

Artículo Original

Enfermedad y políticas de atención sanitaria: búsqueda del reconocimiento de la cosmovisión indígena durante la COVID-19¹

Doença e políticas de atenção à saúde: buscando o reconhecimento da visão de mundo indígena durante o COVID-19

Illness and health care policies: seeking recognition of the indigenous worldview during COVID-19

Jorge Valtierra Zamudio^a , Leonardo Jiménez Loza^a 

^aUniversidad La Salle, Ciudad de México, México.

Cómo citar: Valtierra Zamudio, J., & Jiménez Loza, L. (2022). Enfermedad y políticas de atención sanitaria: búsqueda del reconocimiento de la cosmovisión indígena durante la COVID-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3176. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO243531763>

Resumen

En México, los pueblos indígenas conforman el sector social más desfavorecido, lo que se ha hecho evidente durante la pandemia por COVID-19. A pesar de los esfuerzos gubernamentales por proporcionar atención médica, incluida la vacunación, ha prevalecido la desinformación y el desconocimiento del contexto, de las problemáticas y cosmovisión de los pueblos originarios. En este artículo, presentamos un análisis cualitativo de información etnográfica y bibliográfica con base en una estancia de campo en 2021, y se contrasta con la información estadística presentada por organismos estatales como la Secretaría de Salud. Explicamos la problemática relacionada con la escasa información y discernimiento de la cosmovisión y *modus vivendi* indígenas y su perspectiva de la enfermedad. En particular nos concentramos en el estado de Chiapas, en el sureste mexicano, con los ejemplos de algunas comunidades chujes, q'anjob'ales y tojolab'ales. Se plantean propuestas generales para enfrentar estos cambios, incluyendo la necesidad de realizar una investigación y actividad *in situ* para contrarrestar la tendencia de reinterpretar, representar y generalizar las características culturales indígenas, que inciden en el diseño de las políticas sanitarias.

Palabras-clave: Políticas Sanitarias, Pueblos Indígenas, COVID-19.

¹ En esta investigación que incluye la participación de seres humanos cumple con los procedimientos éticos necesarios. Se mantiene el anonimato de quienes no autorizaron revelar su identidad y en el caso de las personas que aparecen en el texto, hay una autorización de usar su nombre.

Recibido Oct. 24, 2021; 1ª Revisión Feb. 22, 2022; Aceptado Jun. 6, 2022.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Resumo

No México os povos indígenas constituem o setor social mais desfavorecido, o que se tornou mais notório durante a pandemia de COVID-19. Apesar dos esforços governamentais para fornecer atenção médica, incluindo vacinação, tem prevalecido a desinformação e o desconhecimento do contexto, das problemáticas e da visão de mundo dos povos originários. Neste artigo, baseado em uma análise da informação bibliográfica e estatística, além de uma pesquisa de campo em 2021, contrastada com as informações estatísticas apresentadas por órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde; apresentamos os problemas relacionados com o escasso entendimento da cosmovisão e o *modus vivendi* indígenas, bem como a sua perspectiva da doença. Em particular, nos concentramos no estado de Chiapas, no sudeste mexicano, com base em exemplos dos povos Chujes, Q'anjob'ales e Tojolab'ales. São feitas propostas gerais para enfrentar essas mudanças, incluindo a necessidade de realizar pesquisas e atividades *in situ* para contrapor a tendência de reinterpretar, representar e generalizar as características culturais indígenas, que influenciam o desenho de políticas de saúde.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Povos Indígenas, COVID-19.

Abstract

In Mexico, indigenous peoples are the most disadvantaged social sectors, which has become more evident during the COVID-19 pandemic. Despite the government efforts to provide medical care, including vaccination, disinformation about the context, the problems, and the indigenous peoples' worldview prevails. In this paper, we present a qualitative analysis of ethnographic and bibliographic information based on fieldwork in 2021, which contrasts with the statistics from State agencies such as the Ministry of Health. We present the problems related to the scarce information and discernment of the indigenous worldview and Modus vivendi, as well as their perspective of the disease. We focus on Chiapas State, in the Mexican southeast, based on the examples of some Chuj, Q'anjob'al, and Tojolab'al communities. We point out proposals to face these changes, including the need to carry out an investigation and activity in situ to counteract the tendency to reinterpret, represent and generalize the indigenous cultural characteristics, which affect the design of health policies.

Keywords: Health Policies, Indigenous Peoples, COVID-19.

Introducción

En 2020, debido a la pandemia por COVID-19, en México fue aún más evidente la adversidad, no solo en la salud de la población, sino también en la desigualdad social y económica, así como un aumento importante en la discriminación y exclusión de grupos vulnerables (Bernal Lugo et al., 2020). En relación con lo último, los pueblos indígenas (PI) están concebidos como los grupos más vulnerables, y atenderlos durante el periodo de la pandemia ha sido parte de la agenda del Estado, en particular de la Secretaría de Salud (SSa), con el apoyo de organismos como el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI).

Aunque los canales de información y políticas establecidas desde estos organismos han visibilizado a los PI, se cuestiona su efectividad, principalmente debido a su diseño desvinculado de los rasgos culturales y problemáticas socioeconómicas de estas sociedades, además de asumir a los PI como un grupo homogéneo, por lo tanto, no reconocer su diversidad sociocultural y cosmovisión (Pacari, 2021).

El propósito de este artículo es, por un lado, mostrar algunas soluciones generales para enfrentar situaciones adversas en materia de salud, como es el caso de la pandemia por COVID-19, y proponer cambios en el diseño de las políticas de atención sanitaria en contextos indígenas, debido a su incompatibilidad con el *modus vivendi* de los PI. Se busca hacer hincapié en la necesidad de reconocer la cosmovisión y prácticas culturales de estas poblaciones, lo que implica necesariamente un trabajo de investigación o tener un contacto más cercano e in situ con las poblaciones para comprender otras lógicas distintas de aquellas hegemónicas en el campo biomédico.

Para ello, nos basamos en una estancia de campo que iniciamos en el año 2021 en algunas comunidades indígenas de origen q'anjob'al, chuj y tojolab'al en el sureste del estado de Chiapas, México, en donde se hizo trabajo etnográfico y se sostuvieron conversaciones y se llevaron a cabo una serie de entrevistas abiertas con actores habitantes de estas comunidades o gente involucrada con ellos. Se ha señalado en las comunidades el propósito de abordar estos temas, por lo que se ha pedido utilizar su testimonio, siempre cuidando la identidad de los actores entrevistados, y con la convicción de entregar el resultado de este producto académico a sus comunidades.

De esta información, se hizo un análisis cualitativo el cual se complementó con cifras y datos de organismos nacionales gubernamentales y no gubernamentales, tales como la SSa, el INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) en su último censo de 2020, datos del INPI, entre otros.

De aquí, se expone la situación general de algunos PI de Chiapas, en el sureste de México, durante la pandemia por COVID-19, así como las políticas de atención sanitaria que, al tratarse de grupos en situación de marginación social, deberían basarse en disciplinas como la antropología médica y la terapia ocupacional social, al tratarse de “[...] grupos sociales que debido a las transformaciones sociales están expuestos directamente a la precarización del trabajo, la vulnerabilidad relacional y, por lo tanto, a la marginación y la ruptura de sus relaciones sociales [...]” (Barros et al., 2002, p. 101).

Sobre esto último, desde la terapia ocupacional social, en tanto una disciplina que, por un lado, cuestiona el papel político y las técnicas de los profesionistas con relación a las problemáticas sociales, así como promueve la democratización de los derechos (Farias & Lopes, 2020), se vuelve un dispositivo esencial para proponer mecanismos que trasciendan el nivel de la crítica a una praxis de reconocimiento de saberes y formas culturales vinculados con la enfermedad, la espiritualidad y la ocupación² para rediseñar las políticas de atención sanitaria y ponerlas en marcha por profesionistas como los terapeutas ocupacionales y antropólogos.

De esta forma, primero se expone información basada en organismos como la SSa sobre la situación de los PI del sureste mexicano por contar con la mayor diversidad y densidad demográfica indígena. También se explica que las estrategias para resolver y

²Para Simó Algado (2015, p. 28) la ocupación son las “[...] actividades cotidianas que permiten a las personas mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad [...]”.

proteger a los PI, es incompatible con su cultura y cosmovisión. En seguida, se desarrolla la noción de enfermedad en el *modus vivendi* de los PI con base en información y observación de campo en 2021, de poblaciones de filiación chuj, q'anjob'al, así como información del año 2020 de poblaciones tojolab'ales. En tercera instancia, se explica cómo, en la noción de enfermedad y su tratamiento, se involucra la espiritualidad y cultos para sanar y superar la enfermedad. A manera de cierre, se responde cómo las políticas de atención sanitaria desde instancias locales y globales, pese a proponer perspectivas interculturales adolecen de un discernimiento cultural, ideológico y social característico de estas poblaciones, por lo que inducen a resultados poco efectivos que impiden a los PI superar su situación vulnerable ante la pandemia por SARS CoV-2.

