Coloca una silla vacía frente a él y así platica con Dios. Lo que los hombres no pueden hacer, Dios lo puede a través de la fe y la confianza que Góchez le tiene. Ir al templo para él es similar a ir a una escuela porque aprende a leer la Biblia y a oír la palabra; está agradecido porque Dios ha escuchado todas sus oraciones.

Su esposa fue quien le sugirió cambiar de religión. Ella lo había hecho antes para paliar el sufrimiento por el alcoholismo de su esposo. Llegó a la iglesia instada por un amigo de don Góchez. Y le gustó mucho. Ella le pedía que dejara de tomar, pues a veces bebía durante 20 días, «si seguía así se iba a morir, que se pusiera a pensar en sus hijos. Le pedía a Dios que le tocara su corazón». Un día unos hermanos de la congregación llegaron a su casa expresamente a platicar con Góchez y lo convencieron de acudir a la iglesia.

Por otra parte, su gran preocupación es que después de varios meses de haber cobrado al unísono su salario en Lava Tap y la pensión, esta última le fue suspendida. En el IMSS le indicaron que como se le dio de alta nuevamente, eso generó la cancelación. La única opción para recuperar la pensión era renunciar al trabajo; él decidió seguir trabajando, pero le preocupaba morir sin pensión y dejar a su familia sin nada.

En la espera hubo noches en que Góchez no durmió. Le daba vueltas al asunto y dudaba entre si le darían la pensión o se la quitarían. Finalmente se tranquilizó al dejar el problema en manos de Dios, pues su iglesia le ha enseñado a tener paciencia y que Dios es el mejor abogado: «Señor, dame paciencia, yo sé que me vas a ayudar para poder resolver mis problemas con mi pensión».

Otra preocupación es la enfermedad de su esposa, quien al momento de la entrevista estaba «muy decaída, tiene tos seca, dolor en los pulmones, no puede salir porque el aire le hace mal y en invierno se pone aún peor; además de colitis y gastritis, por lo que no puede comer cosas irritantes». Aunque la atienden en el Seguro Social, Góchez percibe un empeoramiento gradual. El asma, padecido desde 2007, es lo que la tiene más enferma; aunque le dan medicamento, ella piensa que ya no le hace efecto.

Para el control del azúcar don Góchez acude al IMSS a consulta cada mes, donde le dan los medicamentos y cada dos o tres meses le realizan análisis. Regularmente reportaba una glucemia de 140 mg/dl, pero después tuvo hiperglucemia de 200 mg/dl, precedida de un poco de mareo; le aumentaron la dosis de glibenclamida a tres por la mañana y tres por la tarde. Considera que el azúcar se le subió porque a veces se descuida en su comida y come bastante, por ejemplo, más tortilla.

Refirió consumir casi de todo, pero en cantidades menores a las previas a su enfermedad. Inicialmente tomaba sus medicinas en ayunas, pero le ocasionaba mareos. Entonces el biomédico le indicó hacerlo después de los alimentos. Entre los comestibles imperantes en su dieta están frijoles, huevos, sopa de verduras, café sin azúcar, eventualmente pan, avena, pollo, dobladitas de frijol; redujo la cantidad de tortilla a 12 a 15 por día; ha dejado los refrescos embotellados: «solo cuando llegan sus hijos y compran se

toma un vaso». Algunas tardes camina durante media hora, cuando no lo hace es por sentir cansancio.

Góchez tiene sobrepeso aunque no lo asume, pesa 64 kg, y por su estatura y compleción debería estar entre 50 y 55 kg. Algunas personas «lo ven gordito» pero no de manera denigrante sino para reconocer que está sano. Otras le han dicho «que se está haciendo pendejo, que azúcar no tiene porque está bien gordo», esto porque la racionalidad alude a que todo diabético enflaquece. En el seguro le han recomendado bajar de peso.

Góchez no sabía nada de la DM antes de padecerla. La biomédica correspondiente no le habló de complicaciones, pero acusa disminución de la agudeza visual, dolor de pies y huesos. Sobre esto último la biomédica le explicó que se debe a acumulación de ácido úrico; se le han caído los dientes, pero él cree que es porque cuando bebía mucho descuidó su dentadura. Tiene caries en todas las muelas, pero no atiende el problema por no tener los recursos económicos.

Su esposa advirtió que Góchez «dice que se cuida, pero en ocasiones se desmanda un poco en la comida, come chile y café», pero ella insiste en que no debe consumirlos, que le hacen daño. Siempre le recomienda cuidarse porque ella está enferma y si se empeora no lo podrá atender.

Para Góchez es difícil cuidar su alimentación. Aunque en casa su esposa cocina con menos grasa e incluye verduras en la dieta, la cantidad de tortillas que consume es excesiva; además, en su trabajo come pan, toma refresco y otros alimentos que sus compañeros le invitan.

La falta de recursos económicos y la enfermedad de su esposa preocupan más a Góchez que su propia enfermedad. También le inquieta la falta de información sobre las implicaciones del descuido y las complicaciones.

Análisis

A lo largo de su testimonio se visualiza que Góchez no admite como problemáticos sus comportamientos, ni los percibe como causa o complicación en la DM. Aunque identifica su prolongado alcoholismo como un hábito

que afectaba su vida y la de su familia, para él no fue un atenuante en la enfermedad, en realidad es su esposa quien lo atribuye como causal.

Aunque Góchez es consciente de su categoría de persona que vive con diabetes, observa que, amén de mantener la medicación biomédica prescrita gracias a su filiación al Seguro Social, distaba de adherirse a las prescripciones alimentarias, actividad física o el cuidado de sus estados emocionales. En ello intervienen varios factores: por un lado, una mezcla difusa entre falta de información y de reconocimiento de las implicaciones de la diabetes reflejada en no seguir indicaciones alimentarias, ejemplificando situaciones en las que se ve compelido a consumir refrescos embotellados.

Por otra parte, situaciones que afectaban su estabilidad emocional: incertidumbres de corte económico y el estado de salud de su esposa. Temas que de acuerdo con sus palabras le preocupaban incluso más que su propio padecimiento, este último coyuntural por implicar el riesgo de faltarle a su esposa sin dejar una pensión de viudez.

Tenemos, por consiguiente, un claro ejemplo de dilemas inscritos en las experiencias del padecer, en los que la pobreza y el padecer mismo se conjugan con las contradicciones de la vida social en un sentido amplio, sumando a este ejemplo los criterios burocráticos institucionales que junto con las problemáticas de salud vulneran hasta el límite a las personas situadas en el lado más desventajoso de las inequidades sociales.

Mela

Mela nació en San Rafael Jolja' municipio de Oxchuc. Desde 1990 vive en San Cristóbal de Las Casas, en la colonia Palestina, al norte de la ciudad. Al momento de la primera entrevista, en abril de 2010, tenía 37 años. Estudió hasta el tercer grado de secundaria. Es presbiteriana, madre soltera, con dos hijas, 19 y nueve años.

Su casa tiene cuatro habitaciones, de las que renta dos. Son de paredes de tabicón, piso y techo de concreto. Las puertas de las habitaciones colindan con una cochera techada. En una de las habitaciones duerme Mela con

su hija menor de nueve años, y es también cocina y comedor de la familia; la otra habitación es de la hija mayor. Las otras dos las ocupan profesores bilingües, y el baño es común.

Ha sido empleada doméstica y cocinera en diversos restaurantes. Cuando se le entrevistó laboraba en un restaurante italiano donde cocinaba, lavaba trastes, hacía el aseo, iba al mercado y atendía las mesas cuando no estaban sus patrones. Antes tenía dinero extra porque costuraba pero no lo hacía más porque donde vivía había muchas costureras y «ya no me resultaba». Ahora piensa colocar un letrero afuera de su puerta para que la gente sepa que costura y así obtener un poco más de dinero.

Su bajo salario la mantiene en estado de estrés permanente. A veces no le alcanza el dinero. Incluso piensa que está dejando sin comer a sus hijas. El padre de su hija menor le pasa algo de pensión. El hombre a veces llega a ver a su hija y Mela mantiene buena relación con él.

Se afilió voluntariamente al Seguro Popular. Al momento de la entrevista tenía pocos días de haberlo hecho. Asistió a su primera consulta en mayo de 2010. Dos meses antes se enteró de su diabetes. Los primeros síntomas fueron poliuria, ardor al orinar y dolor de vientre, por lo que acudió con el biomédico de la farmacia de Similares de su colonia, quien le recetó medicamentos para la infección de vías urinarias pero no surtieron efecto. Dos meses después, con los mismos síntomas, acudió a la farmacia de Similares que está en el centro de la ciudad. Ahí atiende una doctora. Le indicaron un estudio general de orina y en el resultado le detectaron azúcar. La doctora le recetó medicamento y le sugirió hacer dieta, consumir verduras, bebidas light, eliminar harinas blancas y las grasas.

No tomó los medicamentos que le recetaron en la farmacia de Similares, sino que solicitó ayuda con las personas donde trabajaba, pues no sabía nada sobre la enfermedad. Ellos la llevaron con el médico homeópata al cual acuden. Él le proporcionó información de la enfermedad: las causas y los órganos que se van dañando, y le recetó unas gotas *Tsotsil grum*. A los 20 días repitió los análisis y registró hiperglucemia de 240 mg/dl. Cuando se le entrevistó aún ingería las gotas, pero ya no volvió a consulta, a pesar de que el homeópata la atendió bien: «me checó todo, de las

vías urinarias, los riñones, mi vesícula. Porque también andaba mal de la vesícula. Y de mi matriz me dijo que tenía quiste, también, pero que estaba muy chico, que no me preocupara... De los riñones estaba inflamado uno por la infección que tenía yo».

Además, el homeópata le explicó que su DM se debe a que su páncreas no funciona, que la infección de vías urinarias nada tiene que ver con la diabetes, dado que es una enfermedad distinta. No asistió de nueva cuenta a la consulta porque la primera vez gastó \$1,200 (consulta y tratamiento), rebasando su capacidad de pago.

