

# " EDUCACION PARA LA SALUD : REFLEXION, PARTICIPACION Y ACCION "

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PEDAGOGIA

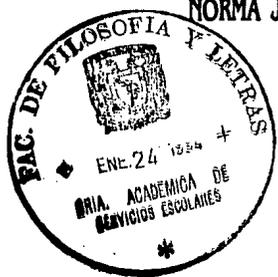
PRESENTAN:

NINIVE RODRIGUEZ RODRIGUEZ

NORMA JOSEFINA SANCHEZ SAN MARTIN

*M. Galal*

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS



COLEGIO DE PEDAGOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
COLEGIO DE PEDAGOGIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F., ABRIL 1954



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

---

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres por todo su amor y apoyo, sencillamente: **Gracias.**

A quien he visto hacer milagros con sus manos: **Cuauhtémoc.**

*Norma J. Sánchez San Martín.*

A mis padres: **Salvador y Martha** por todo el cariño y apoyo que me han brindado.

A la brigada San Sebastián fase II por compartir conmigo la gran experiencia.

A la comunidad de San Sebastián por permitirme trabajar y convivir con ella.

*Nínive Rodríguez Rodríguez.*

A la Lic. Ma. Isabel Belausteguigoitia por su valiosa ayuda para realizar este trabajo, y por contar con su amistad.

A la Dra. Laura Del Valle por compartir su experiencia.

A los miembros del jurado por su paciencia e interés.

A todos ellos nuestros más profundos agradecimientos.

---

---

---

**Mis guerreros lloraban pequeño,  
¿ y sabes porqué ?  
Por que veían  
el atardecer de la montaña,  
y eso quería decir,  
que el señor les ha concedido  
el estar un día más  
en la faz de la tierra  
i por eso se debe llorar  
no por otra cosa !**

**Hermanito  
CUAUHTEMOC**

---

## INDICE

INTRODUCCION.....I

### CAPITULO I

#### 1. ASPECTOS POLITICOS, ECONOMICOS, EDUCATIVOS, SOCIALES Y CULTURALES QUE DETERMINAN LA SALUD EN MEXICO.

1.1 DEFINICION DE SALUD.....1

1.2 EDUCACION PARA LA SALUD.. .....7

1.3 HISTORIA DE LA SALUD EN MEXICO.....16

1.4 DETERMINANTES GEOGRAFICOS.....19

1.5 DETERMINANTES DEMOGRAFICOS.....20

1.6 DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS.....22

1.7 DETERMINANTES EDUCATIVOS.....24

1.8 DETERMINANTES AMBIENTALES.....33

1.9 DETERMINANTES POLITICOS..... 35

1.10 LOS PROGRAMAS DE SALUD Y EL MODELO DE ATENCION EN MEXICO.. 43

## CAPITULO II

### 2. HEGEMONIA MEDICA.

2.1 CONCEPTUALIZACION..... 49

2.2 LA MEDICINA COMO UN APARATO IDEOLOGICO Y POLITICO DEL ESTAD-  
DO..... 60

2.3 NUESTRA PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA  
SALUD A NIVEL GUBERNAMENTAL..... 66

## CAPITULO III

### 3. EXPERIENCIAS ALTERNATIVAS EN EDUCACION PARA LA SALUD.

3.1 UNA EXPERIENCIA ALTERNATIVA DE SALUD EN LAS VARAS, NAYARIT:  
CASA CLINICA DE LA MUJER CAMPESINA..... 76

3.3 EXPERIENCIA DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO EN LA COMUNIDAD  
INDIGENA DE SAN SEBASTIAN, MUNICIPIO DE TEZIUTLAN, PUEBLA.. 93

3.4 EXPERIENCIA EN SAN JUAN DE LOS JARROS, MUNICIPIO DE ATLACOMULCO, ESTADO DE MEXICO.....	130
---	-----

#### CAPITULO IV

#### 4. CONCLUSIONES

4.1 EJES Y PROPUESTAS EN LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.....	163
---	-----

4.2 PLANEACION DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE EDUCACION PARA LA SALUD.....	178
---	-----

4.3 PLANTEAMIENTOS FINALES.....	184
---------------------------------	-----

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	188
---	-----

ANEXOS.....	194
-------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	204
-------------------	-----

## INTRODUCCION

Durante el período que comprende del 23 de abril al 25 de octubre de 1991, llevamos a cabo nuestro servicio social voluntario en comunidades rurales, a través del Departamento de Programas de Servicio Social en Comunidades Rurales, de la UNAM.