Las Sociedades Indígenas en Tiempos de Pandemia

De acuerdo con el INALI – Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (2019), en el año 2019 México contaba con cerca de 25 millones de indígenas. Antes, el criterio para considerar que una persona es indígena era a partir de la lengua que hablaba. Ahora, de acuerdo con el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, el criterio es pertenecer a una familia en donde al menos uno de los integrantes hable una lengua autóctona; hablar alguna de las 68 lenguas indígenas que hay en México o reconocerse como indígena con las prácticas culturales e historia que esto conlleva (Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, 2017). Con estos criterios, ser indígena no se constriñe al hecho de hablar una lengua autóctona, por lo que la población autoadscrita como indígena asciende al 20% de la población total en México.

Los PI sufren de una serie de estigmas, estereotipos y prejuicios por parte de la población no indígena que conlleva a una sistemática exclusión y discriminación en el país. Es un hecho que entre los pobladores que viven condiciones de rezago y precariedad, los indígenas son los más afectados, junto con algunas otras poblaciones no indígenas campesinas. En el caso de los PI, predomina la falta de educación o rezago educativo, atención médica, vivienda digna y otros aspectos que se relacionan con una situación de pobreza material, vulneración de derechos y falta de cohesión social en sendas comunidades, como se advierte desde el sexenio pasado en el *Programa de Acción Específico de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018* (México, 2013), en donde se señalaba que cerca del 40% de los PI vive en condiciones de pobreza extrema y el 37.2 % carecía de acceso a servicios médicos

De la misma forma, se encuentran datos que muestran la vulnerabilidad de los PI frente a la COVID-19 en reportes de observatorios y ONG como Serapaz (2020) o, incluso en el *Programa Nacional de Desarrollo Social 2021-2024* publicado en el Diario Oficial de la Federación (México, 2021c) se reafirma la situación de marginación y vulnerabilidad de los PI, por lo que es primordial su atención.

En este orden de ideas, la falta de cohesión social concebida como parte de lo que se entiende en México por pobreza según la Ley General de Desarrollo Social (México, 2022), así como no tener acceso a servicios médicos, alude a un sistema social y político que los excluye y margina.

Las propuestas gubernamentales a través de programas sociales y políticas públicas que favorezcan la situación de estos pueblos se han concentrado en el asistencialismo que, de fondo, no resuelven el problema de la pobreza y la desigualdad. Sin embargo, es evidente que el diseño de estas políticas y programas no se basan en una investigación *in*

situ y colaborativa, es decir, no se observan las necesidades particulares de las poblaciones y tienden a traducir y representar lo que ellos necesitan.

Durante el periodo de pandemia por COVID-19 se han implementado medidas sanitarias para atender a los indígenas, pero no han sido suficientemente efectivas, al no estar diseñadas y pensadas a partir de las características propias de cada población y su pensamiento o concepción, por ejemplo, acerca de la enfermedad.

En México, los estados mexicanos con mayor densidad poblacional indígena son los del sureste, es decir, Oaxaca, Yucatán y Chiapas (Véase Tabla 1), además de otros estados con una gran presencia indígena tanto en la ciudad como en el campo.

Tabla 1. Cuadro comparativo por entidad (Chiapas, Oaxaca y Yucatán).

Cuadro poblacional de Chiapas, Oaxaca y Yucatán 2015				
Entidades. Categorías.	Chiapas	Oaxaca	Yucatán	Cifras a nivel nacional
Número de habitantes.	5, 543,828	4, 132, 148	2,320,898	126, 014, 024
Número de localidades rurales.	20,951	10, 523	2,322	185,243
Porcentaje de población rural.	51%	51%	14%	79%
Número de localidades urbanas.	206	200	112	4,189
Porcentaje de población urbana.	49%	49%	86%	21%
Población que se reconoce indígena (Encuesta intercensal 2015).	1, 706, 017	1,734, 658	1, 052, 438	12, 025, 947
Población indígena (que habla una lengua indígena).	1,459, 648	1, 221,555	525, 092	7, 364, 645

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta intercensal (2015) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

El mes de julio de 2021 Oaxaca, Yucatán, Ciudad de México, Estado de México, Hidalgo o Puebla, presentaron la mayor cantidad de personas indígenas contagiadas y fallecidas por COVID-19, lo cual se explica también por las comorbilidades que padecen muchos de ellos en el país, principalmente diabetes e hipertensión. Es importante observar en una gráfica con base en la información de la SSa, los contagios de las personas indígenas por entidad en el país (Véase Figura 1).

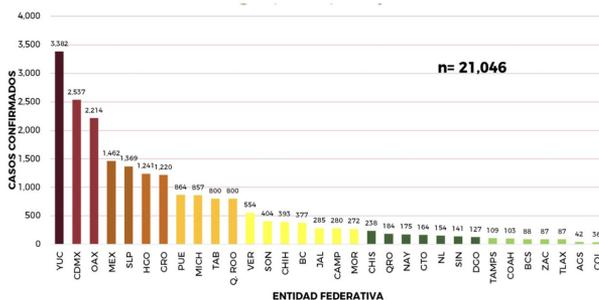


Figura 1. Distribución por entidad federativa de contagios por COVID-19 en población indígena, 08 de julio de 2021. Fuente: Décimo Tercer Informe Epidemiológico (México, 2021b) de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena, 08 de julio de 2021.

La información acerca de los decesos indígenas, sin embargo, se refiere a las personas que fueron hospitalizadas y, por lo tanto, no se habla de un registro del total de personas fallecidas, por ejemplo, en su comunidad, en donde puede haber un acceso limitado a servicios médicos, pues las clínicas y nosocomios a los que tendrían que trasladarse implica gastos que en muchos casos no pueden sufragar.

Para abril de 2021 el INPI, en coordinación con la SSA, informaron que había 2,904 defunciones confirmadas y en el *Décimo Primer Informe Epidemiológico 2021 COVID-19 en la población que se reconoce como indígena*, expedido por la Secretaría de Salud el 27 de mayo de 2021 (México, 2021a), se notificó que ya eran 3,073 los decesos de personas indígenas. En el último informe al que puede accederse en la página de la SSA, es decir, el *Décimo Tercer Informe Epidemiológico de 2021 COVID-19 en la población que se reconoce como indígena* del 8 de julio de 2021, se maneja la cifra de 3,253 defunciones por COVID-19 que representan el 1.38% del total de defunciones en el país (234,192) en ese mes de julio, por lo que la tasa es de 15 defunciones por cada 100 casos.

Lo interesante de estos datos, además de aspectos ya señalados como no considerar aquellas personas fallecidas o convalecientes en sus comunidades o de las que no se tiene un registro por el hecho de no haber ingresado a una clínica u hospital; es que se concentra en estados de gran densidad poblacional indígena como Yucatán y Oaxaca, pero no Chiapas (Véase Figura 2).

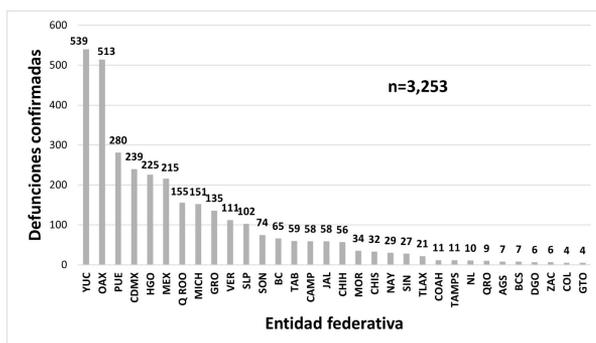


Figura 2. Distribución por entidad federativa de defunciones por COVID-19 en población indígena, 08 de julio de 2021. Fuente: Elaboración propia con base en datos del Décimo Tercer Informe Epidemiológico 2021 de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena, 08 de julio de 2021 (México, 2021b).

En esta gráfica se observa que, a diferencia del resto de los estados con población indígena, en Chiapas sólo se han presentado 32 decesos. De hecho, Chiapas casi siempre ha estado, según el semáforo epidemiológico, en color verde, es decir, en bajo riesgo de contagio.

Chiapas, que tiene un contexto más rural o semi-rural (Véase Tabla 1), aunque tienen una gran dependencia con la ciudad para vender sus productos, el contacto es menos prolongado y, por lo general, trabajan en condiciones distintas, como espacios más abiertos y con poca gente. Ahí los PI aún tienen una actividad más vinculada con el campo que con la ciudad, salvo algunos grupos tzotziles. Desde esta perspectiva, a primera vista se explica no sólo la diferencia entre ambos estados con una gran cantidad

de PI, sino que las cifras de contagios y defunciones podrían relacionarse con el grado de interacción con la ciudad que es diferente entre un estado y otro.

