

# SOBRE EL DISCURSO MEDICO-INDIGENISTA INSTITUCIONAL (1955)

Ramón Martínez Coria

## Introducción

Durante el último año de gobierno del presidente Lázaro Cárdenas se fundó el Instituto Nacional Indigenista y con él una nueva etapa de la política indigenista oficial en México, con la que el Estado ha logrado una intervención más eficaz entre los grupos étnicos.

Desde principios de los años cuarenta se implementaron proyectos y programas institucionales para el desarrollo de esos grupos, pues se argumentaba que vivían un inevitable proceso de aculturación en función de una formación social endocolonial caracterizada por la relación de las *metrópolis mestizas* con sus *hinterlands indígenas*. Esta interacción, se pensaba, tarde o temprano latinizaría a los grupos étnicos y acabaría por integrarlos a la cultura nacional.<sup>1</sup>

Los objetivos fundamentales de los programas impulsados por el nuevo organismo gubernamental fueron la salud, la educación y la productividad; tales objetivos logrados en mayor o menor grado repercutieron finalmente en toda la vida cultural de los grupos étnicos de la nación mexicana.

En el campo de la salud se implementaron proyectos interinstitucionales de diferentes alcances. Entre 1949 y 1955, Gonzalo Aguirre Beltrán como autoridad académica, tanto en la medicina como en la antropología, dirigió investigaciones y aplicaciones con criterios que

fueron decisivos para la transformación de las condiciones sanitarias y políticas en esas *regiones de refugio*.

Para 1955, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Nacional Indigenista (INI) organizaron y asumieron los *Programas de Salud en la Situación Intercultural* con lo que se pretendía formar médicos rurales para entender y enfrentar las dificultades de la práctica médica clínica en zonas poco comunicadas, que no tenían ninguna infraestructura hospitalaria y donde los grupos étnicos desconocían o rechazaban las ideas y las actividades extrañas y hostiles a su propia cultura.

Con el fin de aproximarnos a los problemas planteados en el discurso médico-indigenista institucional, producido por los aparatos del Estado, nos hemos propuesto analizar los manuales de los *Programas de Salud*, antes mencionados, que son textos de carácter didáctico y pedagógico.<sup>2</sup> El análisis pretende explicitar los mecanismos de integración aplicados durante años para lograr la articulación de los sistemas médicos de los grupos étnicos con el sistema médico científico hegemónico.<sup>3</sup> Tal objetivo obliga a recurrir fundamentalmente a dos disciplinas: a la antropología médica y al análisis del discurso (desde las propuestas de la escuela francesa).

El intento de articulación de los dos sistemas médicos no logra superar la contradicción estructural entre pautas culturales tan distintas, lo que puede constatarse fácilmente con los resultados logrados con tales programas. En realidad, una posible articulación implica procesos de intercambio cultural a largo plazo, que parecen no estar nunca contemplados en los proyectos sexenales.

Por lo expuesto hasta el momento, no realizo un análisis solamente lingüístico de los textos de estos *Programas*, ni estudio todas las condiciones sociopolíticas de los grupos étnicos frente al Estado mexi-

<sup>2</sup> Sobre el concepto "discurso" y "texto" existen varias tendencias metodológicas; en este caso se considera texto como la superficie formal, el producto del discurso. Estas diferencias pueden verse en la posición que sustenta Teun Van Dijk frente a la que sostiene Michel Pécheux.

<sup>3</sup> Sobre este planteamiento el presente comentario forma parte de los avances de una investigación más amplia, en donde sostengo que los aparentes mecanismos de articulación, entre los sistemas médicos vernáculos de los grupos étnicos con la medicina clínica institucional, hoy siguen siendo una estrategia mayor de fatal desarticulación de las formas simbólicas de los grupos étnicos.

<sup>1</sup> Gonzalo Aguirre Beltrán, *Programas de salud en la situación intercultural*, IMSS-INI, México, 1980



cano. Específicamente analizo una de las prácticas discursivas institucionalizadas, generada a partir de la *inevitable* integración de los grupos étnicos a la nación mexicana.

De este modo, los grupos étnicos aparecen como el objeto discursivo nuclear de un campo semántico construido en torno a la salud institucionalizada; este objeto discursivo, expresado en diferentes sintagmas, transita del discurso médico institucional al discurso antropológico indigenista. Ponemos especial interés en la construcción de los objetos discursivos más concretos *indios/indígenas* y *Programas de Salud*, como núcleos de la política de salud pública desarrollada en el periodo del presidente Adolfo Ruiz Cortines.

Las prácticas discursivas institucionalizadas que estamos analizando, establecen una interacción entre el sujeto del discurso y los diferentes interlocutores del mismo, como son: el receptor directo, los médicos rurales, el receptor indirecto, los grupos étnicos; esta problemática de la interacción intersubjetiva será retomada con mayor exhaustividad en el apartado segundo.

## Los criterios de selección del corpus discursivo

Nuestro objeto de análisis es el manual de los *Programas de Salud en la situación intercultural* que constituye parte de los discursos para la formación de los médicos rurales. Este texto fue publicado en 1955 por la SSA para recuperar y formalizar las experiencias que, en este campo, tuvieron algunos médicos desde la fundación de los Centros Regionales del INI. Dentro de este manual he seleccionado únicamente el capítulo primero, porque considero que condensa un proyecto que se desglosa en los siguientes.

Considero que los *Programas de Salud* contribuyeron a la construcción de la hegemonía institucional sobre la diversidad de los sistemas culturales, que significaban un problema político para el funcionamiento de la ideología en torno a la identidad nacional mexicana; un ejercicio concreto de esta hegemonía puede observarse en la formación de los médicos indigenistas.

La expansión de los aparatos de hegemonía del Estado mexicano modificó las prácticas discursivas, lo que se observa en el corpus discursivo seleccionado, con el cual se destaca la necesidad de producción de materiales que reproducen los mecanismos de dominación, además de otras modificaciones en las estrategias discursivas que señalaré más adelante.