El programa de servicio social integra y conforma brigadas multidisciplinarias que colaboran conjuntamente con los habitantes de las comunidades rurales y conurbadas en la búsqueda de alternativas que pueden dar solución a la problemática que enfrentan éstas para subsistir, impulsando procesos autogestivos.

La brigada desarrolla cuatro áreas básicas de trabajo: producción, educación, sociocultura y sanidad, estableciéndose alguna de ellas como eje central de trabajo de acuerdo a las necesidades y problemas existentes en la comunidad. Al llegar a nuestras respectivas comunidades ( San Juan de los Jarros, Atlacomulco. Estado de México y San Sebastián, Teziutlán, Estado de Puebla ) detectamos con base en un estudio socio-económico previo, que en ambas el rubro más urgente para empezar el trabajo comunitario fue mejorar las condiciones de salud de los habitantes, es decir promover la educación para la salud. Este rubro se convirtió en nuestro eje de trabajo.

En la comunidad de San Sebastián se desarrolló un pequeño programa de educación para la salud con diferentes actividades complementarias. Dicho trabajo fue elaborado por la brigada durante su estancia en la comunidad.

Se formaron y organizaron talleres de educación para la salud, de alfabetización, cursos de regularización para niños y un grupo cultural de teatro-comunidad. En estos grupos se fomentaban actividades enfocadas a promover, sensibilizar, asesorar y capacitar a la población indígena de San Sebastián.

La experiencia fue muy buena; aunque no se trabajó con el cien por ciento de la población, ya que la problemática interna de ésta (divisionismo entre secciones, familias y miembros de organizaciones como la UAC, Unión de Amas de Casa, y UTC, Unión de Trabajadores del Campo) dificultaron la participación total de los habitantes en el programa. El burocratismo institucional, la manipulación ideológica y la discriminación fueron los principales obstáculos que limitaron el trabajo en la comunidad.

La brigada que trabajó en el Estado de México denominada Atlacomulco fase II, desarrolló sus actividades en el área de sanidad apoyándose en las áreas de educación, producción y sociocultura; ya que entre otros problemas de salud, en la población se presentaban enfermedades infecciosas. Con quien más se trabajó fue con niños y mujeres pertenecientes a la étnia mazahua.

Otras actividades que se realizaron fueron: alfabetización para las señoras que querían aprender a leer y escribir, pláticas sobre nutrición, educación sexual, revalorización de los derechos humanos y actividades socioculturales.

Entre los problemas que se presentaron para echar a andar el proyecto detectamos apatía, una dependencia paternalista, un escudo de pobreza e ignorancia y el caciquismo, formas que obstaculizaron nuestras actividades.

Dado que ambas vivimos experiencias similares, hemos decidido realizar la tesis de manera conjunta. La vastedad y complejidad del tema lo amerita.

Existen razones fundamentales que obligan a pensar en el vínculo educación y salud, y la extraordinaria importancia de abordarlas en conjunto. Sabemos que en México un 90% de las enfermedades que aquejan a la población son prevenibles, producto tanto de las condiciones precarias de vida y la consiguiente falta de higiene como de la carencia de conocimientos básicos relacionados con la nutrición y la vida cotidiana en general. Esta situación tiene la particularidad de ser evitada por saneamiento básico del medio, vacunación, manejo de hacinamiento y cambios en el estilo de vida de la población. Es importante señalar que las tasas de mortalidad de enfermedades transmisibles ( enfermedades diarreicas, cólera, SIDA, tuberculosis, hepatitis, etc) se han multiplicado en la última década.

***"Las enfermedades relacionadas con las condiciones de nutrición, habitación y saneamiento son las responsables del 40% de las muertes infantiles en las regiones pobres." 1***

Paralelamente a los esfuerzos desplegados por ofrecer educación básica, media superior y educación tecnológica, se necesita intensificar los esfuerzos para ofrecer a la población un programa para de educación para la salud.

