

COLECCIÓN MONOGRAFÍAS

N° 32

Y a nosotros ¿cuándo nos van a examinar?

*La detección y atención del cáncer
cérvico-uterino en comunidad
indígena. Un asunto colectivo*

Horacia Fajardo

PROGRAMA CULTURA, COMUNICACIÓN Y
TRANSFORMACIONES SOCIALES

www.globalcult.org.ve

CENTRO DE INVESTIGACIONES POSTDOCTORALES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

www.globalcult.org.ve/monografias.htm

© Horacia Fajardo, 2006.

Responsable de la edición: Daniel Mato (dmato@reacciun.ve)

Diseño de la carátula: Alejandro Maldonado (amaldonadof@gmail.com)

Corrección: Enrique Rey Torres y Alejandro Maldonado

Impresión: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales

Reproducción: Copy Trébol, C.A.

ISBN de la colección: 980-12-1101-6

ISBN de esta monografía: 980-12-2040-6

Hecho el depósito legal: lf25220063002614

Primera edición (Caracas, junio de 2006)

Impreso en Venezuela – Printed in Venezuela

Se autoriza la reproducción total y parcial de esta monografía siempre y cuando se haga con fines no comerciales y se cite la fuente según las convenciones establecidas al respecto, previa notificación a la institución editora. Del mismo modo y en las mismas condiciones se autoriza también la descarga del respectivo archivo en nuestra página en Internet: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>. Con el propósito de facilitar la cita, en la primera página se han incluido los datos completos de la monografía. En caso de incluirse este texto en libros impresos (se entiende que con fines no comerciales) agradecemos se nos hagan llegar al menos dos (02) ejemplares de la publicación respectiva a: Daniel Mato (coordinador), Apartado Postal 88.551, Caracas – 1080, Venezuela. En caso de incluirse algunos archivos de nuestra página en Internet en otros espacios semejantes, agradecemos se nos informe al respecto a través de nuestra dirección electrónica: globcult@reacciun.ve.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en este trabajo incumbe exclusivamente al autor o autora firmante y su publicación no necesariamente refleja el punto de vista de la institución editora.

Y a nosotros ¿cuando nos van a examinar?
La detección y atención del cáncer cérvico-uterino en comunidad
indígena. Un asunto colectivo.

Horacia Fajardo Santana

Resumen

Se presenta la etnografía reflexionada de una campaña de atención a las mujeres con displasias en el cuello del útero llevado a cabo en una zona indígena. La discusión se enlaza con la preocupación generalizada por la existencia de la oferta para la detección y atención oportuna de este cáncer y su insatisfactorio acceso a las mujeres. Se sostiene que en ésta situación ocurre un fenómeno, la presencia de una doble ignorancia: la de la población sobre la posibilidad de prevención oportuna y la de los encargados del programa sobre el conocimiento local, lo que conduce a la inadecuación de los esfuerzos. Se muestra que siguiendo un enfoque hacia las dinámicas concretas en que se engarzan los actores en torno a situaciones relevantes y eventos críticos se obtienen pistas sobre las posibilidades de realizar acciones aún cuando los marcos de conocimiento sean diferentes. Esto es posible porque el conocimiento se construye en el curso de los eventos, derivado de la experiencia, de la formulación de interpretaciones, de los intereses perseguidos y de la adecuación a determinadas formas de decidir la actividad. Se propone entonces que en la formulación de estrategias para impulsar un programa se debe contemplar la aceptación de la ignorancia propia, la flexibilidad del conocimiento y la adecuación de los esfuerzos a las formas organizacionales locales específicas. En el caso que se presenta, a la formulación de una campaña que parte de la organización social que define a la enfermedad y la muerte como un asunto colectivo.

Fajardo, Horacia (2006) *Y a nosotros ¿cuándo nos van a examinar? La detección y atención del cáncer cérvico-uterino en comunidad indígena. Un asunto colectivo.* Colección Monografías, N° 32. Caracas: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela. 35 págs. Disponible en: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>

Y a nosotros ¿cuando nos van a examinar?
La detección y atención del cáncer cérvico-uterino en comunidad indígena.
Un asunto colectivo.

Introducción

En un libro sobre la medicina tradicional huichola escrito por un médico que dio su servicio social en la Sierra de los Huicholes se lee:

En términos generales, el huichol acepta con sumisión la enfermedad y la muerte, quizás debido a la causalidad sobrenatural que les atribuye. Esta aceptación consciente hace del huichol, en muchos casos, un elemento pasivo, débil y poco interesado en su propia curación. Al respecto, Mata, un renombrado estudioso de los huicholes, comenta que a pesar de la gran fortaleza y resistencia física de ellos, “ante la muerte son débiles, quebradizos, se desmoronan fácilmente, se dejan morir sin hacer, en muchas ocasiones, el menor esfuerzo” (Casillas, A., 1990:71).

Este párrafo introduce al tema central de éste documento: la importancia que tienen las representaciones sobre los indígenas para la toma de decisiones con respecto a emprender esfuerzos que atiendan sus problemas de salud y de qué manera. Para desarrollar este argumento se presenta la etnografía reflexionada de una campaña para la detección temprana del cáncer cérvico-uterino en mujeres indígenas en una zona de la Sierra Madre Occidental, en México: la Sierra de los Huicholes, llamada así por el nombre más difundido de sus habitantes. Este grupo es conocido por su adherencia a rituales ancestrales que integra un modo de conocer, clasificar y atender sus problemas de salud diferente al biomédico (véase: Zinng, R., 1938; Weigand, Ph., 2002).

Por tal razón, la cuestión que se aborda en este documento, como lo fue en la campaña misma, es el abordaje de la interacción de diferentes tipos de conocimiento en torno a la salud y a la enfermedad, la manera en que se vinculan éstos y cuales son las posibilidades de actuar en éstas diferencias para proponer soluciones.

La atención a la salud de la mujer indígena es un tema que ha atraído la atención de múltiples organizaciones en todo el mundo; el cáncer cérvico-uterino es una de las

preocupaciones centrales. Esto es entendible cuando la evidencia biomédica ha mostrado que su temprana detección puede alejar el peligro de la muerte por esta causa. Por tal motivo, no es de sorprender que los programas de detección (mediante el papanicolau) constituyan el núcleo del esfuerzo por controlar la enfermedad.

Ahora bien, una cuestión es que exista la posibilidad de prevenir el desarrollo del cáncer, otra es que se pongan en marcha los programas de detección, y otra más es que alcancen las metas que se proponen. Por ejemplo, en el año de 1996 en las diez unidades médicas ubicadas en la Sierra de los Huicholes no se reportó ninguna mujer en detección, control o curación de cáncer en el cuello del útero; el número de pláticas inductivas por parte de las instituciones sobre el tema fue muy escaso, así como el número de asistentes a ellas (1). Sin embargo, la mortalidad por esta causa está entre las diez primeras en la zona norte de Jalisco (2), y en nuestro estudio en la zona de Tuxpan de Bolaños, el cáncer uterino es la primera causa de muerte entre las mujeres.

Esta disparidad entre existencia de mecanismos de solución técnicamente válidos para el control de la enfermedad y la insatisfactoria recurrencia de las mujeres al examen de detección ocurre en diversas partes del mundo, independientemente de los avances en tecnología o de las investigaciones básicas sobre la causalidad biológica (genética, virus o sistema inmune). Los resultados de algunas investigaciones en torno a esta disparidad indican que los factores que inciden para que las mujeres acudan al examen de detección del cáncer cérvico-uterino son su mayor escolaridad así como la influencia del consejo médico (Véase: Calle, E. E; Thun, M. J & Martin L. M., 1993; De Sanjosé, S. et al, 1996; Hislop, T. G; Deschamps, M; Teh, C & Jackson, C., 2003).

En diferentes partes del mundo, donde se ha emprendido acciones con el objetivo de promover el papanicolau en grupos étnicos se destaca que es posible lograrlo si se usa la estrategia adecuada. Las que se han reportado como exitosas se han basado en la intervención de mujeres trabajadoras de la salud que informan y convencen a sus coterráneas para que se sometan a la detección o la curación de lesiones leves precancerosas (Cheek, J. et al., 1999; Gaffikin, L. et al., 2003; Bos A. B. et al., 1998). En un artículo donde se revisan 97 reportes de tales acciones (Black, M. E.; Yamada; J. Mann, V., 2002), se indica que la estrategia más eficaz fue la combinación de

campañas por los medios masivos de comunicación con una educación “a la medida” dirigida a grupos específicos de mujeres y el uso de proveedores de salud adecuados.

Lo que los reportes acentúan es la influencia del consejo médico, promovido como un esfuerzo consciente de llevar cierto tipo de información a determinado grupo. En otras palabras, la condición para que haya éxito o no en una campaña presupone la existencia de ésta. Sin embargo, por los datos oficiales de 1996 mencionados sobre la Sierra de los Huicholes, se infiere que oficialmente el programa está presente y que es obligación del personal de las Unidades de Salud llevarlo a cabo. Pero los datos evidencian también la ausencia de respuesta de las mujeres huicholas al programa, y/o la carencia de esfuerzos conscientes para lograr su participación y/o la inadecuación de los mismos.