Para los fines de este trabajo, he descartado el análisis contrastativo con discursos precedentes a esta época, pero debe entenderse que el discurso seleccionado es sólo una variante temporal de una producción discursiva que alcanza casi todo el presente siglo.

## Los criterios tipológicos del discurso

En primera instancia, los *Programas de Salud* constituyen un discurso médico-indigenista institucional ya que tienen como componentes fundamentales la medicina institucional y el indigenismo, y como objetivo específico complementar la formación académica de los médicos institucionales. Este último aspecto, por otro lado, los ubica como un subtipo de discurso didáctico-pedagógico, por el criterio de su función orientada a la atención sanitaria de los grupos étnicos.

Otro componente importante de los *Programas* es el político porque éstos buscaban un *efecto performativo* que condujera a los médicos indigenistas no sólo a la transformación de las condiciones sanitarias y epidemiológicas sino de los hábitos, las costumbres, las ideas y, en última instancia, de los sistemas sociales de los grupos étnicos para ser incorporados al desarrollo de la economía de mercado regional y nacional. Esta función política del discurso aparece oculta en axiomas de aparente científica que se refieren clínicamente a los problemas de salud de los grupos étnicos, como ejemplificamos más adelante.

La estructura temática del discurso está conformada en torno a la comparación de los elementos de los sistemas médicos vernáculos con los del médico científico; esta estructura tiene como objetos discursivos la alud institucionalizada y la relación de ésta con los grupos étnicos para su integración.

## Contexto sociohistórico y prácticas del discursivas: Las condiciones de producción y recepción del discurso

Para entender cómo las prácticas discursivas médico-indigenistas de los *Programas de Salud* permitieron la reproducción de la ideología del nacionalismo mexicano, y en el caso de los médicos rurales cómo fue posible la reproducción del proceso cognoscitivo de los sistemas médicos vernáculos de los grupos étnicos, es necesario el análisis de las condiciones de producción de ese discurso.

### La formación social mexicana

La categoría de formación social, tal como está construida en el materialismo histórico, nos permite un análisis explicativo de la nación y del Estado mexicano en el período que nos interesa. Además, la antropología marxista recupera tal categoría y la amplía para considerar un *sujeto sociocultural* que trascienda un sujeto exclusivamente clasista; tal problemática es bastante interesante, pero no la desarrollo en el ámbito de este trabajo.

En el análisis de la formación social mexicana, sólo me ocupo del periodo que va de 1952 a 1958, cuando México se inserta en el panorama mundial como uno de los países latinoamericanos con mayor crecimiento económico, generado por el reacomodo del mercado mundial desde el fin de la Segunda Guerra Mundial.

Este periodo se caracterizó por una nueva división internacional del trabajo, y nuestro país vivió una rápida industrialización por la vía de la sustitución de importaciones, lo cual hizo necesario pasar de productores de materias primas a la producción y exportación de manufacturas y petróleo en gran escala.

También fue importante la expansión del mercado interno, la construcción de hidroeléctricas, la tecnificación del agro, la instalación de canales de telecomunicaciones, la ampliación de la red de carreteras y la consolidación del poder político y económico de los grandes capitales transnacionales.

Como consecuencia de ello, aumentaron las poblaciones urbanas que ya concentraban un poco menos de la población total, lo que

redundó en el crecimiento de las ciudades—sobre todo la de México—, por efecto de la explosión demográfica y los grandes movimientos migratorios.

Para fines de la década de los cincuenta, las prácticas discursivas relacionadas con las tesis del desarrollismo económico se modificaron para impulsar el crecimiento con importaciones tecnológicas, el endeudamiento externo y la promoción turística.

Sin embargo, esos cambios en lo político-económico no siempre impactaron favorablemente a las poblaciones campesinas —y mucho menos beneficiaron a los grupos étnicos—, aunque sea cierto que se modificaron las relaciones de clase, con lo que se generó una clase media urbana que se convirtió en una fuerza política de gran importancia, y por ende uno de los objetos discursivos nucleares de las prácticas institucionales.

Para los grupos étnicos, por el contrario, las prácticas discursivas lograban persuadirlos que el gobierno de la Revolución cumplía con los ideales sociales, lo que vino a reforzar el ejercicio de la hegemonía de los sectores mestizos para la dominación de los grupos étnicos.

El fortalecimiento del Estado mexicano se realiza con base en una producción discursiva institucional de carácter radical y a estrategias autoritarias en la mediación entre los diferentes sectores sociales, incorporándolos a las instituciones y anulando discursiva y físicamente cualquier disidencia para consolidar una ideología nacionalista que aparecía sustentada en un supuesto consenso político.

Sin embargo, esta situación de control total sobre las condiciones de producción del discurso y con ello la sustentación de las políticas sociales, hoy ha cambiado como lo demuestra el artículo sobre la expulsión que del INI hicieron en las comunidades yaquis de Rosa Rojas.<sup>4</sup>

*La decisión de tribu yaqui de expulsar al Instituto Nacional Indigenista generó preocupación en las esferas oficiales, “y no tanto por la institución sino por la decisión. No tiene gran impacto que haya sido golpeado el INI como una institución*

<sup>4</sup> La Jornada, 20 y 23 de septiembre de 1990.



pequeña... sino que la tribu haya decidido sacar a una institución. Generó preocupación porque han de decir que el problema es empezar”, afirmó Plutarco Sánchez, funcionario de Proasol.

“...una vez que tomó la tribu la decisión, el gobierno estatal empezó a colaborar con la comisión de la tribu para impulsar mecanismos que sustituyan lo relevante del INI, que era Salud, pues contaba con una unidad médica móvil y un odontólogo y los albergues”—añadió Sánchez, quien es también secretario técnico de la Comisión Coordinadora del Plan Integral de Desarrollo de la Tribu Yaqui.

En la actitud de las dependencias hacia la tribu “hubo algún cambio. “Hay y va a seguir habiendo ese rechazo de las instancias del gobierno hacia la tribu. Esto es lógico, al ser yaqui eres un revoltoso, eres grillo o antiinstitucional, pero ahora son más diplomáticos para mandarte a la chingada”—afirmó Silverio Jaime León, secretario de las Autoridades Tradicionales de Bacúm y jefe de zona de la Dirección de Educación Indígena de la SEP.