Después de 20 días volvió la necesidad de orinar frecuentemente y estuvo así un mes, hasta que otro biomédico le aconsejó acudir a la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). Ahí le recetaron una planta nombrada mariguanilla, y a los tres días de tomarla disminuyó notoriamente la frecuencia de las micciones. El tratamiento era de 10 días. Al terminar lo suspendió un día y luego lo retomó.

Atribuye su padecimiento a dos circunstancias: por un lado, aunque con dudas, al sobrepeso, sospecha que su obesidad (88 kg) se debe al uso del dispositivo intrauterino, ya que juzga que «no comía como para estar tan obesa»; por otro lado, al enojo, sobre el que se inclina como causa desencadenante. Lo piensa y rememora que días antes de la aparición de los síntomas tuvo un disgusto con una pareja, dueña de los cuartos donde ella rentaba. La pareja argumentaba que las hijas de Mela hacían mucho ruido; el señor le dijo que buscaran otro lugar para vivir. Mela contestó que ella estaba molesta con el carácter de la señora. Después de la discusión estuvo durante varios días muy preocupada temiendo otro problema. Un día, el último ahí, la dueña de la casa le exigió la renta y como en ese momento no le pagó, la arrendadora ensució el patio que Mela había limpiado, y eso le provocó más enojo, y en un arranque empacó sus cosas y se fueron sin pagar la renta.

Antes de la DM «comía normal»; por ejemplo, seis o siete tortillas de maíz en cada comida. Modificó su dieta al percatarse de la diabetes. En un principio incluyó leche light, tortillas de harina integral elaboradas en casa y avena; en el trabajo solo comía verduras y aceite de oliva. Con eso y

con vinagre aderezaba las verduras al vapor. Algunos días desayunaba cereal con fibra, o frijoles con aguacate, huevos, avena con leche, frutas como manzana y durazno. En la comida, en su trabajo, solo verduras; en casa, además, pollo y pescado una vez al mes. Sus hijas consumen carne. Dejó de comer plátano, pan, cerdo, dulces y Sabritas. Hace una distinción entre lo que ella come y lo que comen sus hijas. Enfatizó que la dieta la entristece mucho, sobre todo cuando va al mercado, pues al ver frutas como mango y papaya se le antojan y quisiera comerlas, pero sabe que no debe y eso la hace sentir mal.

Cuando supo de la enfermedad se ejercitaba cotidianamente porque le comentaron que eso contribuye a la disminución de los niveles de azúcar, pero abandonó la práctica al notar que los índices de glucosa en sangre no bajaban. Se limitó a caminar todos los días de su trabajo al mercado (cuatro cuadras de distancia). No fuma ni toma, aunque le recetaron un remedio a base de alcohol. Incluso, no llevó a cabo un tratamiento que le recomendaron cuya receta es: un litro de trago (aguardiente), sábila, ajo y limón, se fermenta durante un mes y luego se toma una copita al día.

A pesar del corto tiempo de padecer de azúcar refirió las siguientes molestias: dolor de huesos, falta de fuerza en las rodillas, dolor en el tobillo, ardor en un ojo, resequedad en las manos y en los pies, dolor en los huesos de los pies y la cadera cuando camina, además de un extraño dolor en el ombligo cuando va al baño.

El biomédico del grupo de investigación le recetó metformina y glibenclamida, y le recomendó que del primero tomara una pastilla por la mañana y una por la noche, y del segundo una a mediodía. Le habló de la necesidad de hacer cinco comidas diarias, consumir frutas entre el desayuno y la comida, y entre la comida y la cena algún alimento ligero. Le sugirió bajar de peso para favorecer el control de su enfermedad; recalcó la relevancia de no angustiarse por la pérdida de peso, ya que estar delgado ayuda al organismo a un mejor aprovechamiento de la insulina y el azúcar.

Se dio seguimiento de los niveles de glucosa plasmática en ayunas entre marzo de 2010 y abril del 2013, mínimo una medición por mes, en algunos meses incluso cuatro en función de su hiperglucemia y para detectar

el efecto de los cambios de peso y el impacto de las emociones en la glucemia (véase gráfico 9.3).

Con base en el primer control de glucemia (305 mg/dl) se le preguntó por los alimentos consumidos y respondió que comía plátanos para evitar los calambres. Por lo elevado de la glucemia se le aconsejó evitarlo dado que produce incremento de azúcar en la sangre. Y como los niveles de glucosa se normalizaron se le aconsejó continuar con el té de mariguanilla. En la tercera visita se le recetó Insogen Plus (clorhidrato de metformina 513 mg y clorpropamida 125 mg) una por la mañana y una por la noche, más el té; en la cuarta visita se le incrementó a tres tabletas al día.

El 18 de mayo del 2010, ante la disminución de la glucemia (115 mg/dl) se mostró muy animada y motivada a continuar con el control dietético. El 15 de junio de 2010 (108 mg/dl) mantenía la dieta, pero se quejaba de lo difícil de acatarla siendo cocinera y panadera. Ante esto se le proporcionaron recetas para la elaboración de panes sin azúcar y con harina integral.

El 3 de agosto, tras un periodo de intenso estrés generado por problemas con su hija mayor, quien abruptamente salió de la casa, Mela logró mantener bajo control su glucemia (97 mg/dl). El 17 del mismo mes se notó un ligero aumento (112 mg/dl) por incluir pizza en su dieta.

El 15 de marzo de 2011, a casi un mes de llevar el control, acusó elevación rápida de peso, notoria e inexplicable, y decidió no comer de más. Se le explicó que la única manera de subir de peso, en su caso, es comiendo. El 31 del mismo mes se observó una ligera pérdida de peso. Justificó que el aumento en la hiperglucemia (138 mg/dl) es de nuevo por la pizza y abundante jugo de piña.

En junio, tres meses después, el sobrepeso de Mela no cedía; la hiperglucemia la inquietaba (241 mg/dl). Se valoró la modificación del esquema farmacéutico haciendo hincapié en la dieta necesaria. El 14 del mismo mes su glucemia permanecía elevada (205 mg/dl), a pesar de haber aumentado al doble la dosis del medicamento, no sin reiterársele la importancia de la dieta y la relación existente entre obesidad y resistencia a la insulina. Asimismo, se le agregó a su tratamiento glimepirida de 4 mg, a medio día. Precizando: Insogen Plus 1-0-1 y glimepirida 0-1-0. A pesar de la

modificación en el tratamiento, el 22 del mismo mes aún no había comprado la glimepirida, y atribuyó la elevada lectura del glucómetro (281 mg/dl) a que la noche anterior no tomó la segunda pastilla de Insogen Plus. El 21 de septiembre reportó glucemia alta desde días anteriores (235 mg/dl).

Por otra parte, explicó no estar conforme con tener que trabajar en las tardes-noches: «no me acomoda ni me gusta porque no tengo dónde dejar a mi hija pequeña». De igual modo le atribula el hecho de que su hija mayor haya decidido no estudiar más, ni siquiera una carrera técnica. Por el bajo promedio obtenido en la prepa (7) el ingreso a la universidad fue difícil. Mela le ha ofrecido inscribirla en una universidad privada o que estudie computación o algo que la posicione con mayor ventaja en el mercado, pero ella se niega a seguir adelante. Además, «anda de novio» y Mela no sabe qué esperar de ello; teme «que cometa un error» (se embarace). Seis días después era notoria la disminución de peso y la falta de control de la glucemia (224 mg/dl). No se le modificó el esquema de tratamiento.

El 10 de enero de 2012 indicó llevar aproximadamente dos semanas tomando aloe, una dosis al día. Se le aconsejó tomar tres dosis al día con la esperanza de bajar aún más su glucemia (159 mg/dl). Dijo que se sentía bien, que no orinaba demasiado y tenía buena energía. Dos meses más tarde, el 6 de marzo, la glucosa en sangre no bajaba de 252 mg/dl, razón por la cual en la consulta del Seguro Popular le prescribieron 20 unidades de insulina por las mañanas y pastillas de metformina con glimepirida (850/4 mg) en la comida.

El 13 de marzo de 2012 decidió realizarse análisis sanguíneos parciales a causa de un agudo dolor de cabeza y zumbidos, y obtuvo los siguientes resultados: glucosa 206 mg/dl; colesterol total 224 mg%; triglicéridos 338 mg%. Al saber que los ácidos grasos en la sangre estaban elevados, Mela se mostró preocupada «por no tener seguro social». Asistió a consulta en la clínica del IMSS pero le dijeron que «no me podían atender hasta que no esté dada de alta y muestre mi carné». De pronto, dada la hiperglucemia, se le indicó aplicar 24 unidades de insulina, es decir, cuatro más.

La reacción de Mela ante la noticia de tener que aplicarse insulina fue devastadora, se tradujo en un llanto que tardó algunos minutos en

controlar. Se le explicó que era mejor aplicársela que tener tan elevados niveles de glucosa de manera sostenida. Que debía asistir a la Clínica de Campo para que le proporcionaran la insulina. Su hermana dijo que ella tenía insulina de sobra, que le estaban dando bastante en el IMSS y le compartió un frasco y una jeringa, y la adiestró en la aplicación.

El 12 de febrero de 2013 (316 mg/dl), Mela comentó estar bajo fuerte presión porque a su madre le detectaron un tumor que sospechaban canceroso. Por otro lado, suspendió la metformina y la glibenclamida porque le producían dolor abdominal, pero se le aconsejó retomar su tratamiento. También se le preguntó por qué no estaba inscrita en el Seguro Social, a lo que respondió que sus patrones le ofrecieron inscribirla «tan pronto el restaurante cambie de local». Días más tarde se le visitó en el nuevo local del restaurante para darle un frasco de pastillas de glibenclamida y otro de ranitidina para el ardor estomacal.

En marzo de 2013 expresó haber vivido fuertes emociones en los últimos días. Por un lado, otra pelea con su hija mayor, quien de nuevo se fue de la casa. Además, renunció al restaurante después de una discusión con los dueños por no cumplirle el aumento de sueldo. Los niveles de azúcar continuaban altos (232 mg/dl).