En este mismo informe publicado por la SSa es interesante observar las actividades predominantes de los grupos indígenas que generan más cuestionamientos a la explicación anterior. De los 21,046 contagiados, existe un predominio de actividades en el hogar, después empleados en general, campesinos en tercera posición y trabajadores del sector de la salud en un cuarto sitio. Lo que no se especifica es cuáles de estas actividades se concentran en el ámbito urbano y cuáles en el rural —aunque podría inferirse que el campesinado se concentra en el campo *per se*—, así como tampoco la proporción de defunciones según la actividad (Véase Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos confirmados en población indígena según su ocupación (08 de junio de 2021).

Ocupación	Frecuencia	%
Hogar	4989	24%
Empleados	4281	20%
Campesinos	1999	9%
Trabajadores de la salud	1820	9%
Comerciantes de mercados fijos o ambulantes	918	4%
Jubilado/pensionado	769	4%
Estudiantes	822	4%
Desempleados	667	3%
Obreros	651	3%
Maestros	523	2%
Choferes	409	2%
Gerentes o propietarios de empresas o negocios	104	0%
Otros	3093	15%
	21045	

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Décimo Tercer Informe Epidemiológico 2021 de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena, 08 de julio de 2021 (México, 2021b).

El trabajo en el hogar y los empleados en las poblaciones indígenas son los que presentan la mayor frecuencia de contagios. En el hogar, por lo general, está a cargo de las mujeres, ya sea en el cuidado de los hijos y adultos mayores, así como las labores domésticas. Los empleados, por lo general varones, son vulnerables ante la enfermedad. Si por este motivo fallecen, muchos hogares quedan sin ingreso económico, obligando a muchas mujeres a salir de casa para obtener ingresos. Esto las hace vulnerables frente a la enfermedad y se vuelven un factor de riesgo y de contagio para su familia cuando retornan del trabajo a su hogar.

Aquí se ve que la carestía y precariedad económicas son un factor de peso para reafirmar, incluso aumentar, la susceptibilidad de los PI. Los datos estadísticos e información que proporciona la SSa u organismos como el INPI, por lo tanto, no son suficientes para comprender realidades y problemáticas que viven los PI, incluso no reflejan resultados certeros al no considerar otros contextos en los que los contagios, los fallecimientos y la situación de vulnerabilidad es una realidad, como en el campo.

Una habitante de la comunidad de Nuevo Porvenir, en el municipio de la Trinitaria, en Chiapas, comenta que: “varias personas ya murieron por el coronavirus. Algunos no tan viejitos, de setenta más o menos. Ahí en [la colonia] Cárdenas, Hidalgo ya murieron personas. Así dicen. Aquí no. Sí han enfermado pue’, pero no han muerto” (Conversación personal con Elsa Tadeo, Nuevo Provenir, Chiapas, 21 de julio de 2021).

En otras conversaciones con habitantes de las comunidades de Santa Rosa El Oriente y San Juan del Río, en el estado de Chiapas, también dicen haberse enterado de personas que han muerto por la COVID-19. En ambas comunidades de origen chuj y q’anjob’al, respectivamente, la principal actividad es agrícola, el tercer sector más afectado según la SSa. Estas poblaciones en particular se caracterizan por estar cercanas a una zona altamente turística. De hecho, durante la breve estancia de campo que se realizó en los Lagos de Montebello, lugar en donde se localizan ambas comunidades, se observó una gran cantidad de turistas, incluso extranjeros, sin mascarilla e interactuando con los lugareños que atendían puestos de comida o transportaban y guiaban a los turistas por el lugar (Notas de campo, 21 de julio de 2021).

Por otro lado, son comunidades que, por su actividad agrícola tienen en ciertas épocas mucho contacto con la ciudad de Comitán y La Trinitaria para vender sus productos en las centrales de abasto y mercados. Uno de los pobladores chujes de Santa Rosa El Oriente, comentó que, aunque sí se han enterado de gente que ha sido contagiada, sin especificar que fuera en esa comunidad, “[...] pero es que tienen que tener contacto porque son vendedores pue’. Tienen contacto allá en Comitán para vender. Van en Central de Abastos, y salen y entonces se contagian. Pocos han muerto, pero enferman” (Conversación con “Rodrigo”, 21 de julio de 2021).³

La información escasa que hay en esta zona, como muchas otras del país ha sido una constante. En 2019 algunos habitantes de San Juan del Río explicaban que lo que más necesitaban en su comunidad era ser visibles. Que sabían poco de ellos, que no sabían dónde estaban. El esfuerzo de la SSa para atender los problemas generados por la pandemia, así como generar una campaña efectiva de prevención ha sido insuficiente en muchas partes por desconocer las peculiaridades y necesidades de la gran diversidad de poblaciones que hay en el país, como es el caso de las comunidades que se han expuesto aquí.

Entre los aspectos necesarios que deben considerarse para el diseño de estrategias sanitarias y las vías de comunicación efectivas es, por un lado, comprender la situación en la que viven los PI en los distintos ámbitos (urbano, rural, semi-rural y semi-urbano), así como su *modus vivendi* y cosmovisión. Por lo tanto, es importante conocer la forma en la que ellos conciben la enfermedad y el cuerpo, al ser elementos esenciales para enfrentar la pandemia desde una innegable realidad que es su marginación y los pocos medios que tienen para acceder a servicios como la atención médica.

En síntesis, para comprender y diseñar estrategias efectivas de prevención y protección sanitaria, deben entenderse inicialmente dos aspectos primordiales: la perspectiva cultural de la enfermedad y la sanación en los PI, y la dimensión de la

³El entrevistado ha elegido el nombre Rodrigo para identificarse y mantener su anonimato. En México, en muchas comunidades indígenas, el nombre de las personas están en castellano o en inglés, por influencia de los Estados Unidos, a donde mucha gente migra. No usan nombres propios de su lengua, como sí suele pasar entre los tzeltales y tzotziles.

espiritualidad y el culto como un elemento cultural presente en la protección y curación de la enfermedad. A continuación, se desarrollan estos puntos.

La Enfermedad desde la Cosmovisión Indígena en Chiapas

El estado de Chiapas se encuentra en la parte sureste del país, en la frontera con Guatemala. Este estado es el segundo con mayor población indígena del país y el segundo con mayor diversidad étnica, después de Oaxaca, aunque en Chiapas, según datos del INEGI, la población indígena que habla una lengua autóctona es mayor que en Oaxaca. El estado de Chiapas se caracteriza también por estar entre los más desiguales y en donde predomina la actividad agrícola (véase Tabla 1).

Otra característica de la población indígena chiapaneca es su filiación lingüística mayense. Algunas comunidades proceden de Guatemala, por la migración forzada en los años ochenta, debido a la guerra civil y masacre de PI en ese país durante la dictadura militar de Efraín Ríos Montt (1982-1983).

En México, muchos de los PI mayenses de origen guatemalteco se establecieron en estados como Chiapas y se naturalizaron mexicanos. Así, forman parte de las minorías étnicas que con el tiempo han sido reconocidos, pero siguen sufriendo un doble estigma: ser guatemaltecos y ser indígenas (Freyermuth Enciso & Hernández Castillo, 1992). Es importante señalar esto porque, pese a reconocerse que hay una situación de marginación y poca atención a las comunidades indígenas en Chiapas, incluyendo la atención médica, dentro de estos grupos indígenas existen algunos que viven una situación aún más desfavorable, lo que se observa desde lo jurídico (Apérez Pineda, 2020).

El esfuerzo coordinado que organismos nacionales como el INALI y el ahora INPI han realizado para reconocer e integrar a estos y otros grupos minorizados ha ido incrementándose. Sin embargo, falta mucho por reconocer y atender las necesidades y particularidades de los PI que aún viven en una situación precaria y de marginación, como es el caso de grupos que son discriminados, incluso por parte de otros grupos étnicos; es decir, muchos de estos PI de origen guatemalteco, como se ha señalado, por esa misma razón llegan a ser discriminados, marginados o excluidos por parte de otros grupos indígenas (Notas de campo, 23 de junio de 2019).