Lo que pasa es que la tribu [continuó] rebasó a la institución en la capacidad de gestión y de decisión, pero si ellos entendieran todo el sentido y no dividieran las fuerzas, ...todavía estarían trabajando normalmente”.

En realidad, este capítulo sociopolítico en los últimos años de la década del cincuenta quedó marcado por la represión exacerbada contra los movimientos y las prácticas discursivas sindicales de los maestros, de los trabajadores petroleros y de los electricistas: el consenso se sustituyó por el autoritarismo.

## La formación ideológica

La formación ideológica es una categoría que permite aprehender la complejidad del funcionamiento ideológico, que pasa por las contradicciones, las oscilaciones, las interpelaciones que podemos observar en su materialidad más primigenia, los discursos. En efecto, la producción discursiva del Estado de la revolución mexicana no ha tenido posiciones ideológicas unívocas, sino que ha expresado contradicciones que oscilan entre una conciencia revolucionaria y una conciencia fetichizada por la lógica del poder del Estado.

Igualmente, en el plano mundial, la lucha por la hegemonía ideológica entre la Unión Soviética y los Estados Unidos—desde el fin de la Segunda Guerra Mundial— se materializó en los discursos de la Guerra Fría.

En particular, para América Latina, el anticomunismo se constituyó como el objeto discursivo más importante, fenómeno que se explica porque los aparatos de hegemonía norteamericanos ya disponían de nuevos canales de comunicación masiva, situación que ayudó también decisivamente en la consolidación de la penetración económica, política y militar; sin embargo, como he señalado respecto a las contradicciones que siempre existen en el funcionamiento ideológico, la década de los sesenta quedó profundamente marcada por el triunfo de la revolución cubana en 1959.

En México, la ideología de la revolución mexicana manejada como componente básico del discurso cardenista impulsó organizaciones sindicales, populares y paraestatales, que perduraron hasta la década de los sesenta, permitiendo la expansión de los aparatos de hegemonía, así como de burocracias ordenadoras de ideas y acciones encaminadas a la integración de los sectores sociales del país en torno al gobierno de la Revolución. El Estado mexicano se abocó entonces a la consolidación de una identidad nacional, al diseñar y realizar proyectos institucionales que dictaron los modelos de educación, para la productividad y para la salud, principalmente.

Es interesante destacar que los aparatos de Estado que desempeñaron un papel decisivo en la atención para la salud de los grupos étnicos funcionaban con proyectos interinstitucionales que permitieron una mayor cobertura y una más profunda intervención en los sistemas culturales de tales grupos.

Dentro del discurso antropológico indigenista dominaban las ideas de desarrollismo económico y en menor medida las cuestiones de





ecología. Las esquematizaciones de su objeto discursivo principal giraban en torno al devenir de los grupos étnicos que estaban marginados del proceso de desarrollo nacional.<sup>5</sup>

Teóricamente, desde el materialismo cultural y luego desde el materialismo histórico se analizaban las regiones económico-culturales, donde las relaciones interétnicas se transformaban y se diluían en nuevas relaciones de clase que la expansión del capitalismo y la modernidad científica exigían.<sup>6</sup>

En las prácticas discursivas estatales no se evidenciaba con claridad la relación entre dos objetos discursivos: *los campesinos* y *los indígenas*. Tales objetos eran construidos y tratados como problemáticas de algún modo distintas. Sin embargo, el Estado requería una homologación entre estas dos dimensiones, para lograr la integración del campo, y su desarrollo enunciado y postulado por la Revolución. Por otro lado, para defender la necesaria integración entre los campesinos y los grupos

étnicos, se argumentaba que las relaciones interétnicas se subordinaban rápidamente a la estratificación socioeconómica con el desarrollo de las relaciones capitalistas de clase sobre las de carácter intercultural, lo que significaba la fatal ladinización y desaparición de los grupos étnicos y sus culturas.

La Programación institucional de la Salud de los grupos étnicos, según planteaba Aguirre Beltrán, debe considerar que una parte de su identidad cultural radica en sistemas médico-religiosos que no son suficientes ni para lograr auténticas curaciones, ni para prevenir determinadas enfermedades; tales argumentos justificaban la imprescindible capacitación especializada de médicos indigenistas que *indianizaran* las ciencias médicas, adaptándolas a las concepciones del mundo de esos grupos, para que fueran aceptadas.

Más que la posibilidad real de *indianizar* las ciencias médicas, estamos ante una estrategia discursiva que buscaba un efecto político en favor de la institución y constituyó, en realidad, una forma de eficacia simbólica en contra de los sistemas médicos vernáculos de los grupos étnicos.

## Las coyunturas del indigenismo

Desde la década de los cuarenta, el discurso indigenista había cobrado importancia con la celebración del *Primer Congreso Indigenista Interamericano* de 1940.

Algunos años antes, se fundó la Escuela Nacional de Antropología y con ello se establecieron convenios interinstitucionales para la inversión de capitales nacionales y extranjeros en proyectos relacionados con el mejoramiento de las condiciones de existencia de las comunidades campesinas en general y de los grupos étnicos en particular.

En 1948, se fundó el INI al mismo tiempo que se instaló en la ciudad de México la sede del Instituto Indigenista Interamericano, y entre 1951 y 1954 se crearon los primeros diez centros coordinadores regionales del INI.

Este proceso de creciente interés institucional por la cuestión étnica tuvo su cresta en los primeros años sesenta con la fundación del Museo Nacional de Antropología.<sup>7</sup>

Cada uno de estos eventos fue impactando las prácticas discursivas institucionales al perfilar nuevos objetos discursivos, generar cambios de sentido, establecer cortes<sup>8</sup> que correspondieron finalmente a las diferentes coyunturas en las que el gobierno de la Revolución logró expandir su control sobre la producción discursiva del indigenismo, para contradictoriamente ir en contra de los intereses mismos de estos grupos étnicos, que aparecían redundantemente como objetos discursivos tan importantes.