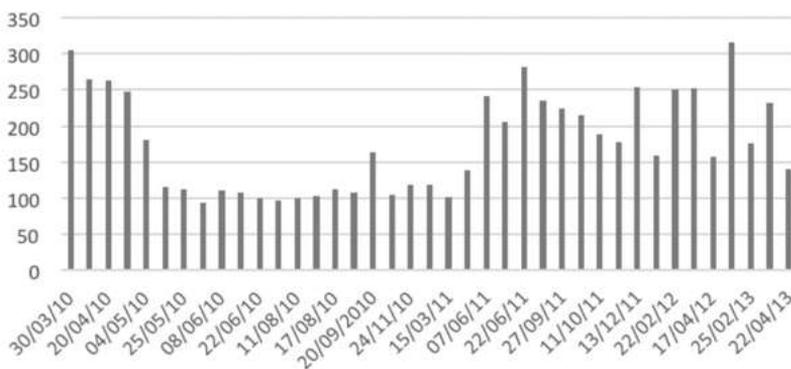
El último día del registro (22 de marzo de 2013) tuvo una cifra de 141 mg/dl. Dijo que hacía dos semanas que había comenzado a tomar un licuado a base de nopal y chaya, porque orinaba bastante y veía «como cristales en la orina». Para seguir el tratamiento suspendió los medicamentos, pero al notar que su azúcar subía los retomó junto con las hierbas.

Una vez fuera del restaurante, vendía pizzas hechas en casa y costuraba; días después comenzó a trabajar de cocinera en otro restaurante italiano.

En total se registraron 39 muestras, comenzando con una cifra de 305 mg/dl y terminando con una cifra de 141 mg/dl, dentro de este periodo hubo altas y bajas en los niveles; su cifra más alta la tuvo el 12 de febrero de 2013, cuando su situación emocional estaba delicada por la reciente noticia del tumor de su madre; mientras que la cifra más baja la tuvo el 1 de junio de 2010. Tenía pocas semanas de saber que sus niveles de glucosa

estaban disminuyendo y se había comprometido a seguir con el control dietético.

Gráfico 9.3. Mela. Glucosa plasmática en ayunas



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Análisis

El caso de Mela ronda en torno a la pobreza, su condición de madre soltera y sus implicaciones, relaciones de pareja no estables, condiciones de vivienda precarias y conflictivas, situaciones laborales desventajosas en términos de ingreso y de horario, lo mismo que inestables (propiciando por añadidura un régimen de alimentación problemático).

Una vez más un miembro de la familia con DM, su hermana, es el referente previo a la hora de identificar el carácter de los síntomas experimentados. Dada su falta de adscripción institucional en salud, sus primeras tentativas de atención fueron los servicios a su alcance: las farmacias de Similares, en las que su diagnóstico se confirmó y en donde obtuvo la medicación inicial.

Más que deambular entre diversos sistemas médicos, Mela, aun cuando en su subjetividad la DM tiene un carácter hereditario agravado por los

excesos alimenticios, y dada su precaria condición socioeconómica, accedió a lo que sus propios recursos o los de sus patrones le han facilitado, transitando entre la homeopatía, las plantas medicinales y diversos biomédicos. De igual manera, ser cocinera implica para ella dificultad para adherirse por completo a la dieta recomendada, de ahí su sobrepeso. Se advierten también tentativas de abandonar la medicación por los efectos favorables de consumir una infusión con la mezcla de nopal y chaya, ocasionando que sus niveles de glucosa se elevaran.

Asimismo, se observó la oscilación de sus niveles de glucosa ligados a estados emocionales negativos provocados por la precariedad económica, los conflictos laborales, con su hija mayor y, hacia el final del periodo de investigación, la preocupación por el diagnóstico médico de su madre.

Por otro lado, ella cree que el desencadenante de su DM fue un fuerte coraje, aunque desde nuestra mirada son otros los factores predisponentes. A primera vista, aquello que se juzgaría como un comportamiento desordenado en términos de control de su diabetes está en realidad determinado por el dramatismo de todas las vicisitudes que la apremian.

10. Consideraciones finales

La noción de horizonte amplio implicada en el ámbito del proceso de salud/enfermedad/atención-prevención nos permitió generar un modelo explicativo de cómo, en torno a un eje común, los sujetos sitúan elementos de los sistemas de atención a la salud/enfermedad, incluso algunos contradictorios, un cúmulo de nociones y recursos que inciden y coinciden de manera ordenada en los imaginarios y las prácticas de atención a la salud o las enfermedades, cuya «articulación» (Menéndez 2003:189) deriva del intercambio intersubjetivo entre las PVD_M y sus redes, experiencias exitosas de terceros tras el uso de una planta medicinal o mezcla de varias, prejuicios sobre la insulina en relación con la ceguera, combinaciones exitosas entre medicamentos y plantas, etcétera.

En segundo término destaca la importancia de las emociones en el desencadenamiento, agravamiento y desenlace de la DM, en el incremento significativo de la glucosa en sangre y en la manifestación de señales de alarma corporal como poliuria, cansancio, disminución de la agudeza visual, etc. En este orden de ideas, invariablemente nos topamos con un evento clave, de sufrimiento o de violencia social, que el narrador atribuye como desencadenante de la DM o de la hiperglucemia.

Según se asentó en las narrativas, el sufrimiento emocional en las mujeres se origina primordialmente en situaciones de violencia intrafamiliar de largo plazo, y en hombres y mujeres a causa de accidentes sufridos a miembros de la familia o bien súbitas crisis económicas y, en casos extraordinarios, la aprensión o el estrés generados por romper el control

dietético en aras de cumplir con la exigencia comensal demandada por los cargos religiosos o políticos.

Otro factor que destaca como generador de sufrimiento emocional es la violencia social y estructural enmarcada en contextos de pobreza, con todas sus implicaciones: inequidad, marginación social, discriminación, sobreexplotación, inestabilidad laboral, salarios raquíuticos, desempleo, mala calidad de la atención médica, servicios sanitarios insuficientes, violencia intrafamiliar, etc., cuyas víctimas principales son las mujeres. A ello se suma, en el caso de la población originaria, distintas formas culturales de concebir y experimentar el infortunio y la enfermedad, atribuidas de manera especial a envidia o *akchamel* ‘mal echado’ o ‘enfermedad puesta’.

Cabe hacer énfasis en que las emociones no únicamente son un factor detonante de un padecimiento como la diabetes, sino un tema omnipresente a lo largo de la experiencia cotidiana de las personas con DM y sus familiares, lo que también problematiza la posibilidad de llevar un control eficaz del padecimiento. Su presencia supone interacción no solo con las vicisitudes del día a día en el entorno de la vida doméstica, sino también frente a los procesos estructurales cuyos impactos se dejan sentir más allá de toda posibilidad de ejercer control sobre ellos, repercutiendo de manera drástica en la salud de los individuos. Las emociones, por tanto, tendrían que ser visibilizadas como un componente importante en la atención de una problemática como la DM.

De acuerdo con los razonamientos anteriores, los que nos hemos acercado a esta temática inferimos que el infortunio, traducido en sufrimiento emocional, debe ser analizado desde la antropología, las ciencias sociales y sobre todo la biomedicina, no solo en el estudio de la DM sino por su condición como categoría al abordar los procesos de salud-enfermedad-atención. Es decir que para un mejor manejo, la biomedicina tiene que ir más allá de los datos duros y adentrarse en las modalidades culturales del padecer y posibilitar de ese modo la generación de estrategias educativas con miras a contribuir al manejo pertinente de la enfermedad, para así aminorar las complicaciones y concomitantemente el gasto derivado del descon-trol sobre los padecimientos.

Resumiendo lo anterior, a continuación se presentan cuadros que reflejan los hallazgos y su frecuencia en los casos trabajados, indicando lo que los participantes consideraron como causas directas, causas desencadenantes y terapéuticas. Subrayamos que de ninguna manera se presupone que los datos sean representativos y por ende generalizables, sino solo tendencias al interior de los tres grupos estudiados.

Causa directa

En el cuadro 10.1 se presentan las características de lo que las PVDM de las tres cabeceras municipales atribuyeron como causa directa de su padecimiento.

Cuadro 10.1. Atribución de la causa directa de DM en tres cabeceras municipales de Chiapas.

| Causa directa | Chamula | Tenejapa | SCLC |
|----------------------------|---------|----------|------|
| Coca-enojo | 1 | 0 | 2 |
| Emociones | 2 | 1 | 4 |
| Coca-Cola® | 1 | 2 | 0 |
| Coca/cerveza | 2 | 4 | 0 |
| Cerveza | 0 | 1 | 0 |
| <i>Akchamel</i> /emociones | 4 | 2 | 0 |
| Herencia | 3 | 5 | 8 |
| Sin datos | 1 | 0 | 0 |
| Obesidad | 0 | 0 | 2 |
| Total | 14 | 15 | 16 |

Fuente: Datos propios de la investigación.

Así, tenemos que de 14 personas entrevistadas en Chamula, cuatro atribuyeron la causa directa a *akchamel* y envidia; tres a herencia; dos a la ingesta abusiva de Coca-Cola® y cerveza; una al consumo abusivo de Coca-Cola®; una al exceso de Coca-Cola® combinado con un fuerte enojo;

las tres últimas asociaron el consumo de refresco como causa directa de su mal; dos a problemas emocionales derivados principalmente de susto, enojo y tristeza.

En Tenejapa, cinco de 15 personas opinaron que su azúcar fue causada por herencia, cuatro por el consumo abusivo de Coca-Cola®, cerveza y comida chatarra, dos por abuso de Coca-Cola®, una por consumo abusivo de Coca-Cola® combinado con «un fuerte coraje», con las tres últimas suman siete personas que de una u otra manera asociaron el consumo de refresco como causa directa de su DM; a esto se suma que solo una persona la asoció con el consumo abusivo de cerveza; dos personas la asociaron con *akchamel* y una con problemas emocionales.