En materia de salud, es innegable que el Estado mexicano ha hecho esfuerzos importantes por atender a los PI. Esto incluye a los grupos indígenas que referimos líneas arriba y otros con una historia de exclusión: a saber, tojolab'ales, chujes, q'anjob'ales, mames, jacaltecos, entre otros. En esta época de pandemia, debe reconocerse la iniciativa organizada por parte de la SSa con el INPI y el INALI para impulsar campañas de prevención de salud y notificar las jornadas de vacunación que se presentan en poblaciones —no únicamente ciudades— aledañas a las comunidades y en lengua indígena. El problema es que no se reconoce, ni se han discernido las características, prácticas culturales, ideologías y *modus vivendi* particulares de las comunidades, pues la población indígena en esta zona y otras no son un solo grupo social homogéneo; al contrario, son distintos y viven en contextos, tienen credos y formas de vida diferenciadas a pesar del grado de desplazamiento cultural que sufren, en particular desplazamiento lingüístico. Este fenómeno, además, genera una gran problemática, pues

con ello se desplaza también el conocimiento y los saberes, por ejemplo, para tratar las enfermedades.

Así como no hay suficiente información en las instancias gubernamentales para la generación de estrategias como la prevención y cuidado de la población indígena durante la pandemia por COVID-19; tampoco se posee gran información sobre la gente que habita en estos contextos y que ha tenido síntomas o que se han contagiado de COVID-19, incluso que han fallecido por esta enfermedad, si se considera que puede haber varios casos de estos que, al no acudir a las clínicas u hospitales, ya por falta de recursos u otro motivo, no hay una medición real de la afectación de esta población.

Sin embargo, también destacan las medidas y estrategias propias de las comunidades para atender y enfrentar esta contingencia sanitaria, a través de remedios como las nebulizaciones; es decir, un sistema en el que la persona inhala los vapores de la infusión de hierbas medicinales que preparan, como eucalipto, buganvilia, propóleos, entre otras, para descongestionar las vías respiratorias: “[...] Te digo que sí ha habido gente con enfermedad, pero así de una calentura y ya solos se curan con remedio. Eucalipto, así una hora que absorban como la vaporización, y ya sale moco y nomás un té caliente y ya están buenos [...]” (Diego Pérez, Nuevo Porvenir, 21 de julio de 2021).

También es común el uso del temazcal que, a diferencia del uso lúdico y casi turístico que se le ha dado, en realidad es utilizado para que a través del sudor “salga la enfermedad” o para sanar a las mujeres que recién han parido. En algunas comunidades tojolabales, como Candelaria Bienes Comunes o Gabriel Leyva Velázquez, que no están cercanas a las ciudades y menos aún en los puntos turísticos de la zona, durante la estancia de campo en noviembre de 2010, se pidió usar el temazcal, que concebíamos como una práctica de relajación y descanso, y la respuesta contundente fue *miyuk* (no) sin decir la razón por la que no nos lo prestarían. La explicación de esto la comprendimos días después. Más allá de algo sagrado para ellos, el temazcal se usa para sanar alguna enfermedad (Valtierra-Zamudio, 2020).

Es importante, además, considerar que muchas personas, entre ellos muchos indígenas en el estado de Chiapas, no temen a la enfermedad de la COVID-19 y/o no creen en las vacunas y medidas que señala la SSa. Durante la estancia de campo en comunidades chujes y q’anjob’ales de la región de los Lagos de Montebello en julio-agosto de 2021, es recurrente escuchar argumentos como que las vacunas son estrategias del gobierno para matar a la gente o si se actúa bien en la vida y se es buena persona, la enfermedad no tiene por qué ser fatal.

Cabe señalar que esta perspectiva no es exclusiva de los PI. La desinformación que circula en redes sociales ha sido un factor de peso para alimentar estas ideas y que ha un problema que ha alcanzado dimensiones políticas preocupantes a nivel global de tal forma que algunos mandatarios como Joseph Biden han señalado que la información generada en grupos sociales de plataformas como Facebook contribuyen a “matar gente” y que “[...] la única pandemia que tenemos está entre los que no están vacunados. Están matando gente” (France 24, 2021). De la misma forma, existen discursos que señalan a Bill Gates como el responsable de insertar chips a través de las vacunas o que las élites tienen un plan para controlar al mundo, aunque también hay posturas que señalan que la única solución es Dios y no la vacuna (British Broadcasting Corporation, 2021).

En el caso de los grupos indígenas, así como podemos asegurar por las entrevistas realizadas que se refieren a una cuestión de religiosidad y no a “teorías de la

conspiración” o el resultado de la información que circula en redes sociales, también es un hecho que en la actualidad muchos de los habitantes de las comunidades indígenas mencionadas aquí tienen acceso a las redes de comunicación más populares. No se trata de personas aisladas del mundo. Esto también influye en su posición respecto de las vacunas.

En cualquier caso, es muy interesante observar las perspectivas de las personas de estas comunidades, la primera más cercana a una suerte de teoría de la conspiración y la segunda más concentrada en la religiosidad de estos grupos, sobre todo, adscritos a alguna confesión cristiana no católica. Esto se ratifica con las palabras de un chuj de Nuevo Porvenir, Diego Pérez, quien comenta que muchos conocidos de su comunidad y de otras poblaciones aledañas no quieren vacunarse porque “es un engaño”. Pero a partir de la perspectiva que se tiene de la enfermedad puede explicarse qué es lo que representa la COVID-19 para muchos PI de la región, como se observa en este fragmento de entrevista con Diego Pérez Hernández:

— Diego. *Mi mamá decía que la enfermedad está ahí, está en el aire. La enfermedad es sagrada. Sarampión y todo eso es sagrado y lo coges en el aire. Uno debe agradecer y decir a la enfermedad, “bueno, vas a estar ahí en mí”, y a ver qué pasa pue’. Si muero es que algo debo, pero si no debo nada, si soy buena persona, vas a estar bien.*

— Entrevistador. *¿O sea, que si obras bien no pasa nada?*

— Diego. *Enfermas, pero sanas. Si debes algo, si robas, si violas, eres mala persona, pues entonces sí es mala la enfermedad. O sea, si enfermas y debes cuidar, tomar remedio, descansar, pero si eres bueno en la vida, no tiene porque matar la enfermedad. Mi mamá enfermó y sanó, y ahí está.* (Entrevista, Diego Pérez, 21 de julio de 2021).

En esta entrevista abierta no realizada *exprofeso* para este artículo, salió a colación el tema de la enfermedad. Lo que descuella sobre esto es, por un lado, una carga religiosa o sagrada que más allá del cristianismo, manifiesta la perspectiva que algunos pueblos mayenses tienen acerca de la enfermedad y la noción del cuerpo, y que no son compatibles con la perspectiva que se expresa en las campañas de la SSA y la OMS. En estos pueblos sí saben de la COVID-19, que está afectando a la población mexicana y mundial, pero para ellos es una enfermedad más que puede combatirse como lo han hecho con otras enfermedades.

Para superar esto, lo que se necesita son mecanismos de protección y sanación que, más que las vacunas, se relacionan con la ritualidad y otras prácticas simbólicas que tienen, tanto elementos cristianos como los propios de su cultura originaria. Una característica de estas poblaciones de mucho tiempo atrás son las peregrinaciones. Para los algunos tojolab’ales las peregrinaciones hacia el lugar mítico de origen en San Mateo Ixtatán, Guatemala, que comparten con los chujes, es indispensable, pues con elementos cristianos y los propios de la cultura tojolab’al y chuj, van a un punto en donde rezan y piden al *chawuk* o rayo —una suerte de divinidad relacionada con el agua y la lluvia, pero a la que se adjudica alguna relación con Dios Padre o “Padre Eterno”, como le denominan ellos— que es esencial para asegurar la lluvia y, por lo tanto, una buena

cosecha que asegure su alimento del año. Pero en estas peregrinaciones también hay motivos de protección.

En Comitán de Domínguez, Chiapas, muchos grupos tojolabales se congregan en la plaza de San Caralampio, no sólo para intercambiar productos, es decir, no sólo con un objetivo mercantil, indispensable también para el intercambio o interacción intercomunitaria, sino para rezar a este santo en busca de protección, por ejemplo, frente a la enfermedad (Ruíz Beltrán & Limón Aguirre, 2019). Esto se abordará en el siguiente apartado, pero es importante mencionarlo porque no puede entenderse la enfermedad en estas poblaciones, sin concebirla con la ritualidad y la religiosidad.

En este sentido, la Terapia Ocupacional Social tiene un papel fundamental, pues tiene que “[...] contribuir para la evaluación de las cuestiones impuestas por las contradicciones sociales y culturales [...]” (Lopes et al., 2015, p. 79) Por eso “[...] el terapeuta ocupacional necesita una formación que lo habilite para trabajar problemáticas que mergen de conflictos sociales y también que mergen de los problemas de una sociedad marcada por las desigualdades [...]” (Lopes et al., 2015, p. 79).

Sobre la enfermedad y su concepción desde la diversidad cultural Turner (1980) alude a los símbolos y concepciones del cuerpo y los fluidos en algunos grupos de África. La idea que se muestra acerca de la temperatura, el color, el género de los fluidos mismos o rituales como la circuncisión, explica una percepción del cuerpo distinto al que se tiene en la llamada civilización occidental.