Es en este sentido que la instalación de los centros regionales del INI produce una coyuntura, cuyo efecto político favoreció la actividad institucional en la organización de los grupos étnicos. La relación interinstitucional de la SSA y del INI produce dispositivos estratégicos como los *Programas de Salud* para imponer a los grupos étnicos los valores de la nacionalidad mexicana.

<sup>5</sup> Javier Téllez Ortega, "La época de oro", en *La antropología en México*, INAH, México, 1987.

<sup>6</sup> Rodolfo Stavenhagen, "Clases, colonialismo y aculturación", en *Las clases sociales en México*, editorial Nuestro Tiempo, México, 1968.

<sup>7</sup> Téllez, *op. cit.*

<sup>8</sup> Regine Robin, "El campo semántico de la feudalidad en los 'Cahiers de doléances' generales de 1789" en *Estudios de historia social*, Revista del IESSS, número 2-3, Madrid, julio-diciembre de 1977.

Los *Programas de Salud* son el resultado de un proceso de interdiscursividad entre diferentes aparatos de hegemonía y, por lo tanto, transitan por dos prácticas discursivas institucionales: la médica científica y la indigenista. Más ampliamente, en esta interacción discursiva en que fueron producidos los *Programas* de 1955, aparecen también una serie de discursos referidos que son producidos por los grupos étnicos y que remiten a las prácticas médico-religiosas vigentes en esas comunidades.

## Analisis del discurso médico indigenista: Los sujetos y la construcción de los objetos discursivos

### Los sujetos del discurso en la dimensión enunciativa

Consideramos al sujeto del discurso como una instancia colectiva que va desde una dimensión psicológica hasta el lugar desde donde se producen los discursos en determinada formación social.<sup>9</sup> Por lo tanto, es un sujeto multidimensional que se aleja totalmente de la dimensión exclusivamente individual o personal, posición defendida por tantas filosofías.

El sujeto del discurso de los *Programas de Salud* está constituido por una compleja dimensionalidad, que pasa por Aguirre Beltrán como intelectual orgánico y llega a los aparatos de hegemonía del Estado mexicano. Tal planteamiento permite explicar desde qué lugar se produce el discurso, y por lo tanto, desde qué posición ideológica, aunque sea necesario afirmar con Pêcheux que tal relación no es directa ni simple.

Las formaciones imaginarias de los sujetos son condiciones de producción del discurso que no son pre o extra-discursivas. En este sentido, los sujetos productores del discurso médico indigenista construyeron como objeto discursivo nuclear a *indio/indígena* dentro de un campo semántico que abarca la infraestructura sanitaria en las comunidades y la *salud* colectiva e individual.

En el problema planteado, los sujetos que pueden hablar están sujetados por las condiciones de control ejercidas desde la producción discursiva hegemónica de los aparatos estatales. Así, el discurso médico-indigenista del gobierno de la Revolución fue determinando la configuración de los sujetos del discurso, tanto de las formaciones imaginarias del productor como de los receptores.

CUADRO I	
Sujeto A	F.I. de A sobre A. F.I. de A sobre B.
Sujeto B	F.I. de B sobre B. F.I. de B sobre A.
Referente	F.I. de A sobre R. F.I. de B sobre R.

En el proceso discursivo generado en torno a la salud institucionalizada para los grupos étnicos, cada sujeto produce diferentes discursos para cada uno de los diferentes interlocutores. En cada situación intersubjetiva se modifican los efectos de sentido al restringirse o ampliarse los significados, al desplazarse a los significantes identificándolos con otros; estos mecanismos explican los cambios de las formaciones imaginarias de los sujetos sobre sí mismos y sobre los objetos discursivos.

En este análisis, no me detendré en los sujetos productores, sino en evidenciar los sujetos receptores de tales discursos, y cómo están marcados enunciativamente. Se observan dos tipos de sujetos receptores:

a) Receptor directo: los médicos indigenistas.

*El Programa por supuesto quedará a cargo de un epidemiólogo altamente capacitado para dirigir y operar un proyecto que tendrá que lidiar con dificultades que emanan de la diversidad de culturas y de los variados niveles de aculturación.*<sup>10</sup>

b) Receptor indirecto: los curanderos de los diferentes grupos étnicos.

*La inclusión en el personal del Programa de individuos procedentes de las propias comunidades indígenas con un status adscrito es de importancia clave, es tan esencial como la adquiescencia y cooperación de los ancianos.*

*El entrenamiento y utilización de estos curanderos en los Programas de Salud ha sido intentado con cierto éxito.*<sup>11</sup>

Es necesario destacar en el análisis que el receptor indirecto tiene una multiplicidad de *identidades referenciales* en estos discursos institucionales:<sup>12</sup>

*... los individuos procedentes de las propias comunidades indígenas con el status adscritos.*

*Quienes ejercen la medicina tradicional. Muchos de los principales, por la calidad sacra de las funciones que desempeñan.*

<sup>9</sup> Aguirre, *op.cit.*, p. 19.

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 20.

<sup>12</sup> Cfr. Teun Van Dijk, *Texto y contexto*, Cátedra, Madrid, 1980.