Un hecho que apunta a la escasez de esfuerzos es la tardía atención institucional para los huicholes (en todos sus servicios), que inicia en la década de los setenta pero se hace regular hasta la década de los noventa (3). Además, habrá que mencionar que en las primeras décadas el servicio de salud recayó en médicos en servicio social que sólo permanecían en la Sierra por un año. Lo que ocasionaba que para el personal de salud había poca oportunidad de acumular conocimiento sobre el modo de curación tradicional de los huicholes; a lo que habría que agregar que la mayoría de la población vive diseminada en caseríos en un área de 40 Km. cuadrados, restringiendo aún más el contacto espacial por el relieve del terreno, con montañas y barrancas alternadas que en el mapa pueden representar distancias de pocos kilómetros, pero que implican caminatas de una a 10 horas de un punto a otro.

Este contacto restringido entre los actores resulta en una doble ignorancia que seguramente incide en los datos mencionados del programa de detección del cáncer cérvico uterino: la ignorancia de las mujeres sobre los beneficios del programa y la ignorancia de los encargados de éste sobre el conocimiento de los huicholes (as). Como muestra el párrafo al principio de ésta sección, que sugiere como factor determinante para el escaso éxito de cualquier programa el modo de curación ancestral de los huicholes, ya que se dice éste implica el fatalismo y la inacción en términos de búsqueda de la salud. Si se acepta tal afirmación lo lógico es que se eviten los esfuerzos sabiendo de antemano que el fruto será escaso. Sin embargo, durante 1997 fue posible efectuar una campaña de detección en una de las cuatro zonas de la sierra donde habitan

los huicholes (la perteneciente a la gubernatura tradicional de Tuxpan de Bolaños (4)), donde se recogieron 360 muestras para el papanicolau que representaban 72 por ciento de las mujeres con vida sexual activa reconocida socialmente.

En éste documento se narra esa campaña. La intención de presentarla es para apuntalar la posición de que es posible establecer puentes de colaboración para la acción entre actores que parten de diferentes marcos de conocimiento. En este documento se confirman los reportes de las investigaciones citadas, en términos de la necesidad de participación de agentes clave en las comunidades que funcionan como intermediarios y de que es necesario que el mensaje sea diseñado conforme a la audiencia específica. Pero además se defiende que un paso previo para la planeación de una campaña es aceptar el componente de la ignorancia en quienes emprenden el esfuerzo consciente de acercar un tipo de información a determinado público. Al aceptar este componente de la ignorancia, se hace necesario incluir, junto con el esfuerzo consciente de transmisión de información, el esfuerzo de conocer lo que los grupos conocen y las reglas por medio de las cuales se efectúan, postergan o se omiten acciones.

Una premisa fundamental aquí es que el conocimiento no debe ser considerado como una entidad mental, sino como prácticas situadas. Porque hacerlo de otra manera significaría negar las situaciones históricas y específicas en las cuales éste es invocado y cierran la reflexión para los propósitos de los agentes relacionados en situaciones particulares (Hobart, 1995:51). Es decir, el esfuerzo de conocer lo que los otros conocen requiere descifrar las prácticas de los que interactúan, las personas de carne y hueso, actores con sus propios intereses, posibilidades, capacidades, relaciones, etc. De aquí que aunque se habla de esfuerzos conscientes para llevar cierto tipo de “información”, no debe perderse de vista que desde el otro lado de la interacción, de los que supuestamente “recibirán tal información” son actores con capacidad de conocer, de hacer y de reflexionar (Giddens, A., 1967; Long, N., 2001). De tal manera que la interacción puede ser descrita como el espacio o la arena social que implica el esfuerzo de ambos sitios para avanzar en la “comprensión”.

Comprensión que no se reduce a eventos mentales, sino a las acciones. Acciones que son reflexionadas en medio de ciertas reglas y normatividad del mundo institucional, e indudablemente de la vida local. No se entienden aquí las reglas o la normatividad como

armazones rígidos o camisas de fuerza para los actores; tampoco se refiere solo a normatividades formales escritas o definidas desde cierta posición de poder social. Más bien se les indica como los canales, formales o informales, por donde comúnmente se esperaría que corrieran las respuestas posibles de los actores dentro de determinadas formas organizacionales. Como se verá más adelante en la etnografía, para el curso de acción es necesario maniobrar conscientemente entre lo que se va conociendo de las diversas normatividades.

Por ello, el centro del análisis en éste documento son las prácticas dentro de la campaña, es decir, las interacciones entre externos y locales, de hombres y mujeres, de ancianos y de jóvenes en donde se funden los esfuerzos para dar a conocer lo que se sabe y para conocer lo que el otro conoce. Este trabajo solo puede ser hecho descansando fuertemente en la etnografía porque la etnografía forma parte del argumento (Barth, F., 1993), ya que el mostrar un caso concreto que permite mirar de cerca los eventos, ayuda a alejarse de los estereotipos y de afirmaciones a la ligera, al tiempo que nos proporciona material para avanzar en el análisis.

La presentación del caso tiene tres apartados. En el primero, se describen algunos eventos en torno al fallecimiento de una mujer por cáncer en el útero. Las dinámicas observadas desmienten la atribución de fatalidad e inactividad ante la amenaza de muerte, así como destacan algunos elementos “clave” de las formas organizacionales. Se mostrará que un elemento primordial de las reglas locales está en que los problemas de salud son manejados como un asunto colectivo, anclado tanto en los rituales como en la organización social que descansa en los caseríos y en la gerontocracia principalmente masculina. En el segundo apartado se narra como a partir de la atención a estas formas organizacionales se realiza la campaña, utilizando además la presencia de “resquicios” en la interpretación de los eventos para introducir la noción de un riesgo desconocido. Aquí se evidencia que esta noción de riesgo, enfocado directamente a la posibilidad de muerte de las mujeres, es comprendido también como un riesgo para la población masculina. En el tercer apartado, se resumen los aspectos que hubo que negociar y la manera en que se conjugaron los intereses de los actores involucrados para hacer posible la atención de las mujeres.

Las dinámicas de los actores en torno a un evento crítico. La mujer que muere por cáncer.

El 24 de octubre de 1994 murió doña Cata la esposa de don Jacinto Carrillo, después de una larga trayectoria en busca de curación por médicos y “cantadores” (5). La conocí unos meses antes junto con su esposo cuando viajábamos “de aventón” en una camioneta del Instituto Nacional Indigenista (INI); yo con destino a Guadalajara, la capital de Jalisco y ellos al hospital de Tlaltenango en Zacatecas a donde había sido enviada por el médico de la Unidad de Atención a la Salud (UAS). De ahí fue trasladada a un hospital de la ciudad de Zacatecas, capital del estado del mismo nombre, donde la señora recibió sólo el diagnóstico de cáncer en el útero con metástasis al hígado, y fue devuelta a su casa, desahuciada.

Don Jacinto tenía una pequeña tienda en la comunidad de Tuxpan, aunque su familia vivía en una de las rancherías situadas en la montaña oriente de la gubernatura. Al saber de su regreso fui a su tienda para informarme del estado de su esposa. Me platicó el resultado del viaje a Zacatecas y me comunicó que quería otro pase (6) porque la señora ya estaba muy hinchada. Le sugerí que ya no la moviera mucho, que si era cáncer era muy poco lo que se podría hacer. Aceptó mi opinión, pero dijo que, de cualquier modo, él iba a buscarle “por aquí”.

Más tarde, el doctor de la UAS y yo fuimos a verla a su casa, aledaña a la tiendita en Tuxpan. La encontramos con edema generalizado. Al notarlo guardamos silencio delante de la paciente, a pesar de la presión que, con la intención de animar a la enferma, ejercía sobre nosotros una de sus cuñadas para que dijéramos que se curaría. Las palabras que cruzamos con la enferma se sujetaron al interrogatorio médico, en parte por su gravedad y por las limitaciones del idioma. El doctor la revisó y le inyectó un fuerte analgésico porque su queja principal era el dolor.

Al día siguiente acudió don Jacinto a pedir más analgésico y a informar que su esposa se había deshinchado poquito. Por la mañana de ese día había llevado a un Mara’ákame (terapeuta local también llamado “cantador”), quien le explicó que la señora tenía “sangre cuajada” en la matriz y que él la “curaría”. Tal versión coincidía en parte con historias que había oído en otras partes, entre personas de diversos círculos sociales en la zona mestiza, sobre curaciones no ortodoxas en que la enferma expulsa “bolas”, “cuajarones”, que

atraviesan el abdomen y salen sobre la piel, etc., y luego se asegura que el paciente se curará. Estaba con deseos de ver algo así.

En pláticas informales con amigos del poblado yo había expresado mi falta de entendimiento sobre las “curaciones” de los Mara’ákate. Recibí muchas explicaciones que relacionan la salud, enfermedad y bienestar con el cumplimiento del “costumbre” (7). Pero ante evidencias de casos en que no se veía mucho éxito y que yo sacaba a colación, me comentaban en primer lugar que yo no entendía nada porque era una mestiza y otros decían, que sí que en el pasado sí había buenos Mara’ákate en la región, pero que ahora ya no lo eran tanto. Eso se debe, de acuerdo con algunos, a que éstos no cumplen con todo lo que tienen que hacer. En este caso concreto, dada la promesa de curación que se había hecho, pregunté a un amigo anciano maraákame de mucha confianza: ¿Qué pasará si la señora muere? La respuesta fue lacónica: “Se va perdiendo la fe”.