En San Cristóbal de Las Casas nos encontramos con que ocho de 16 diabéticos atribuyeron la DM a herencia; cuatro a emociones; dos a obesidad y dos al consumo abusivo de Coca-Cola®.

Lo dicho para Chamula y Tenejapa nos permite aproximarnos a un perfil transubjetivo en el que podemos identificar un ligero predominio de nociones ligadas a la visión del mundo fincada en lo religioso, donde los componentes de orden sobrenatural todavía son de importancia, sobre todo entre los mayores de 50 años.

Pero también nos encontramos con una significativa inclinación hacia la noción biomédica de herencia y de atribuir la DM a causas biológicas y a excesos alimentarios. Los diferentes factores que inciden, así como la experiencia acumulada de los conjuntos sociales, orientan la visión intersubjetiva hacia el daño que producen los refrescos, a los mensajes transubjetivos producidos desde la comunicabilidad en salud que sostiene el punto de vista biomédico y las empresas de productos vegetales que visualizan la atención desde una perspectiva biológica, aunado a la noción de herencia como causa directa, o, los refrescos como causa directa o desencadenante de la DM. Dada dicha variabilidad, si bien la subjetividad se inclina favorablemente hacia uno u otro campo, no se estructura como algo definitivo, sino que está sujeta a los vaivenes de la experiencia propia y de los congéneres, inclinando la balanza de las preferencias conceptuales y terapéuticas en función de éxitos y fracasos ante las diferentes opciones a que se accede.

En términos de representaciones sociales, Tenejapa ha sido mucho más impactada que Chamula por el modelo médico hegemónico, con una mayor inclinación en Chamula por atribuir la causalidad y el desencadenamiento a factores de orden sobrenatural, como envidia o *ak'chamel*.

Por otro lado, en San Cristóbal documentamos el predominio de representaciones sociales situadas en el orden biomédico y prácticamente ninguna vinculada con el orden sobrenatural.

Sin embargo, en los tres municipios se constataron diferencias en la forma en que se sitúan las atribuciones sobre la causa directa y la desencadenante y cómo a partir de dichas atribuciones se opta por la terapéutica.

Solamente en San Cristóbal se asocia la obesidad ligada a la herencia como causa desencadenante. A la inversa, en Chamula se atribuye con mayor frecuencia la causalidad directa a factores sobrenaturales, con menor frecuencia en Tenejapa y ausente en San Cristóbal. Mientras que las emociones solas se presentan con mayor frecuencia en San Cristóbal, seguido de Tenejapa. El tercer elemento es el consumo excesivo de refrescos y cerveza, presente más o menos en la misma medida en las tres localidades.

Causa desencadenante

Si bien pudimos observar que los entrevistados atribuyen la enfermedad a una causa directa, también la mayoría considera que no es hasta que acontece un primer evento, sea agudo o constante, cuando se desencadenan los síntomas y signos propios de la DM. Esto nos indica que en la construcción intersubjetiva y subjetiva de la DM, a partir del impacto de las posturas transubjetivas hegemónicas y religiosas, tiene lugar una clara distinción al identificar causas directas y desencadenantes.

Como se muestra en el cuadro 10.2, en las tres localidades las emociones ya sea solas o en sinergismo con la falta de apego a la dieta y/o el consumo excesivo de refresco o cerveza, etc., son las explicaciones de mayor ocurrencia. En todos los casos documentados destacan crisis emocionales súbitas y muy agudas, que remiten principalmente al fallecimiento

sorpresivo de algún pariente cercano o al susto ocasionado por accidentes de familiares o personales; también regularmente se mencionaron «corajes» que en la subjetividad-intersubjetividad se constituyen, por frecuencia de asociación, en un hito que surge en cada conversación.

Cuadro 10.2. Atribución de la causa desencadenante de DM en tres cabeceras municipales de Chiapas

| Causa desencadenante | Chamula | Tenejapa | SCLC |
|----------------------|---------|----------|------|
| Emociones | 8 | 6 | 7 |
| Coca/emociones | 3 | 2 | 3 |
| <i>Ak'chamel</i> | 1 | 0 | 0 |
| Violencia | 0 | 3 | 0 |
| Mala alimentación | 0 | 0 | 2 |
| Sin datos | 2 | 4 | 4 |
| Total | 14 | 15 | 16 |

Fuente: Datos propios de la investigación.

En relación con sentimientos duraderos, entre las mujeres nos encontramos el miedo constante a la posibilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar, tristeza por diferentes causas y estrés por problemas económicos.

Como causa desencadenante, además, en las tres localidades se presenta de nueva cuenta el consumo abusivo de refresco principalmente Coca-Cola® o cerveza. Finalmente, solo en Chamula aparece en este esquema la atribución del desencadenamiento a *ak'chamel*.

Recursos terapéuticos

De conformidad con la coherencia esperada en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención inscritos en los diferentes sistemas médicos, constatamos continuidad entre los dos momentos causales y el tipo

de terapéutica utilizada por los participantes en el control de la DM (véase cuadro 10.3).

Cuadro 10.3. Uso de recursos terapéuticos para el control de la DM en tres cabeceras municipales de Chiapas

| Terapéutica | Chamula | Tenejapa | SCLC |
|------------------------------------|---------|----------|------|
| Plantas medicinales/fármacos | 6 | 10 | 16 |
| Plantas medicinales | 2 | 2 | 0 |
| <i>J-ilol</i> /plantas medicinales | 5 | 3 | 0 |
| <i>J-ilol</i> | 1 | 0 | 0 |
| Total | 14 | 15 | 16 |

Fuente: Datos propios de la investigación.

Respecto de la subjetividad en que se sitúa la DM, lo que más destaca es que los participantes de San Cristóbal en su totalidad se inclinaron por la herencia como causa directa, únicamente recurrieron a fármacos biomédicos y en algunos casos, como complemento, a plantas medicinales. Mientras que en las otras dos localidades, aunque siempre predomina la combinación fármaco/plantas, en algunos casos se da preferencia a los fármacos, en otros a las plantas. Donde menos encontramos esta opción fue en Chamula, donde a la par se observa que con la misma frecuencia se recurre a la combinación de rezo, plantas medicinales, o solamente rezo. Otro aspecto es la negativa para tomar fármacos justificada con diversas razones: sudoración, ardor de estómago o ineffectividad, y la confianza se deposita únicamente en el efecto de las plantas medicinales.

Y como se verifica en los relatos, el apego al tratamiento biomédico es variable, a lo que se suma que la terapéutica apegada al cuadro básico de las instituciones de atención médica que solo provee metformina y glibenclamida es insuficiente en varios enfermos para disminuir la hiperglucemia, lo que deriva en el abandono en busca de otros recursos, predominantemente los herbolarios, que solamente en una mujer derivó en control

glucémico a largo plazo, mientras que en otras personas se redujo inicialmente la glucemia pero más pronto que tarde fue insuficiente para el control, lo que fomentó el retorno a la terapéutica biomédica, aunque sin un apego al tratamiento y el eventual surgimiento de las complicaciones. Al respecto, el no apego derivó en la aparición de complicaciones tempranas y la muerte; o bien, sorpresivamente, a pesar de muy elevadas hiperglucemias, las PVDM no presentaron alteraciones significativas durante el lapso del seguimiento.

Por otro lado, si bien el apego a la dieta constituye un punto nodal para el control de la glucemia, para la población originaria representa un problema de enormes dimensiones. En tal sentido, son dos los factores principales que impiden una dieta de bajas calorías: la ingesta excesiva de tortilla, que puede aportar en un día entre 1737 y 2844 kcal, equivalente a 15-20 tortillas diarias. Algunas personas acceden a reducir la cantidad, pero lo hacen en forma temporal y tras una restricción de varios días pueden incurrir en un consumo compulsivo.

El otro factor es el consumo cotidiano, social y suntuario de refresco y cerveza, en especial en Chamula y menos en Tenejapa, y que condujo a la muerte a varios de nuestros sujetos. Pero de acuerdo con lo reportado en los tres contextos, se observa en mayor o menor grado una resistencia a las prescripciones alimentarias, las cuales van de la dificultad de ejercer control hasta visiones que podríamos llamar contestatarias en torno a la cantidad de alimento a consumir y a la calidad atribuida a los alimentos.

Se observó, sobre todo entre mayas, que el maíz no es solo un alimento que nutre apropiadamente a la persona, sino también que la mantiene viva, lo cual es drásticamente contravenido por la imposición biomédica. Por lo demás, en este tema es claro que subyacen visiones culturales acerca de lo que la gente (nuestros sujetos) juzga acerca de lo que es la salud y la enfermedad y, por ende, lo que es o no es una persona saludable. En el medio trabajado se aprecia, por ejemplo, que es difícil asumir como enferma a una persona con obesidad. Las PVDM no dejan de manifestar, de igual modo, críticas hacia las dietas médicamente prescritas, cuestionando la accesibilidad de ciertos alimentos en un contexto de pobreza.

Así, resulta aterrador el panorama en general para el diabético cuyos recursos económicos no alcanzan para afrontar la enfermedad y que no le dan resultado los productos herbolarios de la región y foráneos. Una posible solución se vislumbra en el aumento de los recursos financieros estatales canalizados al sector salud y el replanteamiento de la atención con énfasis en un enfoque de anticipación, de promoción y prevención del riesgo con respecto a la DM y sus complicaciones, aunado a la distribución de medicamento y hormona en farmacias institucionales para quienes lo requieran.

Uno de los problemas medulares observados en mayor o menor grado concierne a temas de orden estructural relacionados con la posibilidad de atender oportunamente y con eficacia a las personas con diabetes. En el primer y segundo nivel de atención persiste la escasez de equipamiento y de recursos para la operación. Esto es mucho más evidente en el primer nivel, pues implica que quienes presentan cuadros de gravedad o complicaciones se ven obligados a dirigirse a San Cristóbal de Las Casas o a Comitán, sobre todo quienes provienen de comunidades distantes y aisladas de Tenejapa y Chamula. Adicionalmente, cabe resaltar la falta de preparación y las posturas arrogantes y autoritarias del personal de salud. Es claro que este orden de cosas ha desalentado en el largo plazo la utilización de estos servicios y fomenta que se recurra a instancias privadas, y en el caso de Tenejapa y Chamula orilla a las personas afectadas directa o indirectamente por la DM a salir del municipio.