En México empezamos a tener conciencia sobre los problemas de contaminación y cómo ésta deteriora nuestra calidad de vida. El gobierno ha otorgado recursos e implementado programas por múltiples

vías que han obligado a la población a tomar conciencia de lo que implica respirar un aire impuro. No se ha dedicado, con mucho, el mismo esfuerzo para concientizarla en lo que toca a las causas y medidas preventivas que pueden adoptarse para conservar la salud en terminos generales.

México vive actualmente un creciente deterioro de su estandar de vida, evidenciado en el aumento de los índices de morbilidad y mortalidad. A partir de 1982 la inflación adquiere tonos dramáticos, la deuda externa se hace presente. Esto influye directamente en el poder adquisitivo de la población y su nivel y calidad de vida se ven deterioradas.

México se ve en serios problemas económicos que se reflejan en el recorte de presupuesto en las áreas de salud y educación principalmente. Las acciones estatales relacionadas con la salud se han abocado a combatir sólo lo efectos sin ser capaces de dirigirse a las causas. Así, el énfasis está puesto en acciones curativas que en general son insuficientes y no se insertan en las prácticas populares y tradicionales que tiene el pueblo para cuidar de su salud. La prioridad curativa se traduce en una determinada distribución de recursos, concentrándolos en zonas urbanas e impulsando, ya sea el desarrollo tecnológico de alta sofisticación o el traspaso de las acciones de salud al sector privado. El problema no ha sido atacado de raíz, las principales causas de muerte siguen siendo las enfermedades prevenibles o controlables, enfermedades ligadas a situaciones económicas difíciles, atención insuficiente, escasa acción preventiva, hábitos y costumbres que ponen en riesgo a la

salud y a la vida de un porcentaje elevado de la población infantil y en edad productiva.

Los ojos y la esperanza se vuelven hacia la prevención de las enfermedades, lo que revela y acentúa el papel de la educación en materia de salud. Educar para la salud implica el estudio y convivencia con mitos, prácticas, ideologías y creencias de las distintas comunidades, en relación a su forma de vida y a su manera particular de tratar con la salud. La comunidad rechazará cualquier trabajo, tanto en su parte curativa como en la educativa si éste no surge de su marco ideológico y cultural propio de la comunidad. Otro de los problemas arraigados no sólo en las comunidades sino también en las prácticas oficiales es tratar a la salud como sinónimo de enfermedad, hablar de salud no significa sólo la ausencia de enfermedad. La práctica tradicional de la medicina curativa de nuestros países nos induce a identificar salud con infraestructura hospitalaria, enfermeras y medicinas. Los campesinos exponen de la siguiente manera la necesidad de la presencia de los servicios formales de salud :

**"(...)en salud estamos mal porque acá no existe un consultorio médico, ni un sanatorio, ni un doctor; para comprar medicina hay que ir al pueblo lejos, si una persona se enferma no sabemos dónde acudir ". 2**

Resulta que los médicos son formados en base a un cuerpo enfermo, se especializan en el tratamiento de la enfermedad y no adquieren herramientas y conocimientos que preservan la salud. El prestigio del médico se ha fincado sobre la curación de la enfermedad.

Es entonces necesario crear un programa multidisciplinario que forme profesionistas dedicados a la prevención y la educación no sólo a la curación. A diferencia del tratamiento de la enfermedad, la prevención y el manejo del vínculo educación-salud puede estudiarse y ejercerse por profesionistas de la medicina, enfermería, psicología, pedagogía, sociología, antropología, etc, ya que la prevención de la enfermedad o la preservación de la salud, es un problema en el que influyen múltiples variables que pueden y deben ser codificadas de manera interdisciplinaria.

Al reconocer que la mayoría de las enfermedades son manifestaciones concretas de las condiciones y estilos de vida, es obvio plantear que el mejoramiento de la salud es más un problema social y conductual que médico; por lo tanto, es necesario implementar las acciones preventivas a nivel educativo, socio-económico, político y cultural.

El conocimiento y tecnología relacionadas con la prevención de las enfermedades es, además de económico, factible de ser aprendido y ejercitado por distintos profesionistas.