En México, como en muchos casos indígenas de América Latina, la noción de enfermedad refiere a una materia o sustancia maligna que penetra en el cuerpo y la forma en la que se trata la enfermedad es eliminando la maleficencia a través de prácticas como algún ritual, rezo o canto llevado a cabo por algún curandero o chamán, el uso de hierbas curativas o a través de algún otro remedio que sacaba al espíritu malo del cuerpo (Quintero Laverde, 2001).

Al parecer de Canguilhem (como citado en Moreno-Altamirano, 2007, p. 64). un tipo de enfermedad, que es la ontológica, percibe al enfermo como un sujeto que ha sido penetrado o despojado de algo. En este caso, la enfermedad se considera como una entidad independiente y con la capacidad de provocar un mal. Hasta el momento, es muy similar al argumento que expone Diego Pérez Hernández cuando se le entrevistó y explica la concepción de la enfermedad que está ahí y toma posesión del cuerpo, según le decía su madre. Pero también en esa explicación se revela una carga moral y religiosa que coincide con la explicación de Moreno-Altamirano (2007, p. 64): “[...] la enfermedad se pensaba como el resultado de fuerzas o espíritus malignos, o un estado de purificación y gracia que ponía a prueba la fe del individuo. La salud se vincula a la religión como un “don”, cuya pérdida se considera un castigo divino, provocado por transgresiones individuales o grupales o a causa de exposición de elementos físicos del ambiente”.

En muchas poblaciones indígenas la enfermedad es causa de un desequilibrio que debe sanarse con una acción contraria. El remedio consistía en saber qué es lo que lo provocó o quién lo provocó, si se piensa en alguna divinidad. Como puede verse, comprender la noción de enfermedad ligado a la magia y la religión, es algo que prevalece no de forma exclusiva en las sociedades indígenas. De hecho, es muy común en la llamada sociedad occidental y moderna que trata de contrarrestar los efectos a partir del rezo o alguna forma de medicina alternativa. Pero lo que destaca aquí es comprender

que cada grupo cultural tiene su propia concepción de la enfermedad y los indicados para resolverlo son individuos que comprenden ese vínculo místico y divino para generar un equilibrio, como son los curanderos y chamanes.

Ahora bien, el problema que persiste en las políticas sanitarias es que llegan a ser producto de perspectivas científicas sesgadas, pues su base teórica no es compatible con la realidad que pretende denotarse, sustentada en un trabajo de campo corto que no incorpora una investigación crítica y con técnicas como grupos focales, encuestas o entrevistas, dejando de lado un trabajo *in situ* y de larga duración (Ramírez Hita, 2011).

De nueva cuenta, la terapia ocupacional social parte de las necesidades y demandas de ese contexto histórico, económico, cultural para forjar un proyecto profesional que se niega a llevar a cabo soluciones inadecuadas o inoperantes a los problemas del contexto de las poblaciones, en este caso indígenas (Farias & Lopes, 2020).

En el caso que expone Ramírez Hita (2011) concentrado en Bolivia, destaca la crítica hacia el Estado boliviano en materia de salud, junto con agencias de desarrollo, ONG, entre otros agentes, al diseñar y financiar políticas de salud a partir de resultados basados en estas investigaciones rápidas y sin un rigor cualitativo, por lo que dichas medidas sanitarias y políticas de salud terminan fracasando. La justificación al respecto es que la antropología, basada en la etnografía, de la que destaca la observación participante, implica mucho tiempo para comprender el *modus vivendi* de una sociedad (Guber, 2017; Guerrero, 2017) y con ello una concepción, en este caso de la enfermedad, a la que se incluye la forma de sanar. Así, el terapeuta ocupacional, al igual que el antropólogo médico, necesita esa investigación *in situ* para llevar a cabo su labor a partir de sus saberes, lo que implica problematizar a los sujetos y sus relaciones con el mundo que con un grupo focal acaso se alcanzaría solo una aproximación (Farias & Lopes, 2020).

En relación con esto existen dos situaciones que deben aclararse. Cuando se trata de proyectos de investigación en los que se basan las políticas que se diseñarán, en este caso de las políticas sanitarias, un tiempo prolongado de investigación implica una cantidad de dinero considerable. Si se piensa desde una mirada económica y financiera, eso no es viable para los intereses de los organismos y agentes involucrados, pero podría, entonces, replantearse cuál es el propósito o interés de los organismos y de las políticas diseñadas. Al parecer no es comprender de forma minuciosa la enfermedad en su contexto sociocultural, semiológico y su curación; de hecho, “[...] la construcción del concepto de salud han predominado las explicaciones biomédicas que enfatizan el nivel individual y subindividual descontextualizado del mundo social y cultural” (Moreno-Altamirano, 2007, p. 68).

La otra situación es que ante la premura de resolver la crisis sanitaria que ha tomado al mundo por sorpresa sin preparación ni estrategias para enfrentarla, no es fácil hacer una investigación en forma, considerando el tiempo con que se cuenta para tomar decisiones urgentes. Sin embargo, una investigación concentrada en las comunidades indígenas puede encontrarse en la labor que la antropología médica y otras disciplinas han realizado antes y que poco se contemplan en la indagación que organismos estatales y no gubernamentales han hecho para enfrentar esta coyuntura.

Al concentrarse en las formas en que se concibe el cuerpo, la enfermedad y la fe o religiosidad como una forma de sanación junto con el uso de otros elementos medicinales desde la tradición; debe también comprenderse lo complicado que es

pretender que los pueblos originarios abandonen prácticas que forman parte de su cotidianidad. Por ejemplo, en la vida diaria de muchos de los indígenas en Chiapas, la saliva es algo que no causa rechazo o disgusto entre las personas. En el lavado de los utensilios como vasos y platos, en muchos casos, no se usa jabón e incluso que varias personas tomen del mismo vaso o botella para brindar o usen el mismo plato para comer es algo común.

Si se considera que una enfermedad como la que produce el virus del SARS CoV-2 se relaciona con fluidos como la saliva, esto, puede pensarse, genera una situación de vulnerabilidad. Sin embargo, aunque existan campañas de prevención en donde se advierten estas condiciones, el estilo de vida misma del campo y de la comunidad no es compatible con las medidas para prevenir el contagio (véase Figura 3).



Figura 3. Cartel informativo de la Secretaría de Salud del Gobierno de Chiapas (@SSaludChiapas) sobre medidas de prevención ante la pandemia por COVID-19. Fuente: Twitter (2020).

Si se observa detenidamente en esta infografía diseñada y difundida por la Secretaría de Salud del gobierno de Chiapas, muchas de las recomendaciones que se exponen como medidas de prevención es el lavado de manos “correctamente”, cubrir boca y nariz con un pañuelo que después debe desecharse y acudir a revisión médica en caso de tener alguno de los síntomas ahí expuestos.

El lavado de manos incluye el uso de jabón que, en muchos contextos rurales e indígenas, no se usa. El lavado de utensilios para alimentos, el lavado de manos y en algunas ocasiones el baño como tal, se hace con agua solamente y no es tan constante. Debe tomarse en cuenta que en muchos casos no existe el agua corriente y debe acarrear desde el río o esperar a que llegue alguna pipa para suministrar de agua a la comunidad.

Por otro lado, el uso del pañuelo de la mayoría de estas personas no es desechable, sino es un lienzo de tela que usan para limpiar el sudor y la nariz. También es una costumbre muy generalizada escupir en el piso. Una campaña de este tipo no se adapta a un contexto en el que se hace todo lo contrario. Por otro lado, ya se ha advertido la dificultad en muchas ocasiones que implica asistir al médico para una revisión, por lo que en caso de enfermedad es más frecuente llamar al curandero o chamán que, en la fe, en una forma de eficacia simbólica, lleva a la sanación.

Es claro que acatar los cuidados recomendados por la OMS y la Ssa es importante. Pero es necesario diseñar estrategias que van más allá de la traducción de estos carteles en lengua indígena, pues debe considerarse que el problema no es la lengua, ya que la mayoría de los indígenas comprenden el castellano, incluso pueden leerlo. La situación es que las medidas de prevención y las estrategias como “quédate en casa”, no comulga con el estilo de vida de las personas que, independientemente de sus condiciones económicas, su trabajo está afuera en la milpa⁴ y las condiciones de higiene recomendadas pueden ser más *ad hoc* al estilo de vida de la ciudad, incluyendo el uso de mascarillas y cubrebocas, que en ciertas condiciones y contextos su uso continuo es costoso. Si a eso se le agrega no compartir los recipientes que usan para el agua o el pozol o no escupir en el piso, es lógico que la campaña y las infografías como medios para dar un mensaje no sean tan efectivos.