Un día después de nuestra visita a doña Cata, mandó llamarme a su casa la concuña de la enferma, quien vive permanentemente en Tuxpan. Me insistió en que revisáramos de nuevo a la enferma, porque me explicó: “el viejo [don Jacinto] como que ya no la quiere curar”. Acepté; visitamos a la mujer en cama, y ya a solas expliqué a la concuña, en los términos más sencillos que pude, en qué consistía la enfermedad y lo que se podía esperar. En la noche de ese día regresó de nueva cuenta para otra consulta. A pesar de la explicación que le había dado en la mañana, me preguntaba delante de la señora enferma: “¿verdad que no tiene nada?”, “¿verdad que se va a aliviar?”. Y ahí estaba yo, ante la ansiedad en la mirada de la enferma por escuchar mi respuesta, haciéndome la que pensaba en otras cosas para no responder.

Saliendo de ahí, le repetí a don Jacinto, que nos esperaba afuera, que no la moviera, puesto que no había mucho que hacer. Con tristeza aceptó, pero ante la mirada acusadora de la concuña, dijo: “sí, la voy a llevar unos días a su casa de la montaña. Pero luego bajo por dinero y me la llevo a Colotlán, porque ahí hay un doctor muy bueno, un tal Candelario que ha curado a mucha gente”.

Después de unos días llegó el rumor: “tenemos una muertita”. Lo oí primero de un grupo que platicaba fuera de la clínica; de hecho, esa fue la única frase que entendí porque cuando llegué cambiaron su plática al huichol. Intuí, por las palabras que intercalaban en

español, que el motivo de la charla era doña Cata y que había algo que yo no debía saber; incluso noté ciertas expresiones de significado velado entre ellos mismos, como la expresión de una mujer ante la asombrada mirada de quien la escuchaba: “nomás para que sepas...”. No resistí la curiosidad y pregunté: “¿ya se murió?”. “Sí, anoche”, contestaron.

La concuña vino al día siguiente y me informó: “se desangró; que duró cuatro días y luego que algo se le rompió por dentro. Se le salió todo y hasta se le bajó la bola de la panza”. Semanas después, en otra entrevista con don Jacinto, de compras por su tienda, con intención de consolarlo, le dije: “pues al fin está ella descansando, ¿verdad?”. “Sí —dijo don Jacinto y empezó a llorar—. Me dejó muchos pendientes, mucho trabajo, mucha familia. Yo la quise bien, la traté como *teiwari* (mestiza), me casé por las dos leyes, le construí su casa de buen material, le compré lo que necesitaba. Todo, todo lo que pude le di. Ella me negaba siempre su enfermedad. Como que ya tenía su plan. Se perdió dinero, varias cositas de chaquira de la que ella trabajaba. Sí, yo creo que ya tenía su plan”.

Me desconcertó su respuesta. ¿Se perdió dinero? “Sí, un millón doscientos” (8). ¿Y ella lo tomó? “Sí, es que tenía un plan; siempre me negó su enfermedad, ella tenía sus propios ahorros, trabajaba su artesanía y de vez en cuando yo le daba de la venta de cerveza sus 100 o 200 pesos. Lo guardaba. Vinimos a buscarlo, nada, varias de sus cosas perdidas [...] Tuvo cantadores, los que quiso, les pagué a todos, la lleve a Tlaltenango, a Zacatecas, médicos de aquí, todo. Se me murió. Yo no sé cómo le hacen esos que tienen muchas mujeres y los que dicen que no hace falta una mujer en casa. ¡Cómo nos va a faltar!”.

Mi comentario fue que él había hecho todo lo que pudo. Él asintió. Sus siguientes palabras me hicieron suponer que recordaba mi pronóstico, aunque con un matiz diferente: “También un médico de Zacatecas me había dicho que ella no tenía nada, que era un mal de aquí, de entre la gente. Pero lo intenté todo”.

Las pláticas entre los grupos en torno al caso continuaron por varios meses. Poco a poco se me fue aclarando que “el mal de aquí, de entre la gente” era entendido como un daño que no provenía de fallas en el “costumbre”, en que la familia completa se hace merecedora de una llamada de atención por parte de las entidades sobrenaturales. Más bien se refería a un mal causado por alguien que se vengó de don Jacinto en su esposa. Aunque la concuña, como reflejo de la opinión de su esposo, ha insistido en que el cáncer fue causado por las

patadas que le daba don Jacinto. Recuerda especialmente una ocasión en que la golpeó cuando éste era gobernador, y fue tanto el escándalo que todos acudieron a ver que pasaba, “pero, ¿qué le iban a hacer si él era el gobernador en ese tiempo?”.

El cruce de eventos y la maraña de las interpretaciones.

En aparente desconexión con este caso, cuatro meses después (en enero de 1995) se desató una oleada de rumores por una serie de eventos que se sucedieron en menos de una semana, “desgracias”, dijeron los pobladores. Se decía que la muerte andaba queriendo llevarse a varios. Primero, una mujer perdió una parte de un dedo por una discusión con su esposo. Pero ella había soñado, antes del accidente, que le dispararon una flecha en su dedo y que habría varios muertos. Cuando la estaba suturando para reparar el daño me dijo: “se va morir uno de arriba, y si no, uno de abajo”. Unos días después, por la cercanía del año nuevo, las “abuelas” de una de las familias más poderosas de la gobernatura salieron a recorrer las calles de Tuxpan acompañadas de los músicos, cantando, echando huacos y tomando cerveza hasta que los hijos les quitaron el dinero y las llaves de sus respectivas casas para obligarlas a la cordura. Esa misma noche, don Sergio, uno de los Mara’akate más ancianos de Tuxpan, cayó en un estado de delirio y se estaba despidiendo de su esposa porque, decía, “ya le estaban llamando desde el otro mundo”. “Sólo está embriagado”, dijo el técnico en Atención Primaria en Salud (TAPS), un muchacho huichol capacitado por la Secretaría de Salud y trabajador en la clínica, cuando nos juntamos él, otro Mara’ákame y yo para atenderlo. El Mara’ákame le chupó en el lugar donde se asienta el alma (*kupuri*, que corresponde al sitio de la fontanela anterior) y lo regresó a la vida. El grupo de curiosos que se había congregado a ver todo el proceso estaba asustado por lo que don Sergio estaba diciendo.

La madrugada siguiente murió un maestro en un accidente en la brecha cuando regresaba de ir a buscar las flores necesarias ese día para la ceremonia del cambio de vara (9); luego, un vendaval se llevó los techos del albergue escolar y de varias casas. Esa noche, don Sergio no tuvo oportunidad de soñar porque cuando iba entrando en su sueño lo despertaron (también al TAPS y a mí por el mismo motivo) para que viera a una mujer herida que casi se mata por una hemorragia causada por la astilla de su cama que se quebró mientras dormía.

Esta oleada de eventos fue coronada por dos acciones relevantes en enero. Una fue el envío de una comisión a San Blas (en la costa del estado de Nayarit) para llevar una ofrenda a *eak'u* (el que controla los vientos), y la otra fue la huida de la comunidad de don Bartolo, un anciano Mara'akame, tío de la difunta. El anciano que huyó había ido a visitarnos al médico de la UAS y a mi, casi inmediatamente después de que don Sergio recibió el llamado del otro mundo, porque quería un certificado médico de que doña Cata había muerto de cáncer, ya que el gobernador tradicional (también Mara'ákame) lo había mandado llamar para que explicara “por qué andan tantos chismes” de su participación en brujerías y daños a la población. No fue llevado a juicio comunal, pero un muchacho, sin parentesco con ninguno de los involucrados en este asunto, tomó por su cuenta la quema de la casa y del carretón del maíz de don Bartolo. Con la huida de don Bartolo y la ofrenda llevada a San Blas Nayarit para *eak'u* finalmente la comunidad quedó en paz.

Las “claves locales” para la acción.

No hay duda de la existencia de un modo local propio de entender la enfermedad y la amenaza de muerte, que de algún modo, incluso a la fecha, se sigue utilizando para justificar la ausencia de esfuerzos de promoción de los programas entre los huicholes. Pero, a partir de esta serie de eventos podemos ver que, al contrario de la consideración de muchos médicos que llegan a la Sierra, no se observa una actitud pasiva ante la amenaza de muerte. En el caso particular de doña Cata y sus familiares inmediatos, si se toma en cuenta las distancias para acceder al servicio médico especializado, debe destacarse el esfuerzo implicado y los costos económicos (que seguramente no fueron menores) para efectuar los viajes a las ciudades de Colotlán, Tlatenango y Zacatecas.

Otro punto desprendido de la etnografía es que las enfermedades son consideradas un asunto colectivo en que mujeres y hombres (expertos y legos) se engarzan por igual en las acciones e interpretaciones; y que el conocimiento biomédico y su modo de atención está incluido en sus estrategias de acción e interpretación ante las “desgracias”.

En torno a la interpretación el aspecto más interesante nos lo da la interrelación que se hace de eventos aparentemente inconexos. La preocupación central ante el cúmulo de desgracias es encontrar el “por qué” de éstas. El “qué pasó” está a la vista de todos: una amputación de falangeta por un adorno cortante de la camioneta en la que viajaban los esposos; un grupo de mujeres inusualmente toman las calles cantando y embriagándose;

una herida en la ingle por la estaca de la cama vieja que se quebró con la consecuente hemorragia; el embarrancamiento de la camioneta del maestro cuando se durmió manejando.

La pregunta sobre el “por qué” ocurren las desgracias ha sido magistralmente analizada por Evans-Pritchard (1937) en su estudio de los Azandes, donde muestra que existe una correlación lógica entre el evento mundano y un marco de creencias coherente. Esta pregunta no es privativa de la medicina local, sino una preocupación de todo aquel que sufre un malestar u ofrece una solución. Es ahí donde intervienen los expertos, quienes al hacer su diagnóstico dan respuesta, en un contexto específico, a tal pregunta. De acuerdo con el marco de conocimiento entre los huicholes, en la base del diagnóstico que hacen los Mara’ákate se encuentra la posibilidad de comunicación que éstos tienen por medio de los sueños con entidades sobrenaturales. Es decir, el oráculo es el mismo Mara’ákame. Su sueño es la prueba objetiva de que hay un “causante”.