Informar a una persona o a un grupo sobre conocimientos relacionados con la salud, no es suficiente para esperar un cambio de conducta que favorezca al individuo e impida la aparición de enfermedades. Son los factores culturales, sociales, económicos, ambientales, etc; los que condicionan en forma importante la manera de vivir del ser humano. Cuando no existe una conciencia plena de la importancia que tienen el estado de salud física, mental, espiritual y ambiental, es difícil esperar que se emplee el conocimiento adquirido en forma positiva, a favor de su salud.

Motivar a la adquisición de conocimientos y habilidades útiles para la organización de una vida saludable es un reto. No basta adecuar una metodología acorde en materia educativa, ni diseñar materiales didácticos atractivos o técnicamente inmejorables; los impulsos, la fuerza y la persistencia que dentro de cada ser humano se generan para dar cumplimiento a sus anhelos y aspiraciones, depende muchas veces de un estilo de vida (conciencia, cotidianidad), que ha llevado a olvidar la necesidad de ser y estar sano a todos los niveles.

## CAPITULO I

### 1. ASPECTOS POLITICOS, ECONOMICOS, EDUCATIVOS, SOCIALES Y CULTURALES QUE DETERMINAN LA SALUD EN MEXICO

#### 1.1 DEFINICION DE SALUD

Los problemas de salud generalmente son resultado de una combinación de factores de muy variada índole, que se relacionan entre sí. Existen determinantes, causas biológicas, físicas y sociales. De estas últimas se desprenden tres subgrupos:

- **Culturales;** se relacionan con las actitudes, hábitos y creencias, el nivel educativo de las personas, etc. Los grupos sociales adoptan diferentes modos de vida, que se expresan a través de lo que llamamos culturas.

*" La salud y enfermedad estan ligadas a los modos de vida y por ello no pueden ser aisladas del contexto en que se producen. Indudablemente nuestro trabajo, nuestra forma de relacionarnos, lo que aprendemos, como la manera en que lo aprendemos, en definitiva, el cómo vivimos, nos va a ayudar o estorbar en la salud."*3

- **Económicas;** tienen que ver con los recursos financieros con que cuentan las personas, así como la naturaleza de las actividades económicas que se realizan.

" Según la OMS, la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de la salud, porque la salud se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja (OMS 1981) y estos tres pilares son la expresión de lo que llamamos el factor económico, el desarrollo económico. Este factor es el causante de las desigualdades escandalosas ante la salud, el causante más importante de la crisis de los sistemas de salud y el factor clave para conseguir más salud para todas las comunidades. Pero no conviene entender que la importancia del orden económico para la salud de la población sea una cuestión tan simple como afirmar: mayor nivel económico igual o mejor nivel de salud y mejor calidad de vida (...) Es verdad que la pobreza sigue siendo el freno al desarrollo humano y con ello la causa principal de enfermedad (UNICEF, 1979), pero el crecimiento económico por sí sólo no ha acarreado mejor situación sanitaria. " 4

- Políticas; quizás las más profundas y que tienen que ver con el poder, es decir quién controla a quien, y cómo.

Nancy Scheper-Hughes, examina tres perspectivas desde las cuales el cuerpo puede ser visto:

1. Como una experiencia fenomenológica individual, cuerpo-propio.
2. Como un símbolo natural para pensar sobre la relación: naturaleza, sociedad y cultura.
3. Como un cuerpo político, un artificio de control social y político.

Estos tres cuerpos están en relación. Es entonces que podemos considerar al cuerpo como un artificio simultáneamente físico y simbólico, producido naturalmente y culturalmente, anclado en un momento histórico particular.

Scheper-Huges analiza el cuerpo político, conceptualizándolo como un artificio de control social y político. Básicamente se refiere a:

**" la regulación, vigilancia y control de cuerpos (individual y colectivo) en la reproducción y la sexualidad, trabajo y tiempo libre, en la enfermedad y en otras formas de desviación y diferencia humana. " 5**

Es decir, se ocupa de las relaciones entre poder y control. En las monarquías, oligarquías, democracias y Estados totalitarios, la estabilidad del cuerpo político permanece sobre su habilidad para regular poblaciones (el cuerpo social) y disciplinar cuerpos individuales. Foucault trata el tema de la regulación y control de los cuerpos individual y social, en las complejas sociedades industrializadas. Pero casi no se ha escrito sobre las formas, en las cuales las sociedades pre-industriales controlan sus poblaciones e institucionalizan significados, para producir cuerpos dóciles y manejables al servicio de alguna definición de estabilidad colectiva, salud y bienestar social.

