



Virgen de Guadalupe intercediendo por la epidemia de matlazahuatl de 1737 en la Ciudad de México. José de Ibarra (diseño) y Baltazar Troncoso (dibujo y grabado), 1746.

# La pandemia y la trama indígena

(Segunda y última parte)

*Lo que dejó imborrable impresión en mi espíritu... Las calles silenciosas y desiertas... los templos con puertas abiertas de par en par con mil luces en los altares, la gente arrodillada con los brazos en cruz derramando lágrimas... el chirrido lúgubre de carros que atravesaban llenos de cadáveres... espantosa soledad y silencio como si se hubiese encomendado su custodia al terror de la muerte...*

Guillermo Prieto Pradillo (1818-1897)  
Memorias de mis tiempos

JORGE SÁNCHEZ CORDERO\*

**L**a ilustración trajo consigo una nueva forma de razonar; todo conocimiento había que fundarlo en lo sucesivo en la razón y no en el dogma de fe. A partir de esta premisa se gestó un cambio radical en la concepción sobre las epidemias: comenzó a privilegiarse el énfasis en la salud y en el desarrollo de la medicina preventiva. Asimismo, se establecieron las bases metodológicas de la *medicalización de la muerte*, consistentes en alejar a los muertos de los vivos, y a los enfermos —pero también a los ancianos y a los agónicos— de los sanos.

Dentro de esta nueva perspectiva, en julio de 1802 Francisco Xavier Balmis, médico personal de Carlos IV, inició por órde-

nes del Consejo de Indias la primera campaña de vacunación en tierras mexicanas. La renuencia social empero obstaculizó el proyecto, en medio de prejuicios imbuidos de tradiciones y supersticiones.

Esteban Morel (1744-1795), médico francés que llegó a radicarse en la Nueva España, se enfrentó a una intransigencia todavía mayor, que habría de llevarlo, aparentemente, al suicidio: la Inquisición lo procesó y encarceló por sus intentos de introducir la vacunación en 1779 (Liliana Schifter Aceves et al).

José Ignacio Jove, presidente del Protomedicato, la institución sanitaria virreinal, llegó a sostener que la epidemia de tifo de 1813 era un castigo divino. Argumentos como éste sos-

layaban empero los contrastes sociales de la metrópoli, una de cuyas manifestaciones era la indigencia de los naturales y el sometimiento del que eran víctimas; condiciones propicias para las enfermedades y los contagios.

Con el impulso, entre otros personajes, del obispo ilustrado Juan Cruz Ruiz de Cabañas (1752-1824), fundador del hospicio que lleva su nombre en Guadalajara, se modificó el sistema de entierros para la prevención de enfermedades; los cementerios fueron distanciados de los templos, situándolos fuera de las urbes. A finales del siglo XVIII, en la Ciudad de México, el arquitecto Manuel Tolsá diseñó un proyecto de panteón general —término introducido en la época—, pero éste se extravió en los arcanos de la burocracia virreinal.

El clero ilustrado apoyó la nueva disposición de los cementerios y esgrimió para ello argumentos como el de la necesidad de preservar la majestad y el decoro de los recintos. La práctica de la incineración, prohibida desde tiempos de Carlo Magno (785), encontró todavía mayores obstáculos, pues interfería con el dogma de la resurrección de los cuerpos en el juicio final bíblico y con la categoría del cuerpo como templo del Espíritu Santo.

La resistencia contra los planes sanitarios que incidían en la reubicación de los cementerios provenía sobre todo de la aristocracia y de los clérigos, quienes veían mermar con ello las contribuciones parroquiales de los fieles. El corolario era predecible: los sepulcros para los indígenas quedaron confinados en los camposantos, y los de las personas acaudaladas continuaron enraizados en la fastuosidad de las iglesias como túmulos funerarios.

En 1812 empezaron a manifestarse los primeros síntomas de las llamadas fiebres misteriosas: pese a las medidas cautelares, ya para 1813 se había generalizado la pandemia de tifo, incluso en la Ciudad de México.

La antigua jerarquización social novohispana entre peninsulares y criollos —principales eslabones de la estratificación social mexicana— se transfiguró por motivos de estatus y posición económica. En los barrios depauperados de la ciudad los indígenas estaban confinados en condiciones de insalubridad que favorecían la expansión de epidemias. Con el tiempo el tifo se convirtió en la primera causa de mortalidad en México en el siglo XIX (Lourdes Márquez Morfín).

El cólera morbo de 1833 dejó también duras secuelas; ingresó a México por la ruta de la plata y por el sureste. Ya para julio y agosto se había extendido por todo el territorio nacional. Las turbulencias bélicas agravaron la situación.