Con una lectura crítica en la que se conciben los saberes de las comunidades tradicionales a partir de un trabajo *in situ* y no “de escritorio”, se reconocen las “[...] posibilidades y limitaciones en torno a la inserción social de la población objeto de intervención, arrojando más estrategias que favorezcan el desarrollo de una curiosidad crítica indócil” (Farias & Lopes, 2020, p. 1351).

Hasta el momento, se ha planteado la situación de los PI en el contexto de la pandemia, así como la perspectiva e información que se tiene desde instancias gubernamentales y no gubernamentales para enfrentar la crisis sanitaria y atender a este sector vulnerable del país. También se ha explicado y expuesto *grosso modo* las características de algunos PI en el estado de Chiapas, principalmente aquellos que se ubican en la zona fronteriza con Guatemala, en particular, chujes y q’anjob’ales, así como tojolab’ales. Se ha enfatizado la forma en que perciben la enfermedad desde el testimonio de algunos entrevistados como un elemento que es indispensable considerar no sólo para el diseño de estrategias de comunicación entre las instancias gubernamentales y estos pueblos, sino para comprender la diversidad cultural y cosmovisión de poblaciones que no por el hecho de ser indígenas, se trata de un grupo homogéneo, sólo diferenciado de los no indígenas.

En adición a esto, es importante señalar un aspecto frecuentemente denostado por la ciencia y las entidades estatales, a saber: la religiosidad, que se aborda a continuación.

De lo Sagrado a la Sanación: del Rezo a la Protección

La enfermedad en muchas poblaciones indígenas —en particular los pueblos mencionados a lo largo del texto— no está desligada de lo espiritual. Gran parte de las

⁴En el estado de Chiapas y en muchos otros cotextos indígenas mexicanos el término “milpa” o “trabajadero” se usa para referirse al lugar en donde se siembra, es decir, el sembradío. Sin embargo, el uso común de estas palabras se refiere en general al lugar de trabajo. “Ir a la milpa” significa “ir a trabajar”.

comunidades indígenas en el sureste del país tiene algún curandero o promotor de salud. Esto no es de extrañar pues desde antes de las iniciativas estatales para establecer clínicas, algunos organismos religiosos católicos y no católicos, y asociaciones civiles han contribuido en la formación de promotores de salud.

Destaca en la zona de estudio la Misión de Guadalupe de los hermanos maristas, quienes en la década de 1990 establecieron un centro educativo y de formación en la comunidad tojolabal de San Antonio Monterrey no sólo para orientarlos en el uso y aprovechamiento de sus recursos naturales, sino fortalecer el uso de la medicina tradicional. La evolución de este proyecto llevó a la formación de promotores indígenas de salud para extender ese conocimiento a otras comunidades indígenas, que de otra forma sería difícil tener alcance. Al respecto, señala la agente de pastoral de la misión de Guadalupe, María Bernarda:

Mira, en el caso de los hermanos [los tojolab'ales] sabemos que ha habido algunos que han enfermado. Preguntamos y dicen 'no, hermana si ha estado la enfermedad, da mucha calentura, pero pasa. Con un poco de remedio [herbolaria] o temazcal y listo' [...] Ves que en la misión [de Guadalupe] se tiene muchos años de formación de promotores de salud con los hermanos de la montaña [tojolab'ales], y eso ha ayudado porque cuesta mucho dinero ir al médico [...] La misión está al pendiente pero ahora no hay actividad. Los templos y la actividad pastoral está parada. Pero enviamos audios por whatsapp (conversación telefónica con María Bernarda, Comitán, Chiapas, 25 de agosto de 2020).⁵

Así, se ha intentado contrarrestar las carencias y dificultades que tienen algunas comunidades para acceder al servicio médico, ya sea por su ubicación o por los recursos económicos que implica trasladarse a las clínicas. Si bien esto explica, en parte, la forma en que muchas comunidades tojolabales han enfrentado la pandemia, no es el caso de otras comunidades en donde este proceso de formación y la atención a las poblaciones es más limitado. Pero, existe otro aspecto más en común a considerar: la religión.

Los curanderos, promotores de salud y/o médicos tradicionales indígenas se valen del conocimiento que tienen de las plantas, las nociones de equilibrar el frío el calor del cuerpo para que no haya enfermedad (Ramírez Hita, 2011) y otros métodos de sanación. La noción de enfermedad como un ente independiente que penetra el cuerpo también es contrarrestada por prácticas como rezos, danzas o rituales que buscan colocar la enfermedad en otra parte, fuera del cuerpo del individuo.

Se ha insinuado antes que la ritualidad o devoción hacia un ente no es una práctica exclusiva de los indígenas. Las peregrinaciones, la oración o citar e invocar el nombre de un ser supremo es una práctica para proteger o resolver un problema. Tales son los casos de devociones como la Santa Muerte, el Angelito Negro, el niño Fidencio, etc., entes incluso antagónicos al cristianismo tradicional, en los que también se busca protección o cura ante un contexto adverso y violento (Aguilar, 2019; Cunha Rocha, 2019).

En el fidencismo, en el norte del país, entre los estados de Nuevo León y Coahuila, hay una fuerte devoción que busca a través de las personas, cuyos cuerpos son poseídos o tomados por el Niño Fidencio, ser curados en situaciones que difícilmente serían

⁵Es importante señalar que al tener algunas comunidades cierta tecnología como dispositivos móviles, algunos habitantes tienen acceso a audios que ha realizado la misión de Guadalupe y envían a través de whatsapp

aceptadas por la ciencia médica, como la práctica de cirugías en espacios sin profilaxis adecuada y con un vidrio como instrumento para hacer las incisiones (Gervasi, 2020). Hay otros casos que sí son aceptados por el cristianismo tradicional como la oración a algunos santos (San Pafnucio o San Pantaleón) para sanar de alguna enfermedad, o el uso de exvotos para superar alguna enfermedad.

De forma similar, los tojolabales le rezan al *chawuk* o rayo, al tiempo que lo hacen con algunos santos como San Caralampio o Santa Margarita de Antioquía (Nandayapa, 2021) en busca de salud protección: “*Los hermanos [tojolab’ales] aún con pandemia siguen sus tradiciones. Van a las peregrinaciones, al rezo. Ahora en septiembre se irán a Zapaluta, pero en febrero fueron a la plaza de San Caralampio, luego a visitar a Santa María de Antioquía, y así*” (conversación telefónica con María Bernarda, Comitán, Chiapas, 25 de agosto de 2020).

Con la llegada de algunos grupos religiosos evangélicos y otras confesiones cristianas y paracristianas, algunas de estas prácticas culturales y cultuales se han desplazado o transformado. Sin embargo, un aspecto que permanece en relación con la enfermedad es su vínculo con el espíritu.

En la comunidad q’anjob’al de San Juan del Río, Chiapas, cuando nuestro acompañante y traductor chuj, Diego Pérez, se comunicó con ellos en su lengua q’anjob’al, nos comentó que ellos le preguntaban la razón por la que usaba mascarilla y cubrebocas. El argumento de los q’anjob’ales en cuestión, de adscripción religiosa bautista, es que si no había actuado —Diego Pérez— con maldad en la vida, no debería temer por ser contagiado y morir (Notas de campo, 31 de julio de 2021). De hecho, uno de los habitantes de San Juan del Río con quien conversamos, señalaba que “[...] en la vida todo se paga, por eso dice en la Biblia, que hay que ser humilde... “Bienaventurados los pobres”, dice la Biblia. Es feo lo que pasa allá afuera con la enfermeda’, pero si somos humildes y hacemos las cosas bien, pues no pasa nada. Así lo leemos cuando leemos la Biblia, pue” (Conversación con Sergio, San Juan del Río, Chiapas, 31 de julio de 2021).⁶

Como se puede observar, no se trata de una noción espiritual y simbólica primitiva, como versan algunas obras antropológicas más clásicas, para explicar la religiosidad y la magia en algunas culturas, sino de una perspectiva compleja en que la enfermedad, como un ente separado que causa daño, se relaciona también con la moralidad, ya sea basada en una doctrina como el cristianismo, ya sea cimentada en la propia concepción de la naturaleza y su esencia mística a la que también se rinde culto, se pide permiso y se ofrece una disculpa. Los PI, pese al contacto con la ciudad y una cultura global, mantienen con firmeza su perspectiva colectiva, su integración a la naturaleza y la dimensión espiritual y religiosa en relación con su contexto. Así, retomando el fragmento de entrevista a Diego Pérez antes expuesta, cobra sentido el motivo por el que muchos indígenas no acuden a los módulos de vacunación, en lugar de pensar que es un efecto de las *fake news* ~~infodemia~~ y los movimientos “anti-vacunas”.