Cuando el sentido de orden social es amenazado, los símbolos de autocontrol llegan a intensificarse junto con los de control social. En tiempo de crisis, para controlar los cuerpos, las sociedades regularmente reproducen y socializan la clase de cuerpos que ellos necesitan. Sociedades agresivas o amenazantes, por ejemplo, frecuentemente requieren de guerreros feroces.

La decoración del cuerpo es significativa ya que a través de ellos se expresan y construyen las propias identidades sociales.

La meta es producir cuerpos normales y dóciles para el Estado. El poder del Estado depende de la habilidad para controlar la potencia física y la fertilidad.

El cuerpo enfermo es una consecuencia de una política mal llevada, en donde se culpa y se hace responsable a las personas de su mala salud, un ejemplo sería la contaminación en la ciudad de México, la cual está provocando una infinidad de enfermedades respiratorias, y que sin embargo es consecuencia de las malas decisiones que se han tomado en el ámbito político.

*" Existe una interacción entre mente y cuerpo, entre cuerpo individual, social y político en la producción y expresión de salud y enfermedad. El cuerpo individual podría ser visto como el más inmediato, el terreno más próximo donde las verdades y las contradicciones sociales son agotadas, así como un lugar de resistencia personal y social, de creatividad y lucha. La enfermedad no es sólo un evento insólito, ni un roce sin fortuna con la naturaleza. La enfermedad es una forma de comunicación entre el lenguaje de los órganos a través del cual la naturaleza, sociedad y cultura hablan simultáneamente."* 6

Se puede hablar entonces de una especie de cadena de causas que conduce a un desequilibrio en la salud humana. En torno al concepto de salud hay varias reflexiones que hacer:

¿ Qué es la salud ?

El concepto es muy diversificado, según la perspectiva o tendencia que se adopte y las políticas que se deseen establecer. La definición oficial es la de la OMS que establece que:

*" la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o debilidad. La posesión del mejor estado de salud, que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos. " 7*

Podemos decir que la anterior definición resulta ser idealista en el sentido de buscar un estado de perfección inalcanzable en las sociedades, ya que en la realidad observamos constantes alteraciones y ajustes políticos, sociales y culturales, que hacen difícil tener una salud perfecta.

Nosotras consideramos que la salud es un proceso o estado variable y dinámico de adaptación y respuesta del ser humano a su ambiente en un determinado contexto histórico, cultural, y político; y no solamente ausencia de enfermedad. La consideramos como un satisfactor indispensable para el desarrollo y equilibrio intelectual, económico y social de un pueblo que está íntegramente ligado al concepto de equidad, igualdad y justicia social; ya que tanto la salud individual como la colectiva, depende de las condiciones materiales-económicas y

la ideología(8) que dominen en una comunidad, así como del medio ambiente, infraestructura y la disponibilidad de servicios médicos. La salud no es exclusivamente un asunto de la medicina; desde el siglo pasado se observó que la salud era afectada por malas condiciones de trabajo, y ambiente insalubre, y que las enfermedades así ocasionadas podrían ser prevenidas por acciones no médicas.

*" Se ha evolucionado en la idea de que la salud y la enfermedad forman un proceso indisoluble, sin fronteras precisas y que uno y otro estado existen al mismo tiempo influyéndose reciprocamente a través de infinidad de mecanismos. Conviene destacar que : 1) El proceso de salud-enfermedad es un fenómeno social que se concreta en cada individuo.*

*2) Se debe manejar la salud en función de la enfermedad, tanto por sus características de interdependencia como porque se sabe más de la enfermedad a través de los análisis de la morbilidad, mortalidad, y de las expectativas de vida, así como a través de la práctica médica.*

*3) La vinculación del proceso salud-enfermedad con el desarrollo obliga a saber más de los factores socioambientales, el trabajo, las contaminaciones del medio, la nutrición y la dinámica poblacional."* 9

Es importante manejar un concepto de salud integral, es decir que abarque tanto las acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación, como las que atiendan el origen multicausal de las alteraciones en la salud y que requieren un enfoque

interdisciplinario. Una acción fundamental es la educación para la salud.