Esta modalidad de enunciación busca entonces un efecto en la re-  
glamentación médico rural-curandero en el que es un imperativo la  
conversión del segundo con una aparente adaptación del primero:

*Normas básicas...la primera impone llevar la medicina al  
indígena sin esperar que éste venga a la medicina.*

*...descender la medicina científica al nivel de la cultura de la  
comunidad.*

*...[se] emplea, fundamentalmente, el proceso de endo-  
culturación...para inducir nuevas ideas y mejores prácticas.<sup>15</sup>*

Como se evidencia en estos fragmentos discursivos, el objetivo del  
discurso, lejos de ser la salud misma de los grupos étnicos, es encontrar  
los mecanismos por medio de los cuales, los sujetos que sustentan y  
defienden sistemas médicos no científicos sean convertidos en los  
principales agentes del cambio hacia la aceptación comunitaria de  
nuevos hábitos e ideas que se refieran a su propia salud:

*...curanderos dedicados no sólo a la  
atención de la persona enferma sino...al  
tratamiento de las causas del malestar  
social.*

*Curanderos y comadronas.*

*Comuneros que aún no alcanzan tan  
elevada posición...pero que están abo-  
cados a ejercer con el tiempo el papel de  
dirigentes.<sup>13</sup>*

Ese receptor indirecto es en realidad uno de  
los objetos discursivos nucleares de los *Progra-  
mas*. Se ha resaltado que aparece con varios  
lexemas y en varios sintagmas, problemática  
que ameritaría un análisis posterior.

El discurso presenta también una función  
performativa que induce a una relación entre el  
receptor directo y el indirecto. La intención es  
que, finalmente, el médico rural se identifique  
cabalmente con el sujeto productor del discurs-  
so, las instituciones y convierta a los curanderos  
en receptores directos de la capacitación  
científica indicada en los Programas:

*El personal profesional y subprofesional,  
a cuyo cargo queden las distintas fases  
del Programa, habrá de contar con una  
correcta preparación científica y el propio  
personal de base, reclutado en las comu-  
nidades indígenas, sufrirá el adiestra-  
miento requerido para su adecuada  
capacitación.<sup>14</sup>*

*En la situación indígena la consecución de una conducta  
higiénica impone modificaciones profundas en los elementos  
de una cultura.*

*...significa un compromiso con las creencias y prácticas  
mágico religiosas de las comunidades indígenas que habrán  
de ser respetadas ...al incluir ideas y patrones de acción  
rationales con el fin de ayudar al indígena a reinterpretar los  
nuevos elementos ...para lograr una conducta higiénica.*

*...no quiere decir que la indigenización de la medicina cientí-  
fica llegue a tal punto que pase por alto creencias y prácticas  
altamente nocivas o que pongan en peligro el tratamiento  
moderno.<sup>16</sup>*

La estrategia discursiva está sumamente bien construida para que  
los receptores perciban con claridad el objeto discursivo explícito  
que quiere transmitirse; sin embargo, un análisis más detenido de los  
argumentos permite develar el objeto discursivo implícito que es moder-  
nizar los sistemas de salud que utilizan *los indígenas*, y no propiamente  
la búsqueda de una integración que parte del respeto a los sistemas  
médicos de los grupos étnicos. En efecto, el descubrimiento del juego de  
lo explícito y lo implícito y su fundamental importancia para el funciona-  
miento de lo ideológico, de la persuasión, es uno de los aportes más  
fecundos del análisis del discurso.

## La construcción de los objetos discursivos

En el discurso de los *Programas de Salud en la situación intercultural*,  
considero dos objetos nucleares con sus variantes sintagmáticas:<sup>17</sup>

Primer objeto nuclear: *Programas de Salud interculturales*

Variantes:

—Programas.

<sup>15</sup> *Ibidem*, p. 15-32.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> Para mayor amplitud, véase Anexo: *los enunciados base del análisis*.

<sup>13</sup> Aguirre, *op.cit.*, p. 15-32.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 19.

- Programas de Salud.
- Programas de desarrollo.
- Programas de desarrollo regional integrales.
- Servicios.
- Servicio social.

Segundo objeto nuclear: indios indígenas

En este objeto discursivo observamos dos dimensiones, una, de referencia general y otra, de referencia particular.

Variantes de referencia general:

- Indios.
- Indígenas.
- Pueblo.
- Grupo subordinado.
- Comunidades.
- Comunidades indígenas.
- Campo indígena.
- Zona indígena.
- Sociedades indias.

Variantes de referencia particular:

- Mandonos.
- Principales.
- Curanderos.
- Médico-hechiceros.
- Quienes ejercen la medicina tradicional.
- Individuos con *status*.
- Interesados.

## 1. Análisis del primer objeto discursivo nuclear: Programas de Salud interculturales

En primer lugar, observamos que en este objeto discursivo existe una variación léxica entre *Programas de Salud* y *Servicio social*, que permite establecer una equivalencia entre los dos sintagmas por considerarlos de un mismo campo semántico:

*Los Programas de Salud son implementados por el Estado.*

*Los Programas de Salud son financiados por el Estado.*

*Los Programas de Salud son un servicio social.*

*La población tiene derecho al servicio social.*

*La población tiene derecho a los Programas de Salud.*

La construcción de este objeto discursivo pasa por una serie de predicaciones que establecen determinadas clases de equivalencia. Los predicados-base abarcan las modalidades del *ser*, *hacer*, *deber ser* y *deber hacer*. Por el tipo de discurso que estamos analizando, las cargas valorativas de tal objeto discursivo son siempre positivas, aunque aparezcan algunas negativas pero son secundarias. Para visualizar mejor tales construcciones, diagramo los enunciados por grupos:

Los Programas de Salud son:

- Un servicio social a la población.
- Parte de un Programa de desarrollo integral.
- Acoplados a un Programa integral de cambio cultural.



Los Programas de Salud *deben*:

- Llevar la medicina al indígena.
- Estar dotados de movilidad e iniciativa.
- Superar la dispersión de la población.
- Generalizar una conducta higiénica.
- Alcanzar niveles de salud acordes con el progreso de la medicina científica.
- Inducir nuevas ideas.
- Inducir mejores prácticas.

Los Programas de Salud *deben*:

- Modificar conductas inconvenientes.
- Recondicionar patrones de conducta.
- Realizar un profundo cambio cultural.
- Impulsar costumbres sanitarias.
- Impulsar hábitos Saludables.
- Impulsar patrones de conducta.
- Integrarla medicina al contexto cultural.

Los Programas de Salud *requieren conectarse* con programas de:

- Mejoría económica.
- Desarrollo agrícola.
- Organización social.
- Control social.
- Educación básica.
- Gobierno.