Derivado de procesos intersubjetivos, en los tres contextos se aprecia una marcada familiaridad de inicio con los síntomas. Sin embargo, las PVDM no necesariamente asumen con ello que deban solicitar atención biomédica o etnomédica, ya que más bien, como en otros padecimientos, en primera instancia recurren al uso de remedios caseros y a la automedicación.

Dentro de la variabilidad que permite el horizonte amplio hemos constatado la familiaridad que ya se tiene con los síntomas y signos iniciales de la DM debido a su elevada incidencia en las tres localidades; asimismo, se constata una vasta red de circulación de información y consejería (intersubjetividad) producto de experiencias extensas que coadyuva al uso

entremezclado de los recursos terapéuticos, lo que sugiere un bagaje acerca no solo de los tipos de «azúcar» que pueden afectar a las personas y los pronósticos en función de ello, sino también de las posibles combinaciones entre medicamentos biomédicos, plantas medicinales originarias o de diversas latitudes y suplementos alimenticios.

En términos generales podemos afirmar que atenderse con médicos tradicionales u optar por la vía de la biomedicina no necesariamente implica tendencias opuestas y que estas no resultan del todo excluyentes, ni las únicas que participan en las experiencias de las personas diabéticas. De ello nos hemos percatado a través de las narrativas y de lo directamente observado al seguir las trayectorias de atención, así como de la eficacia percibida o real y los costos asociados a cada una, lo cual pauta la continuidad o suspensión de cada opción. Las decisiones en torno a los recursos a utilizar, asimismo, dependerán de la atribución de la causalidad; por ejemplo, que la atención etnomédica a menudo conlleva diagnósticos relacionados con la idea de *akchamel*, la presencia de conflicto o por lo menos de una real o supuesta animosidad de alguien más, lo que resulta tierra fértil para desatar o intensificar el propio conflicto.

En cuanto a la variable relativa a la religión¹ observamos que quienes se adscribieron a alguna denominación evangélica o cristiana dejaron entrever que tan solo la pertenencia y asistencia a las ceremonias religiosas les proporcionaba bienestar emocional y les ayudaba a sobrellevar su sufrimiento, a conferirle sentido y tácitamente a permanecer al margen de las tensiones y los conflictos coadyuvantes del mal echado, o al menos manifestarse al margen.

En cuanto a políticas y acciones en el ámbito de lo que hemos denominado dimensión-macrosocial del proceso salud/enfermedad/atención que hemos situado en la esfera de la transubjetividad, sabemos que la DM constituye uno de los más importantes problemas de salud pública nacional y mundial y, como hemos mostrado en dos de los tres municipios, se sitúa como la primera causa de muerte en varios de los años revisados.

¹ Aunque en los testimonios no hubo referencias de haber recurrido a alguna iglesia protestante para atender de manera literal o directa su problema de salud.

Entre los aspectos que destacaron con respecto a la prevalencia y mortalidad por DM y otras enfermedades en las localidades en que se trabajó y las habitadas por personas que viven en pobreza, marginación, sin acceso a la educación, a la economía y a la atención en salud, consideramos que mientras algunos de los factores fundamentales antes mencionados no sean abordados con voluntad política y pertinencia cultural, no se vislumbra que puedan mejorar las condiciones de vida y de salud. Asunto que irremediamente toca la inequidad en todos sentidos, evidente en la operación de programa denominado «Paquete Básico de Salud», que se caracteriza por llevar a cabo acciones de costo-beneficio previamente programadas con base en la asignación de un presupuesto raquíptico, con menor asignación para la atención de los grupos originarios.

Sobre el particular, en el Plan Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud 2007) se informa que de 2000 a 2005 el gasto público destinado al sector se incrementó de 5.6 % a 6.5 % del PIB. Según datos publicados por la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indios (CDI 2008) sobre la participación relativa de las asignaciones presupuestarias en el ramo de salud para el desarrollo de los pueblos indios entre 2001 y 2008, la asignación presupuestaria real no rebasó 0.092 % del presupuesto total otorgado en 2001, a partir de lo cual es notorio su decremento (cuadro 10.4).

Cuadro 10.4. Participación relativa de las asignaciones presupuestarias (millones de pesos) en el ramo de salud para el Desarrollo de los Pueblos Indios 2001-2008

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Pres. total | 3 289.1 | 7 055.6 | 18 520.3 | 20 331.4 | 21 447.6 | 27 488.0 | 30 849.3 | 31 024.7 |
| Participación relativa | 2.2 | 11.0 | 10.4 | 5.1 | 5.2 | 6.7 | 7.8 | 6.4 |
| % | 0.092 | 0.064 | 0.056 | 0.025 | 0.024 | 0.024 | 0.025 | 0.021 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Acciones para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Informe 2008:63.

Lo antedicho se refleja en acciones contrarias a lo planteado en el Plan Nacional de Salud 2007-2012: atención de bajo nivel brindada por personal biomédico y de enfermería que aún no completa su formación o recién egresado, personal paramédico con predominancia en auxiliares con escasa formación; aunado a esto, la carencia de recursos para el diagnóstico y farmacéuticos, iatrogenia resultado del manejo erróneo de las terapéuticas «para todo dan paracetamol», así como esquemas limitados para la atención de enfermedades emergentes contagiosas y no contagiosas de orden crónico.

No obstante, en el Plan Nacional de Salud 2007-2012 se reconoce que:

A pesar de los avances que ha habido, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones. En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas.

El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja. En las mujeres el riesgo es 1.5 veces mayor y en los hombres 1.7 veces más elevado. El grupo de edad que más explica este diferencial es el de menores de 5 años y en general son las enfermedades propias del rezago las que más contribuyen a estas brechas (Secretaría de Salud 2007: 37).

A ello hay que agregar que el porcentaje del PIB que México destinó para salud durante los años señalados, 6.9%, está por debajo del promedio latinoamericano, y peor aún, muy por debajo de lo que dedican países latinoamericanos de ingresos medios (9.8%) como Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay (Secretaría de Salud 2007: 49).

Cabe además agregar que durante el último lustro, el porcentaje del PIB destinado a salud descendió a 3% (Enciso 2013), lo que obviamente se refleja en el mayor deterioro de los servicios de salud principalmente del subsistema de primer nivel situado en regiones de población originaria.

Por otra parte, desglosando la distribución del dinero en 2005, del gasto total en salud, 46% correspondió a gasto público y 54% a gasto privado. La porción de gasto público se distribuyó de la siguiente manera: 50% al Instituto Mexicano del Seguro Social; 35% a la Secretaría de Salud; 8.7% al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y 3.1% a los Servicios Médicos de Pemex (Secretaría de Salud 2007:52).

De lo escasamente asignado a la Secretaría de Salud y al IMSS-Oportunidades, ese año y los siguientes, el grueso del presupuesto fue utilizado en zonas urbanas para fortalecer la infraestructura existente o bien crear hospitales de segundo y tercer nivel, dejándose de lado lo requerido para el mantenimiento y la operación de los centros de salud del ISECH y Unidades Médicas Rurales del IMSS-Progresá, situados en los municipios de alta marginalidad, que como se ilustró en los cuadros correspondientes, las personas que viven con DM son quienes generan mayor demanda de servicios y también quienes registran más defunciones.

Lo antes expuesto permite entrever las posiciones neoliberales del Estado que, al generar situaciones extremas entre los grupos originarios, contribuye a mantener y ahondar los niveles de pobreza y exclusión a los que deliberadamente son sometidos, lo cual se manifiesta con mayor énfasis en los pueblos originarios, y permite apreciar un matiz racista que desde nuestro punto de vista apunta a una política claramente etnocida.

En el caso de la DM, la estrategia de proveer del mínimo de servicios y que refuerza las acciones de orden curativo y la atención de los enfermos solo según la demanda ayuda al control inicial, pero resulta inútil y aun perjudicial en las etapas en que la enfermedad se va complicando. Estrategia que demerita los aspectos de promoción, prevención y control que, específicamente para este problema, son prioritarios para enfrentar la epidemia por DM. Resulta oportuno subrayar que las acciones de este orden que se resaltaron en el texto de la NOM-015-SECRETARÍA DE SALUD2-1994 como prioritarias fueron eliminadas de la NOM-015-SECRETARÍA DE SALUD2-2010, en la que ya solo se subrayaron las acciones de orden terapéutico. En dicho sentido, el texto de 1994 enfatizaba:

Las acciones preventivas a realizar por los sectores público, social y privado bajo el enfoque de riesgo en los niveles de prevención que incluyen:

Combatir la obesidad, la desnutrición, el sedentarismo, el consumo de alcohol, el estrés; otorgar consejo genético en la prevención primaria; realizar el diagnóstico oportuno y el tratamiento en la prevención secundaria y limitar los daños en la terciaria (Secretaría de Salud 2004:3).

Tal política da la vuelta en el sexenio 2012-2018, en cuyo discurso prevalecen las acciones de orden preventivo y se deja de lado la atención médica. A cuatro años de su emisión, lo único constatable es la falta de recursos en su totalidad, que dio pie a la huelga efectuada por el personal de salud del ISECH en junio de 2016.

Una consecuencia lógica de que se hayan destinado al sector salud recursos equivalentes a 3 % del PIB,² y que ante «la crisis» en 2016 se le hayan hecho recortes, es el estado prácticamente de abandono intencionado de la población «supuestamente inscrita» en el Seguro Popular, lo cual ya no enmascara la intención privatizadora de los servicios sanitarios, que obligan a este sector poblacional a bregar, a recurrir al «gasto de bolsillo», a pagar por la consulta privada y a comprar los medicamento de bajo costo que producen y venden las empresas de genéricos y similares (Osorio *s/f*), así como a buscar en los recursos locales y foráneos plantas medicinales o preparados industriales promovidos y vendidos por las corporaciones de productos «naturistas». Esta población, entonces, además de desconfiar de los servicios institucionales de salud, no cuenta con elementos de orden educativo, sociocultural, económico, hábitos alimenticios, etc., para hacer frente a tan complejo síndrome.