## 1.2 EDUCACION PARA LA SALUD

Existen múltiples enfoques o modelos en educación para la salud. El primer modelo se conoce como informativo.

*" Éste acentúa fuertemente la iniciativa del médico-educador y el concepto higienista de la vida que impartía, conocimiento sobre la salud a individuos a los que se les suponía pobres en ideas, sobre el modo de evitar o combatir la enfermedad ."* 10

En este modelo la salud se logra aprendiendo unas normas básicas de higiene y de comportamiento, sin cuestionar y reflexionar para nada sobre la sociedad donde se elaboran estos comportamientos. La idea que se esconde detrás de este punto de vista es que sólo pocas personas poseen conocimientos y la mayoría de la población sabe poco o tiene opiniones erróneas . Se piensa que la información modifica los hábitos y se concibe a la salud como algo individual heterónimo y que se logra con el cumplimiento de unas normas o consultando a un médico.

En este modelo se señala que el principal problema es que los hombres tienen malos hábitos y por consecuencia una mala salud. Se parte de una situación que desconoce en la práctica al ambiente, la cultura, la estructura social. Se centra en la vida del individuo y da un énfasis a las instituciones que tienen la responsabilidad de

devolver la salud a los individuos cuya meta es aprender lo que se les enseña.

**" Este modelo de educación para la salud pone énfasis en los contenidos; fundamentalmente es una pedagogía transmisora que da lugar a una comunicación unidireccional (...) su objetivo es el deber ser; que el individuo aprenda, y es esencialmente transmisor de conocimientos y valores del educador al educando. "** 11

Este modelo tiene un procedimiento básicamente autoritario. Parte de contenidos y metas determinadas unilateralmente. No estimula razonamiento ni la conciencia de la problemática de salud en la sociedad.

**" El problema fundamental de este modelo es que carece de un proceso formativo. El educando para formarse necesita una estructuración de todos los elementos que tiene a su alrededor; la educación debe facilitar los mecanismos para que haya esta estructuración. Mientras el educando no sea capaz de formar sus estructuras mentales a partir de interrogantes, no hay proceso formativo. Por lo que la información no debe considerarse como un modelo educativo sino como un instrumento valioso de un proceso educativo . "** 12

El concepto de salud que permanece en este modelo no tiene un significado global, solamente se le considera como la ausencia de enfermedad.

**" La salud es un concepto abstracto. Se subraya 'tener una vida saludable' 'tener dientes sanos'...olvidando los condicionamientos" 13**

La salud que promociona es de tipo individualista, el entorno social del individuo tiene sólo una función de condicionamiento que se ha de favorecer, o frenar y contrarestar. De esta idea se desprende la poca consideración o margen que se da a la comunidad. En fin, este modelo no lo podemos considerar como educativo ya que en la formación de todo proceso educativo no se puede dar un fuerte énfasis en la información.

El segundo modelo se llama persuasivo motivacional. Este modelo es un aporte de los psicólogos del comportamiento. Se le da un énfasis al cambio de comportamiento para adoptar conductas deseables, siendo éstas las responsables de la salud y la enfermedad.

En este modelo también se acentúa la iniciativa del educador o la institución social, encargada de definir que comportamientos son saludables o no.

**" Este modelo sigue siendo perceptivo, lo que haría esperar que el modelo biomédico no es adecuado - no porque lo hagan los médicos con una concepción biológica de la vida sino sólo por esa mirada unidireccional sobre la vida humana, la salud y la enfermedad -. Pues bien, este modelo desplaza el objeto de una profesión a otra, pues tal como importantes defensores del mismo lo expresan, el camino de la salud pasa por el cambio de comportamientos, de cuya**

**competencia se encarga la psicología del comportamiento." 14**

Pensamos que el comportamiento es parte de la vida, pero la vida es mucho más que comportamiento: la vida misma, las tradiciones, los valores, los ideales, el trabajo, el tiempo libre, las condiciones de vivienda, etc. Frecuentemente, se atribuye la enfermedad a los estilos de vida y se presupone que los individuos son completamente libres para elegir su comportamiento.

Este modelo se entiende y se explica en función de la enfermedad y trata de persuadir y motivar para que las personas cambien sus malos comportamientos.