El Programa de Salud:

- Modifica las prácticas tradicionales de medicina.
- Libera a las comunidades indígenas de la ansiedad.
- Menoscaba la autoridad de los ancianos.
- Menoscaba el control social de los ancianos.
- Repercute sobre la economía.

—*Perturba* la economía de subsistencia de las comunidades.

—*Controla* brotes epidémicos.

—*Origina* disminución de la criminalidad.

—*Merma* las muertes violentas de brujos y hechiceros.

—*Interviene* en todos los aspectos de la cultura.

—*Eleva* los niveles de aculturación de las comunidades.

—*Favorece* la integración nacional.

En este último grupo, la construcción del objeto discursivo lo articula directamente con el segundo objeto nuclear: *indios/indígenas*. La modalidad del hacer, materializada en diferentes predicados, amerita un análisis posterior, pero podemos afirmar que abarca cargas valorativas positivas y negativas.<sup>18</sup> En síntesis, la construcción del objeto discursivo *Programas de Salud* tiene como objetivo principal convencer a las comunidades indígenas de sus "bondades", o sea, convencerlas de que mejorará la salud colectiva y que se permitirá la existencia de los brujos y hechiceros.

## 2. Análisis del segundo objeto discursivo nuclear: indios/indígenas

En este objeto discursivo se busca la construcción de una formación imaginaria de los grupos étnicos que se quiere difundir e implementar como la verdadera; tal cons-

trucción pasa básicamente por las modalidades del *ser* y del *hacer*. Las cargas valorativas, en oposición al objeto discursivo anterior, son más bien negativas que positivas, como se evidencia en los enunciados siguientes:

Los indígenas:

—*Habitan* en comunidades dispersas.

—*Habitan* con una cierta independencia.

—*Poseen* una cultura diferente a la nacional.

—*Presentan* diferentes niveles de integración.

—*Viven* condiciones desventajosas de salubridad.

—*Ignoran* la causalidad natural de las enfermedades.

—*Se ven compelidos* a solicitar tratamiento clínico.

—*Están obligados* por incapacidad y sufrimiento.

Todos estos enunciados producen un sentido discursivo específico sobre los grupos étnicos, que aquí aparecen como indígenas, y esto es importante porque tal sentido está construido con base en una formación ideológica dominante, con lo cual podemos justificar por qué nuestro análisis no puede ser exclusivamente lingüístico.

La secuencia de enunciados, en algunas ocasiones, conforma un silogismo lógico complejo con las mismas intenciones de intervención y de persuasión:

—En las comunidades indígenas gobiernan principales y mandones.

—Los mandones motivan la acción de la comunidad.

—La acción de la comunidad asegura el éxito del Programa.

—Los mandones se atribuyen poder mágico.

—Los mandones conservan el estado de cosas.

—Los principales son curanderos.

—El entrenamiento y la utilización de curanderos en los Programas se ha intentado con éxito.

—Las capacitación de curanderos es posible mientras no modifiquen las actitudes y creencias.

Otros enunciados son más sutiles:

—Algunos comuneros jóvenes que tienen un status adscrito, ejercerán con el tiempo el papel de dirigentes, no tienen conocimientos mágicos.

—La ausencia de conocimientos mágicos facilita el entrenamiento de comuneros jóvenes en la medicina científica.

Finalmente, encontramos enunciados que están dirigidos casi exclusivamente a los médicos indigenistas, receptores directos de este discurso:

El conocimiento de la medicina indígena:

—*Permitirá* al médico adscribir nuevos valores.

—*Facilitará* la aceptación del médico en la comunidad.

—*Permitirá* las continuidad del Programa.

La religión del indígena:

—*Influye* sobre la medicina.

—*Influye* sobre la economía.

—*Deriva* de conceptos mágico-religiosos.

La construcción de objetos discursivos analizados, su ubicación en campos semánticos permitió establecer los mecanismos de la cons-



<sup>18</sup> Cfr. Robin, *op.cit.*

trucción del sentido que pasó por analogías, equivalencias, oposiciones, exclusiones, ampliaciones y restricciones. De hecho, intentado llegar a la macroestructura semántica de este discurso, que obviamente rebasa los límites de la frase, como plantea Van Dijk.<sup>19</sup>

La estrategias discursivas utilizadas en los *Programas de Salud*, como he señalado, contribuyeron decididamente y aún lo siguen haciendo, en la construcción de la hegemonía del Estado mexicano. Sin embargo, la hegemonía nunca logra limar todas las contradicciones y, el discurso de la antropología indigenista, que procuró apoyarse en el carácter cientificista del discurso médico para construir un consenso político, si lo logró, no lo pudo sostener. Hoy, más que nunca, el ejercicio de la hegemonía es un ámbito de gran tensión discursiva para la antropología. Las relaciones interétnicas han sido ambiguas y permanentemente negadas, porque las comunidades étnicas no son reconocidas como sujetos interlocutores del Estado, sino como objetos burocráticos del consenso político.

## Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Regiones del refugio*, INI, México, 1962.  
—*Medicina y magia*, INI, México, 1963.  
—*Programas de Salud en la situación intercultural*, IMSS-INI, México, 1980.  
—*Antropología médica*, La casa chata, México, 1985.  
Bambirra, Vania, *El capitalismo dependiente latinoamericano*, Siglo XXI Editores, México, 1974.  
Bartra, Roger, *Breve diccionario de sociología marxista*, Grijalbo, México, 1978.  
Benveniste, Emile, *Problemas de lingüística general*, Siglo XXI Editores, tomos I y II, México, 1979.  
Carbo, Teresa, "El debate indigenista en México", en *Discursos*, número 3, enero-abril, CCH-UNAM, México, 1984.  
Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo en América Latina*, Siglo XXI Editores, tomos I y II, México, 1969.  
Escurre, Ana María, *Agresión ideológica contra la revolución sandinista*, IEPALA, Madrid, 1983.  
—Religión y política, IEPALA, Madrid, 1986.  
España Caballero, Arturo, "La presencia social y el populismo nacionalista", en *La antropología en México*, INAH, México, 1987.  
Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI Editores, México, 1966.  
—*El orden del discurso*, Tusquets Editores, Barcelona, 1980.  
Franco, Víctor, *Tesis de licenciatura*, ENAH, México, 1987.  
Giménez, Gilberto, *Poder, Estado y discurso*, UNAM, México, 1980.  
—"Discusión anual sobre la argumentación", en *Discursos*, número 10, septiembre-diciembre, CCH-UNAM, México, 1989.  
Haidar, Julieta, *Notas sobre un curso optativo de la licenciatura de lingüística/Teoría del discurso*, ENAH, México, 1990.  
Hewit de Alcántara, Cinthia, *Imágenes del campo*, El Colegio de México, México, 1989.  
Jinich, Horacio, "Algunas notas sobre el discurso médico", en *Discursos*, número 4, mayo-agosto, CCH-UNAM, México, 1979.