Si a lo anterior agregamos el arrasador impacto de la industria refresquera (Jordan 2008, Blanding 2010, Page 2010) y la de fritos, al grado de que sus productos forman parte de la dieta cotidiana de las familias, nos encontramos con un panorama desolador en el presente y a futuro de incremento exponencial de obesidad y DM con aparición de complicaciones,

² <<http://www.jornada.unam.mx/2016/06/25/politica/003m1pol>>.

mayores índices de mortalidad temprana, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

El panorama que se vislumbra requiere, antes que nada, recursos monetarios para proveer al subsistema de los insumos necesarios para atender a cabalidad a quienes padecen esta y otras enfermedades (Farmer 2001: xxiii), dar capacitación continua al personal de las unidades no solo en términos farmacológicos, sino redimensionando, incluso dentro de la lógica de costo-beneficio, la importancia predominante que debe tener la labor de promoción-prevención-control. Aunado a ello, y no de menor importancia, considerar la relevancia del ámbito de lo sociocultural y, sobre todo, la interpretación adecuada de los pormenores desde donde el enfermo padece a su manera la diabetes.

Subrayamos, dentro del quehacer pendiente, la urgencia de adoptar mecanismos que den cauce a procesos de capacitación continua al personal biomédico, dado que el manejo del diabético es complejo y la formación general no basta para enfrentar las grandes variaciones y vicisitudes que en torno a esta se suscitan.

El énfasis en la promoción-prevención-control estriba en que, ostensiblemente, los grupos menos favorecidos son los que requieren acciones educativas y de promoción intensiva; medidas inmediatas e insoslayables para prevenir la aparición temprana de DM, así como eventualmente lograr el manejo adecuado de la enfermedad que redundaría en la reducción del costo real de la atención.

Desafortunadamente, en la actualidad esto no es factible, ya que el personal de salud opera exclusivamente en función de la demanda de atención médica, en el espacio del consultorio médico, donde además de la prescripción de medicamentos se proporcionan indicaciones mínimas sobre dieta y ejercicio, tan solo explicando a los enfermos que «es para que el azúcar no le suba».

Resulta oportuno precisar que las acciones de orden preventivo y promocional tienen un costo ínfimo, toda vez que la mayor parte de este recae en el salario que de por sí devengan los trabajadores de la salud. Es decir, es responsabilidad del personal operador asalariado de la misma clínica la

educación y promoción; y además, los materiales de apoyo requeridos pueden incluso ser elaborados por ellos a bajo costo.

Uno de los obstáculos para concretar las tareas de educación, promoción y prevención, si no es que el mayor, estriba en que los operadores médicos perciben que estas actividades demeritan su estatus, dado que el perfil profesional al que como estudiantes aspiraron y les fue imbuido en su formación académica está encaminado exclusivamente a la atención curativa, pero además se desestiman esas actividades porque no se concibe la acción médica como una tarea preventiva, y no se da la debida importancia a la conservación de la salud de la población.

Por otro lado, la ineficiencia en la atención curativa de las enfermedades que tiene lugar al menos en el primer nivel de atención rural, así como el maltrato a que en algunos periodos se ha visto sujeta la población, no contribuyen a mejorar una cara institucional sumamente deteriorada ante la comunidad. Al grado, como hemos referido, que a los sujetos ni siquiera les interesa solicitar atención.

Confirmando que la DM actualmente constituye una epidemia que conlleva elevados riesgos para la salud y para la vida, es urgente la toma de decisiones a nivel nacional, regional y jurisdiccional que coadyuven, si se quiere desde la misma tónica biomédica, a que el personal biomédico y paramédico salga de las clínicas, registre a las familias con diabéticos y con enfermedades no transmisibles y transmisibles crónicas y las que están en riesgo para incidir mediante las acciones antes señaladas, dando la debida importancia a la enfermedad, así como asistir a domicilio a los enfermos paradigmáticos o con complicaciones. Esto, por supuesto, aplica a los problemas de salud y enfermedad en general.

Fuentes de consulta

- ABRIC, J.
2004 *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán, pp. 195-214.
- ACERO, C.
2012 *Viviendo con la enfermedad. Comparación de cómo viven la DM tipo 2 las personas que acuden al centro de salud «Los Pinos» en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*, tesis inédita, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Sureste.
- AGUIRRE BELTRÁN, G.
1955 *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Indigenista Interamericano.
1986 *Antropología Médica*, México, CIESAS-Sureste.
- AGUIRRE BOTELLO, H.
2011 «México, principales causas de mortalidad desde 1938», en <<http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>> [consulta: 10/09/13].
- ALLENDE, I.
2006 *Paula*, Barcelona, Random House Mondadori.
- ALMAGUER GONZÁLEZ, J., V. VARGAS Y H. GARCÍA (coords.)
2014 *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, México, Gobierno y Administración Pública-Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

- ALMAGUER GONZÁLEZ, J., V. VARGAS Y H. GARCÍA (coords.)
 s./f. *Modelo intercultural para la implantación de los servicios de salud*, México, Secretaría de Salud, en <http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Modelo_Intercultural_09.pdf>, [consulta: 24/02/2011].
- BANCO MUNDIAL
 2015 «Gasto en salud, total (% del PIB)», en *Datos*, Banco Mundial, en <<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>>, [consulta: 24/08/2015].
- BENNETT, PETER H.
 2003 «Aspectos epidemiológicos de la DM de tipo 2», en Derek Le Roith, Simeon I. Taylor y Jerrold M. Olefsky (coords.), *DM. Texto básico y clínico*, México, McGraw Hill, pp. 674-679.
- BIEHL, J., B. GOOD Y A. KLEINMAN
 2007a «Introduction, rethinking subjectivity», en *Subjectivity: ethnographic investigations*, Berkeley, University of California Press, pp. 1-21.
 2007b «Transformations in Social Experience and Subjectivity», en *Subjectivity: ethnographic investigations*, Berkeley, University of California Press, pp. 25-32.
- BLANDING, M.
 2010 *The Coke Machine. The dirty truth behind the world's favorite soft drink*, Nueva York, Avery-Penguin group.
- BOURDIEU, P.
 2005a «Alta costura y alta cultura», en Gilberto Giménez, *Teoría y análisis de la cultura*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Intersecciones).
 2005b «Habitus, ethos, Hexis...», en Gilberto Giménez, *Teoría y análisis de la cultura*, México, Conaculta (Intersecciones).
- BRIGGS, C.
 2006 «Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales», *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 101-124.

BRIGGS, C.

- 2004 *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling During a Medical Nightmare*, Berkeley, University of California Press.

BRODA, J.

- 2001 «La etnografía de la fiesta de la Santa Cruz: una perspectiva histórica», en Johanna Broda y Félix Báez-Jorge (coords.), *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*, México, Conaculta/Fondo de Cultura Económica (Biblioteca Mexicana, serie Historia y Antropología).

CARBONELL, J. Y M. CARBONELL

- 2013 «El gasto público en salud. Incidencia distributiva y equidad», en J. Carbonell y M. Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

CARRETERO, E., ORTEGA, T. Y D. SÁNCHEZ

- 2001 «*Gymnema sylvestre*», *Revista de Fitoterapia PI-PF 1 (4)*, en <http://www.fitoterapia.net/revista/pdf/RDF1_4_GYMNEMA.pdf> [consulta: 24/03/2010].

CASTORIADIS, C.

- 1997 «El imaginario social incluyente», *Zona Erógena*, 35, en <www.educar.ar> [consulta: 14/05/16].

CENTRO DE ESTUDIOS DE LAS FINANZAS PÚBLICAS (CEFP)

- 2013 «Presupuesto de egresos de la federación 2013: recursos asignados al Ramo 12 de la Salud», Nota Informativa, LXII Legislatura de la Cámara de Diputados, en <<http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2013/marzo/notacefp0102013.pdf>> [consulta: 15/06/2015].

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD/SEGURO POPULAR (CNPSS/SP)

- 2014 *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*, México, Secretaría de Salud.

COMISIÓN PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)

- 2008 «*Acciones para el desarrollo de los pueblos indígenas, informe 2008*», México, CDI.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO)

- 2002 Proyecciones de la Población de México, 2000-2050, en <<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>> [consulta: 29/11/2012].
- 2010 *Índice y grado de marginación*, en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion> [consulta: 29/11/2012].

DÍAZ SALAS, M.

- 1963 «Notas sobre la cosmovisión entre los tzotziles de Venustiano Carranza, Chiapas», *La palabra y el hombre*, 26, pp. 253-267.

DILTHEY, W.

- 1949 *Introducción a las ciencias del espíritu: En la que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y la historia*, México, FCE.

DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y
DESARROLLO INTERCULTURAL (DMTDIC)

- s./f. *Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional mexicana y su relación intercultural con la medicina institucional*, México, Secretaría de Salud.

EMANUEL, J. Y L. EMANUEL

- 1999 «Cuatro modelos de la relación médico paciente», en Azucena Couceiro (coord.), *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, pp. 109-126.

ENCISO, A.

- 2013 «Gasto en salud se estancó en 3% del PIB: estudio», *La Jornada*, [09/04/2013].

EROZA, E.

- 2016 *El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor: las narrativas del padecimiento entre los Chamulas*, México, CIESAS.

EROZA, E. Y R. AGUILAR

- 2014 «La obesidad y el sobrepeso: sus múltiples paradojas entre los mayas de los Altos de Chiapas», en Jaime Page (coord.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste-UNAM.