En la Ciudad de México las comunidades indígenas estaban asentadas sobre todo en las inmediaciones de la Parroquia de la Santa Cruz y la Soledad, situada en el centro, así como en las cercanías de la iglesia de San Sebastián. Ambas zonas registraron uno de los mayores índices de mortalidad (María del Pilar Velasco). La población del oriente se singularizaba también por la insalubridad y la marginación social, por lo que en cierta forma era víctima de enfermedades y epidemias recurrentes.

El país siguió siendo asolado por diversos brotes epidémicos; 1857, 1871 y 1889 fueron años extremadamente críticos. En 1882 cundió el cólera en el sureste. Llamada *epidemia de países pobres*, esta enfermedad seguiría hostigando a la población mexicana: el último brote, en este caso comunitario, se presentó en 2013 en la localidad de Oxtomal, en Huejutla de Reyes, Hidalgo, y se originó por la contaminación del río Chinguiñoso.

## Cambio de paradigma

El siglo XX mexicano se inicia con la epidemia de peste bubónica de Mazatlán en 1902 y la perenne fiebre amarilla en

gran parte del territorio nacional, que dieron pie a las primeras campañas sanitarias en el porfiriato. En 1915, ya en plena gesta revolucionaria, se desató una epidemia de tifo exantemático (Miguel Ángel Cuenya).

La revolución, la hambruna, la migración y la pandemia de influenza española de 1918 diezmaron severamente a la población mexicana.

Se estima que de las 2 millones de muertes registradas como consecuencia del movimiento armado, 300 mil ocurrieron a causa de esta pandemia.

En donde se focalizó más la mortandad fue en el norte del país y en los barrios marginales de la Ciudad de México, como Tacuba, Tlalnepantla y Azcapotzalco, habitados mayoritariamente por indígenas, quienes se vieron obligados a envolver los cadáveres en petates ante la imposibilidad de sufragar féretros. En estados como Tlaxcala, Puebla y Morelos la ayuda llegó tardíamente (Lourdes Márquez Morfín y América Molina del Villar).

En los gobiernos posrevolucionarios el desasosiego en materia de sanidad pública era indicativo de las altas tasas de mortalidad de la época. En lo sucesivo, las políticas de salud pública tuvieron reconfiguraciones trascendentes. Julio Frenk y Octavio Gómez-Dantés han identificado tres generaciones de reformas en el ámbito de la salud:

La primera corresponde a la formación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. En esta etapa la cobertura en las comunidades indígenas se vio fortalecida entre 1936 y 1946 con la incorporación de pasantes de medicina llamados entonces *evangelizadores de la salud*, y con la implantación de servicios médicos ejidales cooperativos. Estas iniciativas coadyuvaron a mitigar la insalubridad en las zonas indígenas (Miguel E. Bustamante Vasconcelos, 1898-1986).

La segunda generación de reformas abarca la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), una de las instituciones insignia de la salud pública que, con el tiempo, dio lugar empero a una segregación entre las personas que tenían el privilegio de contar con un trabajo remunerado y que con sus cuotas pagaban su acceso a los servicios de salud, y el resto de los ciudadanos —la eufemísticamente llamada *población abierta*—, cuyos derechos eran nebulosos y entre los que se encontraban los indígenas. Fue hasta 1997 cuando el IMSS empezó a modificar su perspectiva con la implantación del Seguro Social de Salud para la Familia.

La tercera generación de reformas se caracterizó por un cambio sustancial, entre 1982 y 1988, del paisaje jurídico en la materia y la multiplicación de iniciativas como la creación del Instituto Nacional de Salud Pública, el Programa de Vacunación Universal y de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

El epitome de esta tercera generación de reformas es la Ley General de Salud (LGS); una legislación programática del artículo cuarto constitucional. Ésta crea entre otros el Sistema de Protección Social en Salud (*Diario Oficial de la Federación* del 7 de febrero de 1984), que cambia el enfoque hacia un estado de bienestar; modelo que ahora recoge el Instituto de Salud para el Bienestar.

La idea motriz de la LGS es asegurarle a la población, incluida desde luego la indígena, un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Más aún, esta ley dispone que el acceso a la salud y a medicamentos debe ser gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación. ▶



Fumigación manual de las calles en Mazatlán

WELLCOME COLLECTION

A la LGS se coligarían los programas de Extensión de Cobertura (PEC), Comunitario Rural (PCR), de Salud Rural (PSR), de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), de Ampliación de Cobertura (PAC), el Componente de Salud del Programa Oportunidades (Prospera), el de Inclusión Social y el de Caravanas de la Salud o Unidades Médicas Móviles, que mitigaron de alguna forma las precarias condiciones de salud de las comunidades indígenas.