Por lo general el culpable de una enfermedad, desgracia o muerte es el mismo paciente o su parentela. Esto es así porque el cúmulo de obligaciones que se tiene para el cumplimiento de El Costumbre excede a veces las capacidades de los pobladores y, dado que sus entidades son muy exigentes y meticulosas con el control del número de veneraciones y detalles en ellas, se resienten y envían mensajes para recordar al olvidadizo sus deudas. Estos mensajes son las desgracias y la enfermedad. Si la deuda es pagada, se reestablece la salud **(10)**. Esa era la tarea de don Sergio: soñar para conocer lo que pasaba así como lo fue para los otros Mara’ákate involucrados. Al funcionar de ésta manera, se genera una interpretación de los eventos que fundamentalmente descansa en los expertos, que también son los más viejos de la comunidad y que son también los jefes de las familias extensas de los caseríos.

Cada uno de los eventos ocurridos en enero pudo haber seguido este camino único de causalidad—efecto- prescripción individual, pero no fue así. Obviamente cada caso recibió la prescripción individual. Por ejemplo, ante la muerte del maestro que se embarrancó, un mara’ákame pidió a todo el gremio de maestros que ofrecieran el sacrificio de un toro en la fiesta del peyote a celebrarse meses después. La mujer con la falange amputada y a su esposo solo tuvieron que pagar por la “curada” de otro mara’ákame que alejó de ellos la amenaza tanto de la flecha que llegó en sueños como del rencor hacia el marido por haber

colaborado involuntariamente en el accidente. Don Jacinto ya había salido a cazar un venado para hacer una ceremonia en su caserío.

Pero, además de las prescripciones individuales, en la oleada de rumores desatados por los eventos se percibía el temor ante una amenaza colectiva en que uno podía ser el siguiente en la lista; de ser el que seguiría concatenando los eventos hasta que no se encontrara a la amenaza común. Se ligaron los eventos en la interpretación de tal amenaza. La diversa participación de los mara'ákate, con la llamada de don Sergio al otro mundo, la intervención del gobernador tradicional y la huida de don Bartolo, dan cuenta de que este proceso de interpretación incluso entre los expertos del grupo se construyó en medio de dudas y de inseguridades. Esta inseguridad de las interpretaciones, que se muestra en las acciones realizadas, da cuenta de al menos dos tipos de convicciones encontradas respecto a la causalidad; la primera refleja que se había encontrado a la entidad reclamante de su pago: eak'u, el controlador de los vientos, cuya casa está en la región de San Blas. El cual había sido olvidado en la preparación de la fiesta y por lo tanto reclamaba su ofrenda.

La segunda expresa la duda de tal diagnóstico pues algunos legos se animaron a plantear la causalidad en términos similares a la de don Jacinto para doña Cata: “no tenía nada, era un mal de por aquí”. Rumor que empezó a correr desde su muerte y que era parte de la charla cuyo contenido quiso esconderme el grupo que me informó de la muerte. Existe un “causante de por aquí”, colocando así como primera causa la acción terrena e inmediata de uno de los Mara'ákate, don Bartolo.

El afirmar que la enfermedad y la muerte son un asunto colectivo no se refiere sólo por el número de participantes que sufrieron la amenaza y que fueron aglutinados en un evento común; sino también por el número de aquellos que desde los grupos de chismosos susurrantes, los comisionados con las ofrendas, los soñadores que interpelaron a los ancestros, hicieron valer su voz y acciones para la toma de decisiones y cursos de acción que pueden seguirse para aliviar el malestar de un paciente particular. Este proceso inseguro y de dudas para fijar una interpretación común evidencia resquicios en torno al marco común; resquicios generados desde las historias particulares que los actores construyen en la secuencia de eventos (hombres y mujeres, legos y expertos). De tal manera que pueden dispararse acciones diferentes porque hay interpretaciones en competencia. Así, en tanto que una decisión del cuerpo ceremonial

envía comisionados con ofrendas a San Blas, un muchacho hace justicia por sí mismo quemando la casa de don Bartolo.

Al contrario de lo que algunos estudios sugieren, el hecho de que exista entre los huicholes un marco diferente a la biomedicina no implica la desesperanza ni la inmovilidad. Mi impresión es que en El Costumbre huichol hay mucha más exigencia de acciones de disciplina que en el de la biomedicina.

Con respecto al papel de la biomedicina, ésta es contemplada no sólo como parte de las posibilidades de acción sino que sus portadores participan en la construcción de las interpretaciones (antes de cualquier esfuerzo intencionado). El médico de la SSJ y yo nos enteramos del caso de doña Cata en la etapa terminal con la certeza de que ya no había mucho que hacer por ella. Esto ocurre en muchas partes del mundo; se detectan los cánceres cuando los pacientes acuden porque aquéllos se expresaron ya en toda su plenitud. Esa es precisamente la razón del interés en las campañas de detección oportuna. Para el momento, el papel que nos tocó fue el de enfrentar la ansiedad y la esperanza que ponían en nosotros tanto la enferma como sus familiares, como los únicos médicos a su alcance e intermediarios para acceder a otros expertos; por eso la petición de “otro pase” de don Jacinto. Pero también fuimos involucrados en la pregunta sobre el “por qué” había ocurrido la muerte, como muestra la visita de don Bartolo.

Desconozco si la respuesta a su petición de una carta “oficial” sobre la muerte por cáncer de doña Cata tuvo influencia en la decisión del gobernador para no llevarlo a juicio público. Pero nuestra posición fue clara: de acuerdo al expediente médico de la clínica local y en los que pudieran encontrarse en los hospitales que visitó la enferma ésta murió de una enfermedad “muy conocida”. También hicimos una oferta: en caso necesario, don Bartolo podría citarnos ante el gobierno tradicional para repetir lo que le estábamos informando.

Un asunto colectivo con una marcada diferencia de género.

Lo que comúnmente se espera es que sean las propias mujeres quienes impulsen la atención a la salud de las mujeres. En mi calidad de mujer con participación directa en estos eventos y la campaña podría reclamar el discurso de portavoz de las mismas y reclamar la atención de las que se dice soportan tres tipos de discriminación: por ser

pobres, por ser indígenas y por ser mujeres. En efecto, a partir de la etnografía presentada hasta el momento se puede decir que entre los huicholes se encuentra una diferencia de género sumamente marcada.

Los hijos llaman a la cordura a “las abuelas” (sus madres) quitándoles las llaves de sus casas y sus dineros para que no sigan tomando; lo que ellas no tienen más remedio que aceptar aunque en sus pláticas inmediatas lo reprobaban porque “a una madre no se le levanta la voz”. Una mujer cree que un esposo causó el cáncer de su esposa porque la pateaba y que ante el escándalo causado en una de estas ocasiones tuvo protección ante la curiosidad pública sólo porque era el gobernador tradicional. Pero también éste golpeador se muestra como un esposo monogámico que en un contexto de poligamia abierta hace los esfuerzos requeridos y a su alcance para salvar de la muerte a su mujer. En efecto, la etnografía que se presentará en la próxima sección muestra la poligamia abierta, pero también a la “poliandra secuencial” socialmente aceptada.

A lo que me refiero en lo esencial es que para tomar una posición de género cuando se está en un grupo al cual no se pertenece lo mejor es partir de asumir la ignorancia propia e intentar el esfuerzo por aprender cuales son las bases de tales comportamientos. Hacerlo de otra manera sería rendir culto a nuestra ignorancia y al ego de nuestras convicciones. Porque en tal caso, también la etnografía muestra los canales para la acción.

En primer lugar que las enfermedades de la mujer y su amenaza de muerte no son un asunto sólo de las mujeres entre los huicholes; y probablemente no lo sean en ningún grupo. Entonces, si la etnografía de estos eventos muestra que es asunto de ambos, ¿por qué habríamos de limitar los esfuerzos a evadir a uno de los géneros para acercarnos al otro? Desde una prédica feminista setentera éste parecería el camino a seguir, y tal vez por casualidad, es el que se sigue en la mayoría de los esfuerzos que a la fecha se hacen.

Por ejemplo, quien inició acciones de inmediato posterior a la muerte de doña Cata fue el médico de la SSJ, en parte por iniciativa propia y en parte por la petición que recibió de las oficinas jurisdiccionales de elevar sus metas de detección. Dedicó noviembre de 1994 a una campaña de realización de papanicolau. Me di cuenta de esto cuando empecé a ver mujeres apresuradas saliendo de la clínica cargando una cantidad variada de frijol, y con

toda la facha de haber vivido una experiencia vergonzosa. Aparentemente habían llegado a consulta por cualquier otra razón y ya en la clínica el médico y su enfermera las convencieron de hacerse la detección. El frijol fue un gancho del convencimiento. A unas les tocaron dos kilos y hubo otras a las que se les debió “pagar” hasta cinco kilos. La campaña alcanzó sólo a doce mujeres que accedieron al ensayo, de las 76 que para entonces vivían de modo permanente en el poblado con vida sexual activa reconocida socialmente (11).