⁶Para salvaguardar el anonimato del entrevistado de la comunidad de San Juan del Río, se utilizará el nombre “don Sergio”.

Consideraciones Finales

Los datos numéricos y oficiales sólo ofrecen un conocimiento escaso de la afectación a las poblaciones indígenas en México durante la COVID-19, sobre todo, en contextos rurales. Esto no es únicamente responsabilidad del Estado. También existe una exclusión sistemática e invisibilización hacia los indígenas, desde el momento en que, en lugar de reconocer su diferencia étnica e identitaria, se les encasilla en una sola categoría, como la de “indígenas”, como un todo homogéneo (Pacari, 2021). Pero también se debe a un estudio escaso de esta diversidad, incluyendo su cosmovisión y *modus vivendi*. Ya se ha señalado antes una práctica muy común de investigación consistente en vaciar datos para interpretar una realidad, la cual dista mucho de la realidad misma, pues no hay una interacción profunda, ni tiempo suficiente para comprender los problemas de muchos de estas sociedades.

Gran parte del discurso del Estado mexicano a través de la SSSa, el INPI, etc., reconoce y dice atender a los grupos desfavorecidos en tiempos de pandemia; pero se ha visto en varios contextos, como el tratado en este artículo, que la atención y canales de información no han logrado los resultados esperados.

Una investigación tendiente a lo cuantitativo únicamente o con una interacción limitada, ya sea por el costo que implica o por la falta de capacitación al asumir, por ejemplo, que hacer etnografía se concentra únicamente en la observación y realización de encuestas o entrevistas, explica la razón por la que los resultados consisten muchas veces en una (sobre)interpretación, representación y toma de decisiones con base en eso; por lo tanto, se induce a políticas insuficientes o deficientes o, incluso, en formas de violencia hacia las poblaciones en términos de reconocimiento o de respuestas que justifican la ineffectividad de algunas políticas por la ignorancia o incapacidad de las personas. En el campo de la salud y las políticas o estrategias de prevención de salud esto ha sido muy claro.

Ciertamente, nos hemos concentrado en textos que ejemplifican la perspectiva que algunos grupos indígenas y campesinos tienen de la enfermedad y el vínculo importante de esta con la religiosidad o la espiritualidad. Pero ha sido a través de fragmentos de entrevistas y conversaciones *in situ* como se ha podido empezar a comprender que en contextos como el de los PI del sureste mexicano, particularmente tojolab'ales, chujes y q'anjob'ales, la perspectiva que se tiene de la enfermedad y la cura es clara, pero también cómo enfrentan esta coyuntura sanitaria.

No se ha pretendido criticar las políticas sanitarias gubernamentales; antes bien, se ha reconocido el esfuerzo realizado para seguir las recomendaciones de instancias internacionales como la OMS y estrategias como las jornadas de vacunación; también es cierto que esa postura y mirada global y científicista manifiesta sesgos y sobreinterpretaciones que promueven una información ineficaz, ajena al contexto de los PI que hemos expuesto en este artículo, y dejan al descubierto la ignorancia de la cosmovisión y costumbres de estas sociedades, así como un posicionamiento (neo)colonial.

A pesar de existir investigación antropológica, sociológica, psicológica y de otras disciplinas en relación con la salud física y mental, la nutrición, higiene, entre otros rubros (Bonfil Batalla, 2006) también hay una desarticulación entre académicos, autoridades gubernamentales, ONG y fundaciones. Bastaría señalar algunos apelativos comunes durante el presente sexenio en México como “ciencia neoliberal”. El problema de esta desarticulación es que la investigación *in situ* que se ha realizado en estos entornos es indispensable para comprender otras lógicas y esclarecer, por ejemplo, por qué programas sociales de corte asistencialista y filantrópico, o la

implementación de políticas que lejos están de la realidad heterogénea del territorio nacional, nunca resolverán de raíz una problemática como la vulnerabilidad en la que yacen buena parte de estas sociedades indígenas.

Cierto es que los PI se encuentran proporcionalmente en una situación de desprotección frente a la crisis sanitaria por COVID-19. Es preocupante que la tendencia de una buena parte de la población, en la que también se encuentran los PI no tengan acceso a la vacunación, no por falta de vacunas, sino porque desde las campañas de vacunación la información no se adecua a las costumbres y creencias de estas poblaciones. Pero también se involucran otros aspectos como no comprender que medidas globales como “quedarse en casa” no es factible para la mayoría de los PI o que no se han diseñado estrategias de protección o prevención, ante la necesidad de las personas que viven del campo y de la venta de sus productos en mercados, donde hay una concentración considerable de personas.

Un punto más que no se ha desarrollado en el texto es el motivo por el que el Chiapas, a diferencia de otros estados de gran densidad poblacional indígena, no presenta tantos casos de decesos o contagios de COVID-19. Es difícil dar una explicación al respecto. Si bien es claro en Chiapas que la división entre la población indígena y no indígena, y la escasa interacción que hay podría ser un motivo de una exposición breve por parte de estas personas en sitios de gran confinamiento, este argumento se cae cuando se observa en urbes como San Cristóbal de Las Casas o Tuxtla Gutiérrez la gran cantidad de indígenas de diferentes grupos culturales que interactúan, forman parte de las actividades de la ciudad sin usar mascarillas o carecer de una higiene estricta como el lavado de manos.

Contrario a esto, nos atrevemos a señalar con base en el trabajo de campo que la cantidad de decesos y contagios que informa el estado de Chiapas a través de la Secretaría de Salud de esa entidad y que reporta a la SSa, está sesgada. Las conversaciones sostenidas con habitantes de diferentes comunidades en esta zona declaran que, aunque no han sido tantas las personas fallecidas, sí ha habido una buena cantidad de adultos mayores y adultos contagiados o que han perecido. Es sospechoso que sólo se registren 32 decesos de personas indígenas en lo que va de la pandemia y sí es evidente que muchos de los pobladores y las comunidades mismas no cuentan con los medios para acceder a la atención médica o, incluso, que existe un alcance limitado de los programas sociales, sanitarios o de otra índole, que están descontextualizados e incluso, desde una perspectiva jurídica o no únicamente social y política, prevalece un desconocimiento o no hay intención de reconocer culturalmente a muchos de sus habitantes indígenas (Apírez Pineda, 2020).

Es necesario, en primer lugar y sin pensar en esta pandemia en particular, resolver la desarticulación que hay en las relaciones entre el Estado y/o las ONG, con los académicos que hacen investigación *in situ*, reorientando los intereses y objetivos de estrategias como las políticas sanitarias o de alguna otra índole, en donde prevalezca el bienestar de los PI y no el costo o inversión de hacer una investigación para alcanzar dicho fin. En otras palabras, priorizar la atención heterogénea de la población más vulnerable, reconociendo las particularidades y problemas específicos de cada población.

En segundo lugar, es preciso abrir la ciencia, sea médica u otra, al contexto sociocultural en donde se busca aplicar, sin prejuizar por la religiosidad o ideologías de las sociedades a las que se dirige. Así, las campañas de promoción de la salud, el diseño de planes de atención y, sobre todo, la formación de promotores oriundos de la zona, como se ha probado con proyectos creados años atrás por parte de grupos religiosos, posibilitaría resultados más efectivos. De hecho, desde la terapia ocupacional social existe

la propuesta y las demandas del terapeuta ocupacional de “[...] pensar políticas públicas, conocer leyes específicas del grupo poblacional en el que se interviene, construir propuestas, actuar en el ámbito público [...]” (Malfitano, 2005, p. 4).

Finalmente, urge acabar con la tendencia de desarticular o desaparecer programas y estrategias de gobiernos anteriores que llevaban una trayectoria, algún avance importante e investigación, por el simple hecho de no ser compatibles ideológicamente o no formar parte del discurso del nuevo gobierno. Esta cultura del “borrón y cuenta nueva” interrumpe o rompe procesos importantes, por ejemplo, en materia de salud, nutrición, derechos humanos, etc., que implican un retroceso en beneficio de la sociedad o un sector de esta (Castro Castro, 2018).⁷ Es preferible una política de transformación que, en muchos casos, no ha sido la característica de los últimos periodos gubernamentales en México o ha sido engañosa, por lo menos desde el 2000 en que inició la llamada alternancia política (Hernández et al., 2004; Zárate Hernández, 2001). Es indispensable, por lo tanto, desde este momento afianzar procesos y políticas firmes a partir de la experiencia que se ha tenido con esta crisis sanitaria, para que pueda haber una mejor preparación y asegurar la resiliencia en futuras coyunturas de este tipo, sobre todo cuando se trata de sectores sociales vulnerables como es el caso de los PI.