## La obcecada realidad

El siglo XXI mexicano se inició con la presencia del zika, infección viral transmitida por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*, y la pertinacia del dengue y la chikungunya, que son secuelas de la insalubridad y causaron estragos en los pueblos originarios.

La frontera sur del país ha constituido un desafío en la materia y puede ser tomado como un prototipo de la situación sanitaria indígena. En Chiapas y el resto del sureste, regiones que se destacan por su gran riqueza cultural, se hablan 29 lenguas autóctonas con 50 variantes lingüísticas, aunque la zona carga un estigma por sus patéticas disparidades socioeconómicas, étnicas y de género. La exclusión social y la marginación se expresan en las difíciles condiciones en las que viven las comunidades indígenas de la región, categorizadas como pobreza extrema por el Consejo Nacional de Evaluación (Coneval).

La realidad de los pueblos indígenas contrasta con la retórica gubernamental. Por mencionar un drama de muchos, entre los indígenas chiapanecos la mortalidad materna alcanza 64% por cada 100 mil infantes nacidos vivos (Héctor Díaz López y Gerardo González Figueroa).

El problema relativo a las especificidades culturales ha generado serias discrepancias político-administrativas. La LGS obliga a la Secretaría de Salud, a las entidades federativas y a las autoridades indígenas a concertar acciones en la materia, entre ellas la institución de la figura del auxiliar comunitario de salud.

De igual manera, la LGS exige el fomento del conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y su práctica en condiciones adecuadas, y no obstante que obliga a conside-

rar las costumbres indígenas, éstas suelen ser desdeñadas. Peor aún: prevalecen las decisiones verticales y los ucases centralistas. La migración también ha planteado problemas sanitarios de gran magnitud.

Ante la impasibilidad de las autoridades en lo que respecta a la atención de las comunidades autóctonas, María de Jesús Patricio Martínez, vocera del Congreso Nacional Indígena (CNI), hizo un llamado al gobierno federal para que despliegue con urgencia medidas de prevención contra el covid-19.

## Epílogo

El abandono secular de los pueblos indígenas del país queda evidenciado en un caso como el de la solicitud de amparo y protección de la justicia federal interpuesta por el Movimiento Campesino Regional Independiente (Mocri) con el propósito de exigir que se traduzcan al tzotzil, tzeltal, zoque y chol las medidas necesarias para enfrentar la pandemia del covid-19 (amparo 329/2020, Juzgado 5° de Distrito en Materia de Amparo y Juicios Civiles Federales).

De hecho, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su resolución del 1 de abril pasado sobre la pandemia y los derechos humanos en las Américas, ya había conminado a los Estados a proveer de recursos y medidas sanitarias a los pueblos originarios para evitar los efectos de la pandemia.

El precedente de Santiago El Pinar es ilustrativo; en esta localidad, situada en la región norte-selva de Chiapas, se realizó una inversión cuantiosa para hacer de ese municipio una ciudad sustentable como parte del programa Proyecto Ciudades Rurales Sustentables (noviembre de 2007); provista de todos los servicios, incluyó lo que se llama con grandilocuencia un hospital comunitario (Centro de Salud de Servicios Ampliados) para dar atención a 11 localidades. Sin embargo, las autoridades que diseñaron el proyecto perdieron de vista que los pobladores iban a tener que transportarse por más de dos horas, amén del costo del traslado, para tener acceso a servicios médicos básicos (Cinthia Ruiz López).

Habrá que repetírselo una y otra vez a los mandarines: el acceso acotado a los servicios de salud constituye una discriminación estructural, así como una flagrante transgresión a los derechos humanos. Diferentes aproximaciones en la concepción de la existencia exigen respuestas diferentes (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación).

En su resolución de abril de 2020, el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (EMRIP, por sus siglas en inglés) del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, lo expresó de manera contundente: el Estado tiene la obligación de observar una deferencia primaria en relación con las tradiciones culturales y religiosas al momento de considerar las medidas de respuesta al covid-19, y también debe solicitar el consentimiento libre, previo e informado de las comunidades para este propósito.

Asimismo, la CIDH se ha pronunciado con firmeza sobre los gravísimos impactos que el coronavirus puede provocar en los mecanismos de subsistencia y sobrevivencia de los pueblos originarios.

Es en este espejo y no en otro donde la nación mexicana debe contemplarse ahora ante la pandemia del covid-19. 

\*Doctor en derecho por la Universidad Panthéon-Assas.