<sup>19</sup> Van Dijk, *op. cit.*

Maingueneau, Dominique, *Introducción a los métodos del análisis del discurso*, Hachette, Universidad de Buenos Aires, 1980.

Martínez Cortés, Carlos, *Historia general de la medicina en México*, El Colegio de México, México, 1979.

Monteforte Toledo, Mario, "Comentario a 'Los manuales de historia de la Tercera República Francesa: un problema de hegemonía ideológica' de Regine Robin", en *El discurso político*, México, 1980.

Pêcheux, Michel, *Hacia el análisis automático del discurso*, editorial Gredos, Madrid, 1975.

Perus, Françoise, "Cultura, ideología, formaciones ideológicas y prácticas discursivas" en *Discursos*, número 5, enero, CCH-UNAM, México, 1983.

Robin, Regine, "El campo semántico de la feudalidad en los 'Cahiers de doléances' generales de 1789" en *Estudios de historia social*, Revista del IESSS, número 2-3, Madrid, julio-diciembre de 1977.

—"Los manuales de historia de la Tercera República Francesa: un problema de hegemonía ideológica", en *El discurso político*, México, 1980.

Stavenhagen, Rodolfo, "Clases, colonialismo y aculturación", en *Las clases sociales en México*, editorial Nuestro Tiempo, México, 1968.

Télez Ortega, Javier, "La época de oro", en *La antropología en México*, INAH, México, 1987.

Van Dijk, Teun, *Texto y contexto*, Cátedra, Madrid, 1980.

Voloshinov, V.N., *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.



## Anexo: Los enunciados base para el análisis

1. Los enunciados que tienen como objeto discursivo el sintagma *Programas de Salud*

Todo *Programa de Salud* requiere la participación de la comunidad. La participación de la comunidad indígena en el *Programa de Salud* se da si se crean motivaciones.

La conducta a seguir no es imponer un *Programa de Salud* rígido. Un *Programa de Salud* rígido resuelve los problemas con normas científicas.

El conocimiento de la cultura permitirá un *Programa de Salud*. El conocimiento de formas de control social permitirá un *Programa de Salud*.

La acción de la comunidad asegura el éxito del *Programa*. La inclusión en el *Programa* de individuos de las comunidades indígenas con *status* es esencial.

El entrenamiento de los curanderos en los *Programas* se ha intentado con cierto éxito.

La utilización de curanderos en los *Programas* se ha intentado con cierto éxito.

La capacitación de curanderos y comadronas es deseable y posible mientras los *Programas de Salud* no modifiquen actitudes y creencias.

Los *Programas de Salud* son implementados y financiados por el Estado.

Los *Programas de Salud* son un *Servicio Social* a la población. La población tiene derecho al *Servicio Social*.

Las posibilidades del erario público son limitadas.

Las comunidades indígenas pueden sostener en parte un *Programa de Salud*.

Las comunidades indígenas tienen la capacidad económica para cubrir *servicios* mínimos.

Los *Programas de Salud* deben ajustarse a ciertas normas.

Los *Programas de Salud* deben llevar la medicina al indígena. Todo *Programa de Salud* debe estar dotado de movilidad e iniciativa del personal.

Todo *Programa de Salud* debe superar la dispersión de la población indígena.

La finalidad de un *Programa de Salud* es generalizar una conducta higiénica en las comunidades.

La finalidad de un *Programa de Salud* es alcanzar niveles de *Salud* acordes con los progresos de la medicina científica.

El *Programa de Salud* necesita impulsar el establecimiento de costumbres sanitarias.

El *Programa de Salud* necesita impulsar la formación de hábitos Saludables.

El *Programa de Salud* necesita impulsar patrones de conducta para prevenir enfermedades.

El *Programa de Salud* logra sus objetivos con el empleo del proceso de endoculturación.

El *Programa de Salud* logra sus objetivos con procedimientos que proporciona la educación.

El *Programa de Salud* se vale de la educación para inducir nuevas ideas.

El *Programa de Salud* se vale de la educación para inducir mejores prácticas, de renovar hábitos dañinos y de recondicionar patrones de conducta insalubres.

El *Programa* ha menester de la modificación de costumbres inconvenientes.

La educación higiénica está encaminada a realizar un profundo cambio cultural.

El *Programa de Salud Intercultural* variará los métodos de aproximación al problema y descenderá la medicina científica al nivel de la cultura de la comunidad.

El *Programa de Salud* obliga a integrar la medicina al contexto intercultural.

El *Programa de Salud* considera importante la nutrición, el saneamiento del medio, el cuidado materno infantil, la prevención de enfermedades infecciosas, la asistencia curativa clínica y la educación higiénica.

Los *Programas de Salud* son parte de *Programas más amplios de desarrollo integral*.

En los *Programas de Salud* hay una integración de contenido. En los *Programas de Salud* debe haber una integración funcional.

Un *Programa de Salud* no afecta exclusivamente el bienestar físico y mental de individuo, implica también un bienestar social.

Un *Programa de Salud* requiere conectarse con *Programas* de mejoría económica de desarrollo agrícola, de organización social, de control social, de educación básica y de gobierno.

Un *Programa de Salud* debe estar acoplado a un *Programa Integral de Cambio Cultural*.