En justicia para el médico se debe resaltar que efectivamente se hizo un esfuerzo, aunque no del todo adecuado. La oferta de frijol a cambio de una acción para la salud propia se apoyó en un hábito que se introdujo a la Sierra junto con las intervenciones de los externos, y que a su vez se fundamenta en la convicción para los de afuera de que la dieta de los indígenas es inadecuada y posible de mejorar con donativos de los que más tienen. Finalmente éste intercambio de comida o dinero por las acciones a la salud propia es el fundamento de uno de los programas más promocionados en el México actual. Pero en aquel caso no tuvo la respuesta esperada. Confieso que si este esfuerzo hubiera sido exitoso habría hecho las gestiones necesarias ante mi institución (el DIF Jalisco que se especializa en repartir comida) para conseguir frijol para todas las mujeres de la zona (unas 500).

Ahora bien, en mi opinión los resultados insatisfactorios de éste esfuerzo particular se debieron a que se realizó de manera apresurada, no hubo reflexión sobre lo aprendido en los eventos en curso y su universo de atención se centró en las mujeres. Una vez que el lector pudiera estar extrañado de cómo es posible calificar de equivocada una acción que pretende la salud de las mujeres porque se centra en ellas, es necesario introducir aquí datos reflexionados de la experiencia propia en la atención de los desnutridos de la gobernatura.

Desde junio de 1994 mi trabajo se concentraba en el diagnóstico de los factores locales que llevaban a la desnutrición grave, así como al convencimiento de los padres de los casos que encontraba para que me dejaran atenderlos al modo biomédico. Recordemos que no es sino hasta la década de los noventa que el respaldo gubernamental para la atención de la etnia se fortalece. La estrategia seguida era detectar los casos de desnutrición para ofrecer una solución lo más inmediata posible, es decir, ofrecer un tratamiento. Además

era necesario que se comprendiera el porqué de tal calificación de desnutrido. Por otra parte, por esa misma experiencia las acciones debían realizarse en la medida de lo posible en los caseríos.

Ya se mencionó que uno de los factores que desaniman los esfuerzos en la Sierra es la dispersión de la población y el relieve geográfico en que viven los huicholes. Lo que administrativamente se llama gubernatura de Tuxpan de Bolaños consiste en la cabecera regional (el poblado de Tuxpan) y diez delegaciones (12). Estas delegaciones son una manera práctica de otorgar representatividad política en el gobierno tradicional a las diferentes familias extensas que se asientan en el área, donde se aglutinan aproximadamente 500 familias nucleares, con 2 600 habitantes dispersos en unos doce caseríos. El centro de estos caseríos pertenece al jefe de la familia extensa, alrededor del cual se diseminan las casas de los miembros de la familia, entre las cuales dista hasta, tal vez, cinco kilómetros. Digo “tal vez” porque en el uso de la Sierra las distancias no se miden por kilómetros, sino por el tiempo que se tarda en recorrerlos. Lo cual tiene razón de ser en la orografía de la Sierra, donde avanzar un kilómetro significa a veces tres o cuatro horas de cansado descenso y escalamiento de barrancos para llegar al pequeño núcleo de población.

Por otra parte, hay una costumbre de reunirse para tratar los asuntos colectivos en la casa del más viejo de la familia. Por lo tanto, la manera más adecuada de llamar la atención a cualquier asunto es acercarse a estas reuniones. Tal estrategia había funcionado bien para el caso de los desnutridos. ¿Por qué no había de funcionar igual para efectuar papanicolau entre las mujeres? Es decir se trataba de efectuar una campaña de atención a las mujeres en donde ellas recibieran la información al mismo tiempo que los hombres.

¿Qué es eso de cáncer?

Los datos obtenidos en un taller de “análisis de la mortalidad” que registró todas las muertes ocurridas en la zona en un período de dos años (1995 y 1996) efectuado a principios de 1997 con los promotores de salud mostraron tres grupos afectados: los menores de cinco años, las mujeres y los hombres jóvenes. La primera causa de muerte entre las mujeres adultas, fue cáncer en el útero. Para los menores de cinco años la infección agregada a la desnutrición y, para los hombres jóvenes los accidentes y

violencias. En total habían ocurrido 17 muertes por año en una población de 2 600 habitantes.

Ubicando tales datos en términos de tasas, los resultados podrían ser ignorados por los estadísticos y los planeadores (13), pero los promotores estaban impresionados por los datos que ellos mismos habían vaciado en una cartulina. Uno de ellos comentó: “ya se nos murió casi un pueblo”, en alusión a las 34 personas muertas en el periodo de dos años y a su relación con el tamaño de las familias extensas (en promedio aritmético: 216 personas por familia extensa o 260 por delegación). Cabe agregar que todas las personas muertas eran conocidas o familiares de ellos; y en el caso de las mujeres muertas por cáncer, algunos habían sido testigos de su largo peregrinar en busca de tratamientos efectivos.

En efecto este taller sirvió como motivador para obtener el compromiso de los promotores con la campaña por iniciar. Como ya se estaba trabajando en un programa con los desnutridos y las acciones para prevenir las muertes por violencia quedaba fuera de nuestras manos, entonces la decisión era obvia. Los promotores preguntaban: ¿qué podemos hacer para detener las muertes por cáncer? ¿Qué es eso de cáncer?

Una coincidencia fundamental del modo de conocer biomédico con el indígena o, en este caso con el del huichol, es la pregunta de “por qué” se presenta la enfermedad. De manera muy similar a lo que sucede entre los indígenas, en el mundo de los expertos biomédicos no hay afirmaciones contundentes, porque el proceso marcha en medio de dudas e inseguridades.

Es aceptado por casi todos los investigadores del tema que hay una serie de factores que “predisponen” al cáncer cérvico uterino, los cuales tienen relación con la irritación de la cerviz uterina. Entre ellos se encuentra el inicio temprano a la vida sexual, primer embarazo en temprana edad, muchos hijos, y un alto índice de agentes irritantes en la cerviz por diversos agentes. Cuando ésta campaña se realizó había todavía una fuerte discusión entre los expertos consultados (contactos personales así como publicaciones científicas indexadas) sobre el papel del virus del papiloma humano (HVP) en la generación del cáncer. Esta discusión se reflejaba en el tipo de análisis realizado en las diferentes instituciones. En la SSJ no se buscaba el virus, en tanto que en un centro de

atención al cáncer de la mujer de la Universidad de Guadalajara se reportaba sistemáticamente. En la actualidad parece que ganó la disputa en términos de la causalidad viral de éste tipo de cáncer, como apuntaba la revisión bibliográfica hecha en el tiempo en que se efectuaba la campaña.

Al igual que los expertos de ambos sitios estaban inseguros, los que pretendíamos organizar una campaña consecuentemente estábamos inseguros. Nuestra aportación sobre la muerte de doña Cata de que se trataba “de una enfermedad bien conocida” se refería solamente a eso. Sabíamos de “qué” se había muerto, pero no “por qué”. En estricto sentido estábamos en la misma posición de los huicholes para marcar una interpretación propia de lo que sucedía en términos de nuestros conocimientos, trayectoria de vida e intereses.

Lo evidente era que había un riesgo. Por decirlo de manera simple: el de que las mujeres murieran por cáncer. Pero ¿por qué? La respuesta a ésta pregunta fue pragmática, la información para manejar en la campaña incluyó el papel del virus del papiloma humano y se tomaron dos muestras: una para la Secretaría de Salud y otro para el laboratorio de la Universidad de Guadalajara. La información sobre la causalidad biomédica conocida se compartió primero con los promotores de salud, luego con el gobernador tradicional y sus delegados y después los promotores convocaron a los pobladores de cada caserío y se programaron las visitas para cada uno de ellos para la toma de las muestras.

Se inicia la campaña: la introducción de un “riesgo”

Para 1997 ya había condiciones para efectuar la campaña. En 1994, sólo había cinco personas de tiempo completo para la provisión de servicios de salud institucionales para la amplia zona descrita antes. Pero en 1997, había ya 14 personas de tiempo completo dependientes de tres instituciones, la SSJ, el INI y el DIF; aunque no todos podían dedicarse a una campaña, había la tranquilidad de que las actividades en la Unidad de Atención a la Salud y el Centro de Recuperación Nutricional seguirían siendo atendidas mientras que otros visitábamos los caseríos (14). De estos 14, seis eran huicholes (la enfermera del INI, el TAPS de la SSJ, y cuatro promotores indígenas en el DIF). Por otra parte, debe mencionarse que desde 1994 ya existía un grupo de diez promotores en la SSJ, todos varones y pagados como vacunadores, por lo tanto, de tiempo parcial. Ellos habían sido capacitados —con diversos grados de aprovechamiento— para vacunar

y manejar enfermedades respiratorias, gastrointestinales y piquete de alacrán **(15)**. Además de sus tareas para la SSJ, a cambio de una pequeña compensación económica, apoyaban al personal del DIF como traductores, enlace y guías a sus comunidades. El papel de éstos 10 promotores así como el de la enfermera del INI fue fundamental; traducían, argumentaban, convencían.

En los caseríos la intención persiguió claramente en lograr introducir en la comprensión local la noción de un “riesgo” no contemplado en su nosología **(16)**. Para ello se usaron dos elementos: destacar el desarrollo silencioso de la enfermedad, y la posibilidad de detenerlo a tiempo. En la explicación del desarrollo silencioso de la enfermedad inevitablemente los promotores destacaban la historia de las mujeres muertas por cáncer; todas conocidas, emparentadas de algún modo y por lo tanto apreciadas. Luego se explicaba por medio de una metáfora como podía ser detenido a tiempo: es fácil arrancar un roble desde su raíz si apenas va naciendo, contra la casi imposibilidad de hacerlo cuando ya su sombra cobija las reuniones. Especial impacto causó la reciente muerte de la esposa del Mara'ákame por cáncer metastásico del útero al riñón justo cuando iniciábamos la campaña. Los hombres platicaban entre sí y con sus mujeres. El Mara'ákame de la comunidad insistía en que eso era cosa buena. Casi urgían a realizar los exámenes.