Referencias

- Aguiar, J. C. G. (2019). ¿A quién le piden los narcos? Emancipación y justicia en la narcocultura en México. *Encartes*, 2(4), 109-144.
- Apáez Pineda, O. J. (2020). Restricciones jurídicas del derecho sociocultural y lingüístico del pueblo chuj. In L. Córdova-Hernández (Coord.), *Lenguas y culturas en riesgo de desaparición. Desplazamientos, colaboraciones y fronteras* (pp. 167-188). Ciudad de México: Editorial Itaca.
- Barros, D. D., Garcez Ghirardi, M. I., & Lopes, R. E. (2002). Terapia Ocupacional Social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 13(3), 95-103.
- Bernal Lugo, J. R., Pedraza Bucio, C. I., Jiménez Loza, L., & Valtierra Zamudio, J. (2020). El derecho a la información de grupos susceptibles de discriminación en la comunicación social del Gobierno Federal mexicano ante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle*, 14(53), 181-210.
- Bonfil Batalla G. B. (2006). *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*. Ciudad de México: CIESAS; Universidad Autónoma Metropolitana; Universidad Iberoamericana.
- British Broadcasting Corporation – BBC. (2021). *Los 6 tipos de mensajes falsos más comunes contra las vacunas del COVID-19 en las redes sociales (y qué respuestas da la ciencia)*. Recuperado el 08 de octubre de 2021, de <https://www.bbc.com/mundo/resources/1dt-21c2c5c6-3973-405e-be7b-2c5ec95a4784>
- Castro Castro, L. J. (2018). *La planeación sostenible de ciudades. Propuestas para el desarrollo de infraestructura*. Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México – COPRED. (2017). *Pueblos indígenas y sus integrantes. Consejo para prevenir y eliminar la discriminación de la Ciudad de México*. Recuperado el 10 de octubre de 2021, de <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/efe/2d9/5a1efe2d9536d568189415.pdf>

⁷Castro Castro (2018, p. 11) al hablar de la planeación sostenible como un tema de políticas públicas, aunque lo hace en el plano del desarrollo urbano, es muy puntual al señalar una problemática política en México que afecta otros rubros. Señala que el desarrollo de políticas, sólo son para cubrir requisitos legales y normativos, y “un resultado de lo que comúnmente se denomina “borrón y cuenta nueva”. Así, cada cambio de administración municipal, estatal y federal se caracteriza por modificar los planes y programas de desarrollo, cuando deberían continuarse para obtener resultados a mediano y largo plazo.

- Cunha Rocha, C. C. (2019). Bendito tú eres entre todos los bandidos: el culto transfronterizo a Jesús Malverde (siglos XIX-XXI). *Frontera Norte*, 31(1), 1-22.
- Farias, M. N., & Lopes, R. E. (2020). Terapia Ocupacional Social: formulações à luz de referenciais freireanos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(4), 1346-1356.
- France 24. (2021). "Matan gente" o "salvan vidas": Biden y Facebook chocan por desinformación sobre vacunas. Recuperado el 18 de septiembre de 2021, de <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210716-matan-gente-o-salvan-vidas-biden-y-facebook-chocan-por-desinformacion-sobre-vacunas>
- Freyermuth Enciso, G., & Hernández Castillo, R. A. (1992). *Una década de refugio en México. Los refugiados guatemaltecos y los derechos humanos*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Gervasi, F. (2020). *Expresiones de discriminación hacia el fidencismo en sitios de noticias mexicanos. Una interpretación desde el análisis del discurso*. Siena: CISRECO.
- Guber, R. (2017). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Guerrero, A. L. (2017). Collaborative ethnography as a possibility of developing visible and constructive agency with children in displacement conditions in Colombia. *Acta Paedagogica Vilnensia*, 39, 31-44.
- Hernández, R. A., Paz, S., & Sierra, M. T. (2004). *El Estado y los indígenas en tiempos del PAN: neoindigenismo, legalidad e identidad*. Ciudad de México: Miguel Angel Porrúa.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI. (2020). *Cuéntame de México*. Recuperado el 26 de julio de 2021, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/default.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas – INALI. (2019). *En el país, 25 millones de personas se reconocen como indígenas: INALI*. Recuperado el 26 de julio de 2021, de <https://www.inali.gob.mx/es/comunicados/701-2019-02-08-15-22-50.html>
- Lopes, R. E., Malfitano, A. P. S., Silva, C. R., & Borba, P. L. O. (2015). Historia, conceptos y propuestas en la terapia ocupacional social de Brasil. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 73-84.
- Malfitano, A. P. S. (2005). Campos e núcleos de intervenção na Terapia Ocupacional Social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 16(1), 1-8.
- México. Programa Sectorial de Salud – PSS. (2013). *Programa de acción específico, promoción de salud y determinantes sociales 2013-2018*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2022, 11 de mayo). Ley General de Desarrollo Social. *Diario Oficial de la Federación*, Ciudad de México, art. 36. Recuperado el 25 de septiembre de 2021, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDS.pdf>
- México. Secretaría de Salud. Dirección de Información Epidemiológica. (2021a). *Décimo Primer Informe Epidemiológico 2021 de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- México. Secretaría de Salud. Dirección de Información Epidemiológica. (2021b). *Décimo Tercero Informe Epidemiológico 2021 de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- México. (2021c). Programa Nacional de Desarrollo Social 2021-2024. *Diario Oficial de la Federación*, Ciudad de México. Recuperado el 10 de octubre de 2021, de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5638368&fecha=15/12/2021
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Nandayapa, H. (2021). *K'u'anel ba Virgen Santa Margarita Antioquia. La Romería a Santa Margarita de Antioquia*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de <https://m.facebook.com/memoriascolectivasdebarrios/videos/kuanel-ba-virgen-santa-margarita-de-antioqu%C3%ADa-la-romer%C3%ADa-a-santa-margarita-de-an/4089547221144348/>

- Pacari, N. (2021). La sostenibilidad de la economía comunitaria más allá de la pandemia. In A. Acosta, P. García & R. Munck (Eds.), *Posdesarrollo: contexto contradicciones y futuro* (pp. 337-349). Quito: Abya Yala.
- Quintero Laverde, M. C. (2001). Prácticas indígenas relacionadas con la enfermedad. *Revista Aquichan*, 1(1), 11-13.
- Ramírez Hita, S. R. (2011). Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. Los desajustes de la realidad. *Acta Bioethica*, 17(1), 61-71.
- Ruíz Beltrán, A., & Limón Aguirre, F. (2019). Presencia tojolabal en las fiestas patronales de Comitán, Chiapas, México. *Noésis*, 28(55), 136-161.
- Serapaz, A. C. (2020). *Vulnerabilidad de pueblos y comunidades frente a COVID-19*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de <https://serapaz.org.mx/ante-la-preocupante-vulnerabilidad-de-pueblos-y-comunidades-frente-a-covid-19-organizaciones-de-la-sociedad-civil-piden-un-espacio-de-dialogo/>
- Simó Algado, S. (2015). Una terapia ocupacional desde un panorama crítico. *TOG (A Coruña)*, 7, 25-40.
- Turner, V. (1980). Clasificación del color en el ritual Ndembu: un problema de clasificación primitiva. In V. Turner (Ed.), *La Selva de los Símbolos* (pp. 65-102). Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Twitter. (2020). *Oficial de Saúde de Chiapas*. Recuperado el 28 de septiembre de 2021, de <https://twitter.com/SSaludChiapas/status/1239319315448565761/photo/1>
- Valtierra-Zamudio, J. (2020). Hacer cosas sin palabras. El “silencio comunicativo” en contextos interculturales. *Tequio. Revista de divulgación, investigación e innovación*, 3(8), 61-75.
- Zárate Hernández, J. E. (2001). Construyendo la transición democrática en el México contemporáneo. In S. M. Aranda (Ed.), *Dilemas del Estado Nacional* (pp. 157-180). Ciudad de México: Colmich.

Contribución de los Autores

Jorge Valtierra Zamudio: estancia de trabajo de campo en el estado de Chiapas en comunidades indígenas en la frontera con Guatemala; redacción, desarrollo teórico y conceptual en los apartados teóricos, y edición. Leonardo Jiménez Loza: análisis de datos y de estadísticas insertados en la investigación, búsqueda de fuentes cuantitativas y revisión del texto y edición. Todos los autores aprueban la versión final del texto.

Fuente de Financiamiento

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Proyecto No. 3035 “Revitalización de lenguas y culturas fronterizas y en riesgo de desaparición: documentación, planificación y colaboración comunitaria”, y Universidad La Salle, México a través del Grupo de Investigación, Desarrollo e Innovación “Nuevos Paradigmas de la Sociedad Internacional: regiones, actores estructuras e instituciones”.

Autor para la correspondencia

Jorge Valtierra Zamudio

E-mail: jorge.valtierra@lasalle.mx

Editor de sección

Profa. Dra. Daniela Testa