- FABREGA, H. Y D. SILVER
1973 *Illness and shamanistic curing in Zinacantan*, Stanford, CA, Stanford University Press.
- FARMER, P.
2001 *Infections and Inequalities. The modern plagues*, Berkeley/Los Angeles, CA, University of California Press.
- FAVRE, H.
1973 *Cambio y continuidad entre los mayas de México*, México, Siglo XXI Editores.
- FERNÁNDEZ LIRIA, C.
1995 «Enfermedad, familia y costumbre en el periférico de San Cristóbal de Las Casas», *América Indígena*, 1-2, México, pp. 235-277.
- FRENK, J.
2012 «La salud como derecho ciudadano», *Nexos*, julio, en: <<http://nexus.com.mx/?P=leerarticulo&Article=2102556>> [consulta: 05/2012].
- FREYERMUTH, G.
1993 *Medicina Indígena y Medicina Alópata: Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Chiapas, México, CIESAS- Sureste.
- FUNDACIÓN INVESTIGACIÓN EN DIABETES MELLITUS (FIND)
2011 <<http://www.find.org.mx/breve-compendio-estadistico-sobre-diabetes-en-mexico-2011>> [consulta: 22/11/2012].
- FUNDACIÓN PARA LA DIABETES
2017 <<http://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/328/que-es-el-dia-mundial-de-la-diabetes>> [consulta: 18/06/18].
- FUNSALUD
2006 <<http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/La-Salud-en-Mexico-Funsalud-2006-2012.pdf>> [consulta: 18/06/12].
- GARBER, A. J.
2003 «Metformina», en Derek Le Roith, Simeon I. Taylor, Jerrold M. Olefsky (coords.), *Diabetes mellitus. Texto básico y clínico*, México, McGraw Hill.

GARCÍA CANCLINI, N.

- 2004 «Introducción: teorías de la interculturalidad y fracasos políticos», en Néstor García Canclini, *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*, Barcelona, Gedisa.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

- 2007 «Plan Nacional de Salud 2007-2012», *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, México, Gobierno de la República.
- 2013 «Programa Sectorial de Salud 2013-2018», *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, México.

GOOD, B.

- 2003 *Medicina, racionalidad y experiencia, una perspectiva antropológica*, Barcelona, Bellaterra.

GOOD-ESHELMAN, C.

- 2015 «Las cosmovisiones, la historia y la tradición intelectual en Mesoamérica», en Alejandra Gámez y Alfredo López-Austin (coords.), *Cosmovisión mesoamericana. Reflexiones, polémicas y etnografías*, México, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

GOSSEN, G.

- 1975 «Animal Souls and human destiny in Chamula», *Man*, vol. 10, pp. 448-461.
- 1980 *Los chamulas en el mundo del Sol. Tiempo y espacio en una tradición oral maya*, México, Conaculta/ INI.

GUITERAS, C.

- 1965 *Los peligros del alma*, México, FCE.

HARMAN, R.

- 1990 *Cambios médicos y sociales de una comunidad maya-tseltal*, México, INI/Conaculta.

HERBALIFE

- 2014 <<http://productos.herbalife.com.mx>> [consulta: 02/06/2014].

HERMITTE, E.

- 1970 *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*, Chiapas, Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y la Difusión de la Cultura.

HOLLAND, W.

- 1963 *Medicina maya en los Altos de Chiapas: Un estudio del cambio socio-cultural*, México, INI.

IMSS-SOLIDARIDAD

- 1985 *Modelo de atención integral a la salud: Bases jurídicas y conceptuales*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social/Solidaridad.

INSTITUTO NACIONAL PARA EL FEDERALISMO Y
EL DESARROLLO MUNICIPAL (INAFED)

- 2015 *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México: estado de Chiapas, Chamula*, en <<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMMo7chiapas/municipios/07023a.html>> [consulta: 04/08/2016].

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

- 2012 *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

- 2004 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- 2005 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- 2006 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- 2007 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- 2008 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- 2009 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

- 2010a «Estadísticas de mortalidad», en <www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/registros/vitales/mortalidad/> [consulta: 05/2014].
- 2010b Censo de población y vivienda, en <<http://www.inage.org.mx/>>, [consulta: 05/2014].
- 2013 «Estadísticas de mortalidad», en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>> [consulta: 05/2014].
- 2015 *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas*, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- 2015 «Estadísticas de mortalidad», en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>> [consulta: 05/2014].

INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ (INCAP)

- 2007 *Tabla de composición de alimentos de Centroamérica*, /INCAP/, ed. de M. T. Menchú y H. Méndez, Guatemala, INCAP/OPS.

INTERNATIONAL DM FEDERATION (IDF)

- 2006 *Atlas de la DM de la IDF*. International DM Federation (IDF), en <[file:///D:/Archivos%20Jaime/Downloads/IDF-Diabetes-Atlas-4th-edition%20\(1\).pdf](file:///D:/Archivos%20Jaime/Downloads/IDF-Diabetes-Atlas-4th-edition%20(1).pdf)> [consulta: 08/10/2013].
- 2008a *Atlas de la DM de la IDF*. International DM Federation (IDF), en <<file:///D:/Archivos%20Jaime/Downloads/IDF-Diabetes-Atlas-4th-edition.pdf>> [consulta: 08/10/2013].
- 2008b «La epidemia de DM está fuera de control», *Press Releases IDF*, en <<http://www.idf.org/node/1358?unode=9A915A40-5E3C-4D95-A6D4-7D404806A644>> [consulta: 09/06/2010].
- 2009 *Who we are*, Chaussée de La Hulpe 166 B-1170 Brussels, Belgium, en <<http://www.idf.org/webdata/docs/IDF-leaflet-2009.pdf>> [consulta: 18/05/2010].

INTERNATIONAL DM FEDERATION (IDF)

- 2012 «DM Federation Poster 2012_es», IDF Atlas, en <http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf> [consulta: 08/10/2013].
- 2013 *Atlas de la DM de la IDF*. International DM Federation (IDF), en <http://www.idf.org/diabetesatlas/sp_6E_Atlas_Full.pdf> [consulta: 08/10/2013].
- 2015 *Atlas de la DM de la IDF*. International DM Federation (IDF), en <http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/mensajes_clave.jpg> [consulta: 10/03/2015].

JODELET, D.

- 2008 «El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales», en Denise Jodelet y Alfredo Guerrero Tapia (comps.), *Revista digital Cultura y representaciones sociales. Un espacio para el diálogo transdisciplinario*, México, IIS-UNAM, 3(5), septiembre, en <www.ojs.unam.mx/index.php/crs/article/download/16356/1556> [consulta: 14/02/10].

JORDAN, L.

- 2008 *El problema de la responsabilidad social corporativa: La empresa Coca-Cola® en los Altos de Chiapas*, tesis inédita, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, CIESAS-Sureste.

KLEINMAN, A.

- 1988 «The Meaning of Symptoms and Disorders», en *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*, Nueva York, Basic Books, pp. 3-30.

KÖHLER, U.

- 1995 *Chonbilal Ch'ulelal-So Vendida. Elementos fundamentales de la cosmología y religión mesoamericanas en una canto maya-tzotzil*, México, IIA-UNAM.

LAURELL, A. Y O. LÓPEZ

- 2002 «Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health», *The Political Economy of Social Inequalities, Consequences for Health and Quality of Life*, Nueva York, Baywood Publishing Company, pp. 191-208.

- LEAL, G.
2013 «¿Protección social en salud? Ni 'seguro, ni popular'», *Estudios Políticos*, 28, enero-abril.
- LE BRETON, D.
1995 *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva visión.
- LINARES-PÉREZ, N. Y O. LÓPEZ
2012 «Inequidades en la salud en México», *Gaceta Médica de México*, 148, pp. 591-597.
- LÓPEZ ARELLANO, O. Y J. BLANCO
2007 «Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de Salud en México», *Revista Salud Problema*, 1(1-2), enero-junio/julio-diciembre, pp. 55-62.
- LÓPEZ-AUSTIN, A.
1996 *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*, México, UNAM (serie Antropológica: 39).
2015 «Sobre el concepto de cosmovisión», en Alejandra Gámez Espinosa y Alfredo López-Austin (coords.), *Cosmovisión mesoamericana. Reflexiones. Polémicas y etnografías*, México, Colmex/FCE/BUAP, pp. 17-51.
- MEDINA, A.
2000 *En las cuatro esquinas / en el centro. Etnografía de la cosmovisión mesoamericana*, México, IIA-UNAM.
2015 «La cosmovisión mesoamericana», en Alejandra Gámez Espinosa y Alfredo López-Austin (coords.), *Cosmovisión mesoamericana. Reflexiones. Polémicas y etnografías*, México, Colmex/FCE/BUAP, pp. 52-120.
- MENÉNDEZ E.
1984a «Modelo biomédico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales», en Eduardo Menéndez (ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, 2a. ed., México (Cuadernos de la Casa Chata, 86).

MENÉNDEZ E.

- 1984b «Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antología médica crítica», *Nueva Antropología*, 4(23), marzo, México, UNAM, pp. 71-102.
- 2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, España, Ediciones Bellaterra (Serie General Universitaria, 16).
- 2003 «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas», *Ciencia & Saúde Colectiva*, Brasil, en <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es>.
- 2005 «Antropología social como práctica y como representación», *Alteridades*, 15(29), enero-julio, pp. 65-80.
- 2016 «Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos», *Ciencia & Saúde Colectiva*, [online] 21(1), pp. 109-118, en <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>> [consulta: 18/06/2018].

MENÉNDEZ E. Y R. DI PARDO

- 1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*, México, CIESAS-Sureste.

MERRIAM WEBSTER DICTIONARY

<<http://www.merriam-webster.com/>>.

MONTERO, E.

- 2011 «Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México», *Salud Colectiva*, 7(1), enero-abril, pp. 73-86.

NATIONAL INSTITUTE OF DM AND DIGESTIVE AND KIDNEYS DISEASES

- s/f *Cartel: Controlaré mi DM con el apoyo de los profesionales de la salud*, U. S. Department of Health and Human Services, en <<http://www.linguee.es/ingles-espanol/traduccion/departament+of+health+and+human+services.html>> [consulta: 05/2013].