De acuerdo a los datos derivados de los interrogatorios particulares hechos a las mujeres en la toma de la muestra, puede asegurarse que están presentes la mayoría de los factores reconocidos en la bibliografía actual como predisponentes para el desarrollo del cáncer cérvico-uterino: el inicio a la vida sexual activa es alrededor de los quince años, el primer embarazo ocurre a los 16 años, el número de partos promedio es de cinco **(17)**. Por otra parte, un alto porcentaje presentó al momento de la toma flujo por desecho vaginal no sanguinolento, casi la mitad dijo tener dolor al coito y algunas refirieron sangrado posterior al coito; signos que desde el punto de vista médico anuncian ya una patología que se corresponde con los resultados de laboratorio que mostraron que un 90% de las mujeres tenían infecciones de diversos tipos. Pero que nunca fueron considerados como malestar por las mujeres. En general ellas se sentían en buen estado de salud y el único dato de enfermedad es el que les podía otorgar el papel con el resultado del laboratorio.

En tal sentido, el hecho de que se haya accedido a la toma de muestras y al tratamiento posterior reafirma el punto antes señalado sobre los resquicios en las interpretaciones y asignación de significados de los eventos críticos. A través de esos resquicios se introdujo la noción de otro “riesgo”, y ésta noción entró a sus pláticas y preocupaciones para la acción.

Cito varios ejemplos que constatan esto. En una comunidad, después de haber explicado el procedimiento de toma de la muestra en público, todos empezaron a reír, y alguna debió haber mostrado su desacuerdo, porque su esposo le dijo en español y en voz alta: “si dejas que otros te metan la mano ahí nomás por nomás, ¿cómo no vas a dejar que te la metan para curarte?”. En algunos caseríos fue impresionante la respuesta, pues casi todas las parejas acudieron a la cita, y se tomaron muestras a todas las mujeres. En otras hubo que dar varias vueltas y convencer en pláticas individuales. Una vez que llegaron los primeros resultados y se emprendieron las acciones para atender los casos positivos, empezaron a llegar mujeres por su cuenta, informadas por sus familiares o llevadas por sus esposos que habían oído “que había mucha enfermedad”. Algunas mujeres me presionaron para que hablara con sus esposos porque “ellos andan por ahí con otras mujeres, y de qué sirve si me curo si él me va a volver a enfermar”. En una ocasión llegó un hombre que tiene tres esposas y me dijo: “ya a dos las revisaste y a una la estás curando, pero ¿qué voy a hacer con la otra que no quiere venir?”. Insistió hasta que escribí en una hoja en blanco una invitación que sellé y firmé, y en la siguiente semana se presentó la tercera esposa, que por fortuna resultó sana. También, en medio de las visitas a los diez caseríos, para sorpresa nuestra, empezaron a llegar demandas de visitas a otras comunidades fuera de la gobernatura no contempladas en la campaña.

Se tiene que destacar que todos los indicadores señalados por la biomedicina como predisponentes para el desarrollo del cáncer, incluyen necesariamente la participación masculina. Es decir, si la vida sexual se inicia a temprana edad, si ocurre el embarazo, si se tienen muchos hijos y si existen infecciones en los órganos genitales necesariamente debe haber un cómplice.

La etnografía nos deja ver que también hay múltiples parejas sexuales. Una plática circunstancial nos da luces sobre el entendimiento de la sexualidad en la vida cotidiana. En una caminata hacia una comunidad, uno de mis dos acompañantes preguntó sobre la

planificación familiar y la cirugía definitiva para el control de embarazos en la mujer (salpingoclasia). Este hombre (entonces de unos 35 años) tenía dos esposas y con cada una de ellas cuatro hijos, y dijo que ya se le hacía muy pesado tener tantos niños. Entre broma y en serio le expliqué la cirugía para los hombres (vasectomía). Y de paso agregué que, así como es su costumbre, esto es lo que más les conviene, porque con uno que se opere cuida a varias. “Sí, es lo que nos han dicho... —agregó pensativo—. ¡Ah! —reaccionó—, ¿y qué pasa si cuando uno salga, porque ya ves como es el huichol de andariego, a ella se le antoja otro?, ¿porque puede pasar, eso es muy natural! ¿Qué tal si se embaraza?”. Me reí, y le dije: “bueno, entonces, es mejor morir engañado”. Pero el otro acompañante intervino e interrumpió mi risa, y agregó: “y luego uno es el que carga con la responsabilidad; o le pasa como a Juan, que su esposa lo animó a que se operara y cuando vio que no podía tener hijos lo dejó”. “Sí —dijo el primero, que también rió y reaccionó a mi comentario—, lo dejó porque ya no le servía; y por eso uno se la piensa”.

Como se ve, la responsabilidad de las repercusiones de la actividad sexual se toma por igual por hombres y mujeres. Para afirmar esto, más allá de esta anécdota, mi información proviene de charlas confidenciales en las cuales algunos cuentan asuntos de amigos que, se supone, no deben contar (lo que ocurre en todas partes). Pero este es un uso en las charlas entre los pequeños grupos de hombres y mujeres huicholes que descansan en una fiesta, o que toman una cerveza sentados a la puerta de una tienda. En ellas se entera uno de quien se involucra con quien y los pequeños detalles del proceso de las relaciones.

Así como existe la poligamia formalizada y sancionada por las estructuras locales (18), existe la “poligamia” y la “poliandria” informales y secuenciales, dependiendo de si “se antoja”.

En virtud de ello, deben tomarse en cuenta las preocupaciones expresadas por quienes acudieron individualmente y que colocan el asunto en término de una enfermedad transmitida por contacto sexual. Interpretación inevitable si se acepta el papel del virus del papiloma humano que se adquiere por ese mecanismo. En las consultas ordinarias por enfermedades sexualmente transmitidas y suficientemente molestas como para acudir al médico, se encuentra con que a veces es la esposa formal quien al sufrir los

síntomas acude a la consulta médica para pedir también la intervención sobre la rival confirmada o sospechada; a veces es el varón quien pide tratamiento para él y sus varias parejas, a quienes quiere mantener en el anonimato.

Como una muestra de que éste había sido el mensaje que circuló entre los promotores de salud, delegados de los caseríos, esposos y Mara'akate a partir de la campaña, los promotores me hicieron llegar una preocupación que habían recogido de entre los hombres de sus respectivas comunidad: “¿y a nosotros, cuando nos van a examinar?”.

La atención. Maniobras e intereses.

Se recordará que al inicio de este documento se planteó la discrepancia entre la existencia de soluciones técnicamente probadas para prevenir el cáncer y su insatisfactorio alcance hacia las mujeres. Se argumentó que como uno de los factores incidentes en la Sierra podría ser la tardía inserción de la atención institucional. Seguramente en este abandono influyeron la distancia de cerca de 500 kilómetros que separa a la capital del estado de Jalisco (Guadalajara), con el pueblo de la Sierra más cercano (Tuxpan), además de la carencia de vías de comunicación terrestre para ese destino (apenas en la década de los 80's se abrió la primera brecha). Seguramente también influyó el levantamiento de los zapatistas en Chipas para la atención institucional que recibió la Sierra en la década de los 90's.

Se recordará también que en la estrategia propuesta para la campaña se contempló que no sólo se efectuaría la detección, sino que se ofrecería tratamiento. Pero, el tratamiento de las alteraciones celulares conducentes al cáncer franco requiere tecnología apropiada, por supuesto inexistente en la Sierra. En primer lugar, nos encontramos con que en Jalisco operan seis clínicas de displasias, lugares especializados y con la tecnología apropiada para el caso, pero en tales fechas ninguna se encontraba en la Jurisdicción I, que atiende esta zona. El lugar más cercano era Guadalajara, lo cual significaba que para salir de sus domicilios las mujeres debían caminar un promedio de dos a tres horas por las veredas de la Sierra, luego tres horas en vehículo por brecha y, después, siete horas en cualquier otro vehículo por asfalto. Se había contemplado la visita de los médicos de la Clínica de Displasias a la Sierra para realizar el tratamiento en la UAS de Tuxpan, pero esta alternativa quedó desechada con el argumento de la carencia de equipo móvil apropiado.

El problema mayor era que la iniciativa del programa se había originado desde la Sierra por los trabajadores en campo y, por lo tanto, no había ningún tipo de presupuesto especial para él. Ordinariamente el presupuesto de éste programa es para el material requerido en la toma de las muestras, los salarios de los técnicos de laboratorio y de los médicos especialistas en el tratamiento, así como en los costos de difusión. Es decir, iniciamos sin presupuesto para transporte, comida, hospedaje y medicamentos. Por lo que el reto fue convencer a aquellos que si tenían los recursos.

El presidente municipal de Bolaños otorgó el apoyo de un vehículo para el traslado de las mujeres en el trecho de la brecha que une a la cabecera municipal con el poblado de Tuxpan. Aceptó de buen grado ante la petición, tal vez motivado porque el municipio estaba en periodo electoral con la presencia de un grupo opositor bastante fuerte en la Sierra Huichola fiscalizando su actuación, y porque era la primera ventanilla a la que los huicholes acudían para apoyo de transporte de enfermos graves de tal manera que el transporte en grupo resultaba más barato.