Un *Programa de Salud* modifica las creencias y las prácticas tradicionales de medicina.

Un *Programa de Salud* introduce alteraciones en la religión.

Un *Programa de Salud* libera a las comunidades de la ansiedad.

Un *Programa de Salud* imbuje ideas y prácticas racionales.

Un *Programa de Salud* menoscaba la autoridad y el control social de los ancianos.

Un *Programa de Salud* repercute sobre la economía y crea necesidades de dinero.

Un *Programa de Salud* perturba la economía de subsistencia de las comunidades, las formas de trabajo cooperativos y el sistema de administrar el prestigio.

Las comunidades utilizan el sistema de prestigio para cubrir los *servicios* de los especialistas indígenas de la medicina.

Un *Programa de Salud* controla brotes epidémicos, origina disminución de la criminalidad y merma las muertes violentas de brujos y hechiceros.

Un *Programa de Salud* interviene en la organización social, la educación, las ideas estéticas, el sistema de valores y en todos los aspectos de la cultura.

Los *Programas* elevan los niveles de aculturación de las comunidades y favorecen la integración a la sociedad de las comunidades.

Los *Programas* obtienen una conducta higiénica en el pueblo.

Los *Programas de Salud* deben formar parte de un *Programa de Desarrollo Regional Integral*.

Un *Programa de Desarrollo Regional Integral* ataca todas las facetas de la situación intercultural y consigue un bienestar físico, mental y social de la comunidad

2. Los enunciados que tienen como objeto discursivo los lexemas o sintagmas que denotan al sujeto étnico receptor indirecto de los *Programas*:

En las *zonas indígenas* coexisten los mestizos y los *indios*. Los *indígenas* poseen una cultura distinta a la nacional. Los *indígenas* presentan diversos niveles de integración. Las creencias de los *indígenas* derivan de conceptos mágico-religiosos.

Las prácticas médicas de los indígenas derivan de conceptos mágico-religiosos.

Los *indígenas* acuden a *especialistas nativos*.

En el campo *indígena* la atención al enfermo se lleva a cabo en un ambiente cálido.

En el campo *indígena* no existe la posibilidad de una intervención quirúrgica.

El *indígena* vive condiciones desventajosas de medicina y salubridad.

Pocas veces se da protección sanitaria en la *comunidad indígena*.

Los *indígenas* se ven obligados a aceptar la atención del hospital.

La interacción entre los *indios* y mestizos genera tensiones y ansiedades.

El agua potable no es motivo de preocupación para los *indígenas*. La habitación higiénica y la prevención no son preocupación para los *indígenas*.

Los *indígenas* ignoran la causalidad natural de las enfermedades. Los *indígenas* no ven la necesidad de ofrecer cooperación por métodos que no comprenden.

El problema social debe ser sentido como tal por la *comunidad indígena*.

El problema social debe ser sentido como tal por el *grupo marginado*.

El problema social debe ser sentido como tal por los *interesados*.

En las *comunidades indígenas* gobiernan los *principales* y *mandones*. Los *mandones* motivan la acción de la *comunidad*.

La acción de la *comunidad* asegura el éxito del Programa.

La inclusión en el Programa e individuos de las *comunidades indígenas con status* es esencial.

Los *individuos con status* no son sujetos que acepten innovaciones. La autoridad de los *mandones* está respaldada por creencias en el poder mágico.

Los *mandones* se atribuyen poder mágico.

Los *mandones* favorecen la conservación del estado de cosas. El estado de cosas ha permitido la subsistencia del *grupo*.

Los *principales* tienen una función sacra, juegan roles importantes en la resolución de ansiedades por plagas y epidemias y por fenómenos meteorológicos.

Los *principales* son *curanderos*. Los *principales* son *médicos-hechiceros*.

Los *curanderos* se dedican al tratamiento de las causas del malestar social de la *comunidad* y no se dedican a la atención de la persona enferma.

El entrenamiento y la utilización de los *curanderos* en los Programas se ha intentado con éxito.

En las *sociedades indígenas* los procesos de individuación apenas se inicia.

La capacitación de *curanderos* y *comadronas* es posible y deseable mientras los Programas de Salud no modifiquen actitudes y creencias.

La capacitación de *curanderos* y *comadronas* es difícil en las *comunidades indígenas*.

*Quienes ejercen la medicina tradicional* son un número considerable y están dispersos en un territorio extenso.

Las ideas y patrones de acción de la *medicina tradicional* son conservadores y están ligados a un *sistema mágico-religioso* y están sostenidos por la presión social.

*Algunos comuneros jóvenes* tienen un *status* adscrito, ejercerán con el tiempo el papel de *dirigentes* y no tienen conocimientos especializados mágico-tradicionales.

La ausencia de conocimientos mágico-tradicionales facilita el entrenamiento de los *comuneros jóvenes* en la medicina científica.

La participación de la *comunidad* no se limitará a las *personas clave*.

Los *indígenas* se abstienen de concurrir en demanda de auxilio para prevenir o curar los padecimientos y se ven compelidos a solicitar tratamientos porque están obligados por sufrimiento o incapacidad.

El conocimiento de la *medicina indígena* permitirá al médico adscribir nuevos valores, facilitará la captación del médico en la *comunidad* y permitirá la continuidad del Programa.

El sano juicio del médico regulará la aceptación de la medicina por las *comunidades indígenas*.

El *promotor indígena* abre las puertas de la *comunidad*. Existe interdependencia económica entre *indios* y mestizos. (Hay) *comunidades indígenas* donde la integración de la cultura es aparente, donde las creencias y las prácticas médicas representan una unidad y donde hay unidad de pensamiento y acción.

Las *comunidades* utilizan el sistema de prestigio para cubrir los servicios de los *especialistas indígenas de la medicina*.

Un Programa de Salud merma las muertes violentas de *brujos* y *hechiceros*.

La religión del *indígena* influye sobre la medicina y sobre la economía.

Los Programas obtienen una conducta higiénica en el *pueblo*.