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE

- s/f *National Cholesterol Education Program*, USA, National Institutes of Health, en <<http://www.nhlbi.nih.gov/about/ncep/index.htm>> [consulta: 14/05/2010].

NON-COMMUNICABLE DISEASES-ALLIANCE (NCD)

s./f. <<http://www.ncdalliance.org/>> [consulta: 14/05/2010].

NEEL, J.

1962 «DM: a thrifty genotype rendered detrimental by ‘progress’?», en <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1932342>> [consulta: 03/02/2010].

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE)

2014 *Health statistics 2014*, en <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>> [consulta: 09/01/2015].

OMNILIFE

2012 «Dolce Vita», *Productos Omnilife*, en <<http://www.omnilife.com/front/detalle.php?producto=4780>> [consulta: 02/06/2014].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2012 «¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo?», en <<http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html#>> [consulta: 03/12/2012].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN

PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS)

2012a Resolución: «Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles», *28ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 64ª sesión del comité regional*, Washington DC.

2012b «Documento elaborado tras la consulta regional: Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles», *28ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 64ª sesión del comité regional*, Washington DC.

OSORIO, R.,

s./f. «Los consultorios adyacentes a farmacias: el surgimiento de un nuevo sistema de atención primaria en México» en Rosa M. Osorio (coord.), *Panorama de la Salud en México. Perspectivas actuales de investigación social*, México, CIESAS.

PAGE PLIEGO, J.

- 1996 *Religión y política en el consumo de prácticas médicas (estudio de caso)*, Chiapas, Instituto de Estudios Indígenas-UNACH (Monografías, 6).
- 2002 *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, PROIMMSE-IIA-UNAM.
- 2008 «Vivir en el miedo. La noción de *lab* en Oxchuc, Chiapas», *Revista Pueblos y fronteras digital*, 4, diciembre, en <www.pueblosyfronteras.unam.mx>.
- 2010 *Yombil «Puesta su flor en el altar». Una mirada a la etnomedicina en Oxchuc, Chiapas a partir de los j-poxlawanejetik organizados*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, PROIMMSE-IIA-UNAM.
- 2011 *El mandato de los dioses: medicina entre los tsotsiles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, PROIMMSE-IIA-UNAM.
- 2013 «Refresqueras y diabetes mellitus entre los mayas de los Altos de Chiapas», *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 11(1), enero-junio.

PAGE PLIEGO, J. (coord.)

- 2014 *Enfermedades del rezago y emergentes en las ciencias sociales y la salud pública*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, PROIMMSE-IIA-UNAM.

PLM

- 2017 «Glibenclamida», s.v. *Diccionario médico biológico*, en <http://www.facmed.unam.mx/catalogo/imprime_todos.php?id_muestra=259> [consulta: 18/06/2018].

POPOL VUH

- 1961 *Antiguas historias del Quiché*, Adrián Recinos (trad.), México, FCE.

PORTELLI, H.

- 1973 «Hegemonía y bloque histórico», *Gramsci y el bloque histórico*, México, Siglo XXI Editores.

POZAS ARCINIEGA, R.

1977 *Chamula*, México, INI (Clásicos de la Antropología Mexicana, I-II).

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

2009 *Diccionario de la Lengua Española*, en <<http://lema.rae.es/drae/>>.

ROBLEDO H., G.

1987 *Disidencia y religión: Los expulsados de San Juan Chamula*, México Escuela Nacional de Antropología e Historia [ms. inédito].

SÁNCHEZ CARRILLO, Ó.

2013 *Winiketik ajch'lotik, antsetik lumutik. Hombres de lodo, mujeres de tierra: elementos de configuración de la persona tselal de Yajalón*, México, tesis inédita, Facultad de Filosofía y Letras /IIA-UNAM.

SÁNCHEZ LÓPEZ, G.

2008 «Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del programa Oportunidades», *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (2007-2007)*, México, Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Secretaría de Desarrollo Social.

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL)

2013 *Unidad de Microrregiones. Cédulas de información municipal (SCIM)*, en <<http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=pdzp&ent=07&mun=078>> [consulta: 09/08/2016].

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL/CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL/CONEVAL).

2010 *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago*, México, Sedesol/Coneval, en <file:///Users/jaimetomaspagepliego/Documents/investigacio%CC%81n/S-E-A/SM_DM/des/Estadi%CC%81sticas/SCLC/Poblacio%CC%81n%2oSCLC.pdf> [consulta: 09/08/2016].

SECRETARÍA DE SALUD

1994 *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SECRETARÍA DE SALUD-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la DM en la atención primaria*, México, Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD

- 2007 *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, SSA.
- 2010 *Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SECRETARÍA DE SALUD2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la DM en la atención primaria*, México, SSA.
- 2012 *Cédula de información municipal, Tenejapa, Chiapas*, México, SSA.
- 2012a *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, México, SSA.
- 2012b *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa: Chiapas*, México, SSA.
- 2013 *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, México, SSA.

SECRETARÍA DE SALUD/GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

- 2008 *Mortalidad General Chiapas 2008*, SSA/Gobierno del Estado de Chiapas, en <www.salud.chiapas.gob.mx> [consulta: 28/08/2015].

SECRETARÍA DE SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (SSA/OPS)

- 2001 *Indicadores básicos: situación de salud en México*, México, SSA/OPS.

SUBSECRETARÍA DE PROSPECTIVA, PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN (SSPPE)

- 2010 *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social: Chamula*, México, SEDESOL/CONEVAL, en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32814/Chiapas_023.pdf> [consulta: 04/08/2016].

TAMEZ, S. Y R. VALLE

- 2005 «Desigualdad social y reforma neoliberal en salud», *Revista Mexicana de Sociología*, 67(2), abril-junio, pp. 321, 356.

THE ENCYCLOPEDIA BRITANNICA COMPANY

- s/f *Merriam-Webster Dictionary*, en <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/>>.

URIBE, M. Y R. ABRANTES

- 2013 «Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?», *Perfiles Latinoamericanos*, 42, julio/diciembre, pp. 135-162.

VARA, E. DE LA, ET AL.

- 2011 *Perfil epidemiológico de la mortalidad en el sureste de México 1980-2008*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

WIKIPEDIA

- s/f «Comida Chatarra», en <https://es.wikipedia.org/wiki/Comida_basura#cite_note-3> [consulta: 02/07/2015]. Vive con DM
- s/f «Fomento Económico Mexicano (FEMSA)», en <http://www.vivecondiabetes.com/> [consulta: 22/07/2013].
- s/f «LUIS TÉLLEZ», en <http://es.wikipedia.org/wiki/Luis_T%C3%A9llez> [consulta: 02/06/2015].
- s/f «VICENTE FOX», en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vicente_Fox> [consulta: 02/06/2015].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

- 2006 *Obesidad y sobrepeso*, en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/print.htm>> [consulta: 15/06/2010].
- 2010 *D-Net*, en <<http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/hps/networks>> [consulta: 15/04/2013].
- 2012a *Prevention and Control of noncommunicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings: cancer, heart disease and stroke, diabetes, chronic respiratory disease*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf> [consulta: 15/04/2013].
- 2012b «Highlighted topics: Noncommunicable diseases: a major health challenge of the 21st century», *World Health Statistics 2012*, Geneva, World Health Organization, en <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html>, [consulta: 03/12/2012].
- 2012c «Diabetes: Key facts», *Fact Sheet 312*, septiembre, en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>> [consulta: 03/12/2012].
- 2013a *Global action plan for the prevention and control of Noncommunicable diseases 2013-2020*, Ginebra, WHO press organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

- 2013b «Cause-specific mortality and morbidity», *World Health Statistics* World Health Organization, Ginebra.
- 2013c «Las 10 causas de defunción por grandes grupos de ingresos (2004)», *Las 10 causas principales de defunción*, nota descriptiva núm. 310, octubre de 2008, en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html>>, [consulta: 11/09/13].

WORLD HEALTH ORGANIZATION/INTERNATIONAL DM FEDERATION (WHO/IDF)

- 2004 «DM action now: An initiative of the World Health Organization and the International DM Federation», Suiza, World Health Organization.

YÁÑEZ MORENO, PEDRO

- 2012 *He hipi cõhimoqueepe hac hooaaa ha, ¿zoooh sah pacta teeh? 'Sé que estoy enfermo, ¿y qué hacer?': la diabetes mellitus y sus significados entre los comcaac de Soccaix (Punta Chueca), Sonora*, tesis inédita, El Colegio de Sonora.

Notas periodísticas

ARISTEGUI NOTICIAS

- 2008 «El gobierno de Sabinés, sobreprecios, desvíos y simulaciones» <<http://aristeguinoticias.com/0708/mexico/gobierno-de-sabines-se-beneficio-con-39-contratos-de-salud/>> [consulta: 23/01/2015].

RODRÍGUEZ, I. Y F. MARTÍNEZ

- 2016 «Los dos sectores vitales recibirán \$13 mil millones menos. En educación y salud se concentra 41% del ajuste», 25/06/2016 en <<http://www.jornada.unam.mx/2016/06/25/politica/003n1pol>> [consulta: 25/05/16].

VITÓNICA MÉXICO

- 2014 <<http://www.vitonica.com.mx/alimentos/los-10-paises-que-mas-re-fresco-consumen>> [consulta: 27/07/16].

Vivir sufriendo de azúcar

Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus

en tres localidades de los Altos de Chiapas,

de Jaime Tomás Page Pliego, Enrique Eroza Solana

y Cecilia Guadalupe Acero Vidal

editado por el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur de la UNAM, se terminó de imprimir en agosto de 2018, en los talleres de Desarrollo Gráfico, S. A. Municipio Libre 175, col. Portales, Ciudad de México. La composición, en tipos Minion pro, Stempel Schneidler y Ocean Sans estuvo al cuidado de Gustavo Peñalosa Castro. La edición, que consta de 250 ejemplares impresos en offset, en papel bond de alto volumen, encuadernación rústica, la cuidaron Gustavo Peñalosa Castro y Crystel Sofía Díaz Díaz.