El DIF Jalisco asumió los costos del transporte desde Bolaños hasta Guadalajara, así como el hospedaje y alimentación; la Universidad de Guadalajara, a través del centro de estudios para el cáncer de la mujer, otorgó el 50% de descuento a su ya reducida cuota de recuperación por cada placa analizada; el INI se encargó de los medicamentos requeridos que no estaban en el cuadro básico que maneja la SSJ y ésta, a través de la Clínica de Displasias del Hospital General de Occidente proveyó de la atención médica especializada **(19)**.

Entonces se pudo cumplir con la estrategia de que la detección y el tratamiento ocurrieran en momentos traslapados **(20)**. Cuando se tuvo el resultado de la mitad de los caseríos de la zona se organizó el primer viaje a la clínica de displasias. Doce mujeres que resultaron con infecciones por el virus del papiloma humano, o displasias de cualquier grado **(21)** ó cánceres francos salieron en este viaje. Cada mes se hacía un viaje y cada vez el número de mujeres iba aumentando, algunas para su primer tratamiento, otras para su control.

A lo largo de la campaña se tomaron muestras de 360 mujeres, de las cuales 30 resultaron afectadas (8.33 por ciento). De éstas se atendieron a 24 mujeres con

displasias o portadoras del virus del papiloma humano y a tres con cáncer invasor. Tres de las 30 mujeres rehusaron ir a Guadalajara de inmediato, una porque se trataba de una anciana de cerca de 70 años y las otras dos por motivos que desconozco. Además aprovechando los “aventones” y las facilidades que coyunturalmente se consiguieron para hospedaje y comida, otras 20 pacientes con diversas patologías pudieron ir hasta Guadalajara para recibir atención médica especializada.

Sin duda, para la difusión local de los beneficios de la campaña influyó la aceptación de que había un riesgo para la salud así como la seguridad de obtener tratamiento, pero las otras dimensiones también jugaron su papel. Por ejemplo, el revuelo de ver juntas, fuera de la clínica, a un buen número de mujeres procedentes de todos los caseríos, esperando la camioneta de tres toneladas que las sacarían hasta el camino asfaltado. Y sin duda, también influyó que muchas de ellas nunca habían salido de la Sierra, por lo que la invitación a ser tratadas significó un paseo a la ciudad y una oportunidad para comprar las telas de encendido color con que fabrican sus vestidos a precio mucho más rebajado que en la Sierra. Porque el tratamiento en la clínica demoraba a la suma una mañana, y aunque la recomendación médica era reposo posterior al mismo, ellas aprovechaban bien el tiempo restante de los dos días contemplados en el viaje para dar una vuelta por el centro de la ciudad y las tiendas. La fama que tienen los huicholes de fiesteros se comprobaba aquí: entre risas comentaban “pues dicen que estamos enfermas... ahí vamos”.

Conclusión

El punto con qué se inició este documento es la discrepancia observada en muchas partes del mundo sobre la existencia de conocimiento técnico y científicamente validado y su insuficiente acercamiento a los grupos humanos que lo requieren. Se dijo que de acuerdo a las investigaciones sobre el tema, la cuestión fundamental es que ello requiere de efectuar de manera consciente los esfuerzos necesarios para otorgar la información pertinente.

En este documento se insistió en que un paso previo a la formulación de estrategias para efectuar el esfuerzo de acercar información es el reconocimiento de la propia ignorancia sobre la audiencia específica. Las publicaciones sobre el grupo pueden otorgar pistas que es necesario profundizar, porque ellas no son suficientes en tanto que informan de escenarios un tanto estáticos. Tanto para los académicos como para las instituciones es

importante manejar la naturaleza cambiante de los escenarios, la emergencia de nuevos intereses en situaciones concretas y descifrar los mecanismos precisos por medio de los cuales los programas se engarzan, o no lo hacen, en las prácticas locales.

Con lo expuesto en el documento espero que se haya demostrado que una vez que se asume la ignorancia propia, el proceso de revertirla resulta mejor si se parte desde las dinámicas y prácticas en que se engarzan los actores. El análisis de ellas hace posible acceder al modo de conocimiento local y tender puentes de comprensión, porque éste permite superar las limitaciones de las visiones que aglutinan los factores culturales en enunciados definitorios, que pierden de vista los intersticios en las interpretaciones que los actores crean y que por ello pueden ser modificadas de acuerdo con el curso de los eventos.

De tal manera que, en este caso específico, se realizó una campaña con mediano éxito aun cuando las versiones y experiencias previas señalaban su fracaso. Lo que de manera central permitió la realización de la campaña fue la conjunción de los diferentes intereses, posibilidades, conocimientos y capacidades de los involucrados. El interés para algunos actores estuvo en aumentar la productividad y acercarse a las metas institucionales; en otros en la oportunidad de dar una noticia grata a la sociedad por medio del periódico en que se muestra que se está haciendo la tarea; para otros influyó el miedo a la muerte; en otros más, en el gozo de una visita agradable a una ciudad desconocida; en otros, el conseguir los votos indígenas; y otros más escribieron tesis para obtener sus respectivos grados académicos.

Es importante destacar ahora que tal conjunción implicó una negociación constante. Muchas de las acciones tuvieron cierto grado de improvisación de acuerdo con la negociación inmediata con el actor en turno. Lo que existía de entrada eran ciertas claves que en general indicaban la posibilidad de las acciones, pero muchos puntos (sobre todo los provenientes de las instituciones) hubieron de ser negociados casi caso por caso. Algunos se ganaban, como el transporte, hospedaje, alimento y medicamentos, pero otros se perdieron. La máxima ironía es que ante la preocupación generalizada por la existencia de programas y su poco uso por la población, no fue posible dar respuesta a la demanda de un grupo: el de los varones.

A lo largo del texto se argumentó que no es posible limitar la acción a las mujeres. La enfermedad para los huicholes es un asunto colectivo, no sólo en términos de sus interpretaciones, sino de las acciones que las generan o las alivian. En este sentido, en tanto que se filtró hacia el conocimiento de los huicholes lo que el discurso científico apunta sobre el papel determinante al virus del papiloma humano, transmitido sexualmente, las instituciones se mostraron más lentas en éste aprendizaje. Aunque se iniciaron las gestiones para realizar esta segunda fase de la campaña, no fue posible realizarla por la propia separación de cuerpos de conocimiento que se hace en la biomedicina.

Con el entusiasmo del éxito para atender a mujeres indígenas, los médicos de la Clínica de Displasias convinieron en visitar la Sierra con un equipo rústico (lupa y ácido acético) para detectar el VPH entre los varones huicholes, si podíamos conseguir para ellos transporte y hospedaje; lo cual no era problema una vez establecidos los canales de gestión. Sin embargo, lo que frenó la iniciativa fueron las segmentaciones en la biomedicina, según nos informaron ellos mismos. Las jefaturas de los servicios médicos les explicaron que no podían realizar ésta acción porque implicaba salir de su especialidad, ya que ellos se encargaban de atender displasias en las mujeres, y la atención de los hombres con VPH correspondía a la especialidad de urología.

Para concluir podemos afirmar que en el caso de la Sierra, si no se tiene concurrencia de las mujeres al papanicolau es porque los esfuerzos han sido escasos e inadecuados. Parte por la inserción tardía e insuficiente de las instituciones, parte por las mismas dificultades que impone el aislamiento y la dispersión de la población, parte por el reducido contacto entre externos y locales y parte también por la adhesión a un modo de conocer que tiende a calificar como incorrecto el conocimiento local y que se centra en los casos individuales. Todos estos factores siguen incidiendo en el programa de detección, pues aunque el personal de la SSJ en Tuxpan le está dando seguimiento a la campaña, no se ha difundido éste esfuerzo a las otras tres gobernaturas de la Sierra.

Notas

(1) Datos obtenidos del Sistema de Información en Salud, Secretaría de Salud Jalisco, Jurisdicción I; código de la fuente: SISPA 0196 a 1196.

(2) Oficialía de registro civil, Colotlán. Revisión efectuada en 1997.

(3) En la década de los 70's se inicia la atención médica institucional en la Sierra Madre Occidental a través de médicos pasantes en servicio social; uno para cada una de las 10 clínicas que se abrieron entonces. El crecimiento del personal médico fue paulatino. Es a partir de 1996-97 que a cada clínica se le asigna una planta con al menos tres médicos, un enfermero (a) o un técnico en Atención primaria a la salud. (Datos de observación directa en trabajo de campo efectuado desde 1994 a 1998).

(4) Tuxpan de Bolaños es una de las cuatro gobernaturas en que están organizados los huicholes que habitan la parte de la Sierra Madre Occidental en el estado de Jalisco. Las otras tres son: San Andrés Cohamiata, San Sebastián Teponahuatlán y Santa Catarina.

(5) El Mara'ákame es el terapeuta local que desempeña también funciones de "cantador" en las ceremonias que preside. Su plural es Mara'ákate. Los huicholes usan ambos términos indistintamente.

(6) "El pase" es el nombre coloquial dado a la hoja de transferencia entre los niveles de atención médicos: primero, segundo o tercer nivel. Las clínicas rurales se clasifican en el primer nivel (padecimientos generales y actividades de prevención). En el segundo nivel están los servicios de médicos especialistas (cirujanos, pediatras, gineco-obstetras y a veces internistas), laboratorios y rayos X. Estas se ubican generalmente en ciudades intermedias. Los hospitales de tercer nivel, se encuentran las llamadas "sub-especialidades" (que atienden un órgano o sistema específico, como el riñón, corazón, cerebro, etc.). Un paciente sólo puede acceder al segundo y tercer nivel por medio de una hoja de transferencia, a excepción de los casos de urgencia.

(7) El "costumbre" es la expresión usada por los huicholes para designar al conjunto de sus obligaciones como miembros del grupo. No es posible definirlo de manera simple y sintética, pero comprende varias actividades, entre las cuales la conservación de la semilla del maíz y las ceremonias para festejar y agradecer cada etapa de su producción y consumo constituyen la base de la distribución de tiempos y ritmos en la Sierra.

(8) Para ajustar las cantidades mencionadas a su significado actual hay que quitarle tres ceros; pero aún así es difícil calcular el valor actual de esa cantidad de dinero por la inflación.

(9) La Fiesta del Cambio de Vara se efectúa en enero de todos los años. Se le llama así porque las autoridades civiles portan una vara de palo de brasil como signo de distinción de su cargo. En tal fiesta ocurre el cambio de autoridades. Las autoridades salientes entregan una nueva vara a quienes toman los cargos en su reemplazo.

(10) Una descripción más extensa de la medicina huichola analizada desde los actores y sus interpretaciones puede encontrarse en Fajardo (en prensa).

(11) Los resultados de ésta detección llegaron cinco meses después. Dos personas presentaron displasias leves y las dos estaban embarazadas al conocer el resultado. Las dos fueron enviadas a la clínica de control de displasias, ubicada en Colotlán (a tres horas por brecha y otras tres por terracería), pero sólo una de ellas fue, favorecida por la venta de un animal que realizó su esposo para sufragar los gastos. Dos años después, se realizó la campaña en toda la zona.

(12) Las delegaciones de Tuxpan son: Amoleras, Vallecito, Huamostita, Pajaritos, Barranquillas, Cerritos, Mesa de Tepic, Huizaista, Mesa de Sabinos y Mesa del Tirador. Esta última delegación no fue incluida en el programa porque ahí existe una clínica con médico de base, con quien se mantuvo coordinación. El poblado mismo de Tuxpan no fue incluido en la estrategia por la misma razón.

(13) Esto significa una tasa de 6.53 por mil habitantes ó 0.0653 por 10 mil habitantes ó 0.00653 por 100 mil habitantes.

(14) Al inicio de la misma había escepticismo en el equipo de la SSJ sobre el resultado; de hecho se planeó que una de las médicas en servicio social escribiera su tesis sobre las razones de la negativa de las mujeres para aceptar el papanicolau, que luego cambió a las razones de la aceptación. También, dado la pertenencia a diferentes instituciones del equipo de salud local se trataron de eliminar las discrepancias por las “puestas de camiseta” exigidas por cada institución para reclamar la paternidad de la campaña. Una decisión natural (y lógica) ayudó: entregar los datos de las mujeres para que se registraran como parte de las actividades de la UAS, los cuales fueron usados posteriormente para la tesis del otro médico en servicio social.

(15) Para un análisis de las actividades de los promotores indígenas del desarrollo comunitario véase: Fajardo (2003).

(16) Aquí cito los resultados de una investigación emprendida con mi asesoría parcial de un grupo de trabajadoras sociales. Ellas estudiaron las prácticas en torno al embarazo y parto en uno de los caseríos. Contra la opinión de los médicos entrevistados de que en la mayoría de los casos los embarazos son de alto riesgo, y contra el resultado de los indicadores de las fichas de control prenatal que ellas mismas aplicaron en el caserío (45 por ciento de mujeres con factores de alto riesgo). Concluyeron, por medio de la observación etnográfica, que a pesar de ser calificados como de alto riesgo, los

embarazos se desarrollaron de manera satisfactoria tanto para la madre como para el producto (Belmonte Villegas; De la Cruz Corona; Saldaña Rodríguez, 1998:63).

(17) Inicio a la vida sexual a temprana edad (media de 15.336, desv. estándar de 2.330), embarazos a temprana edad (media de 16.152, desv. estándar de 3.872), multiparidad (la media de embarazos es de 5.023 y desv. estándar de 4.644).

(18) En la actualidad, las uniones entre parejas son, en la mayoría de los casos, por mutuo acuerdo, con el consentimiento de los padres y con la ceremonia del Mara'ákame. La "primera esposa" o esposa formal tiene prerrogativas sobre las demás en la toma de decisiones. Pero la poligamia se encuentra sobre todo entre los hombres viejos; a mayor edad y mayores posibilidades económicas, de influencia en las decisiones comunales o de ingresos económicos, mayor número de esposas. Las segundas o terceras esposas se tienen por mutuo acuerdo, por arreglos con los padres de ella y a veces por "rapto" (con que con el paso del tiempo es aceptado por la mujer).

(19) La clínica de displasias del hospital en Guadalajara fue prácticamente tomada por asalto la primera vez. Luego se hizo un acuerdo con los médicos a cargo de ésta para establecer un calendario de visitas de tal manera que en una mañana se atendieran a todas las mujeres huicholas.

(20) Entre los problemas identificados con el insatisfactorio uso del programa de detección de cáncer se encuentran el largo tiempo para entregar resultados y la falta de seguimiento en el tratamiento de los casos detectados (Gagge y cols., 2003; Lazcano Ponce, 1997; Reath, J. & Usherwood, T. 1998). Rengaswamy Sankaranayanan *et al.* (2003) reportan un caso exitoso en que la detección y el tratamiento se realizaron en una sola visita.

(21) La displasia es una alteración en la forma de las células en diverso grado, observada antes de los cánceres francos. El virus del papiloma humano se ha relacionado en gran medida con tal alteración.

Referencia Bibliográfica

Barth, F. (1993) *Balinese Worlds*. Chicago & London: The University of Chicago Press.

BelmoFonte Villegas, De la Cruz Corona y Saldaña Rodríguez (1998) *Embarazos de alto riesgo y complicaciones del parto en las mujeres de la comunidad huichol de Vallecito, perteneciente a la gobernatura tradicional de Tuxpan de Bolaños durante 1997 y la*

intervención de trabajo social indigenista. Tesis de licenciatura para obtener el grado de Licenciado en Trabajo Social. Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Black, M. E; Yamada, J. Mann, V. (2002) A systematic literatura review of the effectiveness of community-based strategies to increase crevical cancer screening. *Canadian Journal of Public Heatlh* 93(5): 386-393.

Bos, A.B; Ballengooijen, A; van Gessel-Dabekaussen & Habbema J. (1998) Organized cervical cancer screening in The Netherlands. *European Journal of Cancer* 34(10): 1598-1601.

Calle, E. E; Thun, M.J. Martin L.M. (1993) Demographic predictors of mammography and pap smear screening in US woman. *American Journal of Public Health* 83(1): 53-60.

Casillas Romo, Armando (1990) *Nosología mítica de un pueblo. Medicina Tradicional Huichola*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Cheek, J.; Fuller, J.; Gilchrist, S.; Maddock, A.; Ballantyne, A. (1999) Vietnamese women and pap smears: issues in promotion. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23(1): 72-76.

De Sanjosé, S. et al. (1996) Socioeconomic differences in cervical cancer: two case-control studies in Colombia and Spain. *American Journal of Public Health* 86(11) 1532-1538.

Evans Pritchard (1937) *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

Fajardo Santana, Horacia (2003) Monetización de la economía indígena. El caso de los promotores wixaritari. *Revista del Seminario de Historia Mexicana* 4(3).

Fajardo Santana, Horacia (en prensa) *Comer y dar de comer a los dioses. Conocimiento, el costumbre y la nutrición en la Sierra Huichola, México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y El Colegio de San Luis A.C.

Gaffikin, L.; Blumenthal P. D.; Emerson, M.; Limpaphayom, K. et al. (2003) Safety, acceptability and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: an demonstration project. London: *The Lancet*, mar. 8.

Gagge, J. C. (2003) Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention* 27(6): 446-471.

Giddens (1967) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Argentina: Amorrortu editores.

Hislop, T. G.; Deschamps, M.; Teh, C.; Jackson, C. (2003) Facilitators and barriers to cervical screening among Chinese Canadian women. *Canadian Journal of Public Health* 94(1): 68-73.

Hobart, M. (1995) As I lay laughing. Encountering global knowledge in Bali. En Richard Fardon (ed.) *Counterworks. Managing the diversity of knowledge*. Londres: Routledge.

Lazcano Ponce E.C. et al. (1997) The cervical cancer screening program in México: problem with access and coverage. *Cancer Causes and Control* 8: 698-704.

Long, N. (2001) *Development Sociology. Actor perspectives*. Londres y Nueva York: Routledge.

Rengaswamy Sankaranarayan et al. (2003) Determinants of participation of women in cervical cancer visual screening trial in rural South Asia. *Cancer detection and prevention* 27(6): 457-465.

Reath. J & Usherwood, T. (1998) Improving cervical screening in a remote aboriginal community. *Australia and New Zealand Journal of Public Health* 22(6): 659-663.

Weigand, Phil C. (coord.) (2002) *Estudio Histórico y Cultural sobre los Huicholes*. Colotlán: Universidad de Guadalajara, Campus Universitario del Norte, Colotlán Jalisco.

Zinng, R. ([1938]1982) *Los Huicholes, artistas primitivos*. México D.F.: Instituto Nacional Indigenista.