**" Uno de los problemas más graves que tiene a mi modo de entender, este modelo desde el punto de vista que nos ocupa que es el campo sanitario social, es que el objetivo salud está en función del comportamiento y las energías comunitarias podrían desplazarse peligrosamente a adquirir instrumentos y habilidades, dejando olvidadas y cerradas las puertas de la reflexión y la acción comunitaria sobre las estructuras sociales " 15**

Se considera a la persona como una concentración de estímulos-respuestas y se olvida que la conducta del ser humano también estructura al medio ambiente y hace avanzar la cultura. Se preocupa más por lo que sucede fuera del ser humano que por lo que sucede en su interior. Entonces hablamos de una fragmentación del hombre frente a su salud.

Este modelo se empeña en que el individuo tenga habilidades que otro le enseña. Los contenidos se comunican y se asimilan por la fuerza de la persuasión y los mensajes motivacionales.

**" Este modelo acentuará las metas individuales y la adaptación social, y pondrá en circulación mensajes y experiencias cargadas de éstos valores, generalmente del grupo dominante ". 16**

El tercer modelo es el político-económico que tiene como objetivo reducir las desigualdades ante la salud. La pobreza continua entre los determinantes más poderosos de la alteración del estado de la salud y de la enfermedad clínica hoy en día. Porque la falta de salud se vincula a la estructura económico-social de cada grupo de población, y no a los comportamientos. Este modelo tiene un enfoque radicalmente distinto a los anteriores, porque concibe la salud dentro de la vida humana y no la separa de la estructura social donde se produce esa vida.

**" La pobreza es, ciertamente determinante de la enfermedad: hay hombres y mujeres que enferman y que son pobres; se vuelven más pobres porque están enfermos, y más enfermos porque son pobres." 17**

El objetivo de este modelo es intervenir sobre los individuos, ayudándoles a comprender sus necesidades que llevan al individuo a adoptar o cambiar su conducta de salud, hay que investigar con la comunidad, y comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio ambiente social e influyen sobre la salud.

**" Necesitamos aumentar tanto la capacidad de la gente para tener el máximo poder sobre sus vidas individuales**

**como su capacidad para cambiar las relaciones y estructuras sociales en las que viven y trabajan " 18**

En este modelo la participación es una tarea comunitaria. El conocimiento es insuficiente para llegar a la acción, y la participación es una dimensión del ser humano objetivamente devaluada, aunque en teoría se le da énfasis; es un factor del desarrollo del hombre, una necesidad básica y por ello, fuertemente motivadora. Ninguna intervención en salud puede tener éxito sino pasa a través de la colaboración y participación activa de la comunidad.

Podemos decir que en este modelo se traslada el acento de los comportamientos a la estructura social.

**" No se preocupa tanto de los conocimientos ni de sus efectos en términos de comportamiento, sino más bien de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, desarrollo de habilidades y conciencia social (...) buscando descubrir esos fenómenos que la gente vive, sus problemas de salud que manifiesta no están separados de sí mismos, sino que al contrario, expresan la complejidad del proceso histórico y de las condiciones de salud que surgen de determinadas estructuras socioeconómicas." 19**

Se puede decir que la salud en este modelo vendrá de un cambio social, en donde las estructuras económicas disminuyan las diferencias.

La experiencia del desarrollo comunitario es un factor clave en este modelo.

El último modelo se denomina participación y compromiso. En este modelo se propone al individuo como un ser solidario y comprometido con los demás hombres en el cambio a estructuras saludables e igualitarias.

El marco real, social, cultural y económico es factor de salud y de desigualdades ante la misma. El hombre y su entorno están en interacción, y fruto de ello son la educación y la salud.

La salud es concebida como una cualidad de toda la vida humana en proceso, como una capacidad de adaptación y transformación del ambiente. La salud se promueve desde el individuo y la comunidad.

La clave metodológica de este modelo es la participación y el diálogo. Se ve a la comunidad, al médico, al educador sanitario y a otros profesionales en colaboración.

Tomando en cuenta los modelos anteriores pensamos que la meta principal de la educación para la salud no sólo es la de lograr que una comunidad o un grupo específico de la misma, adopte hábitos y conductas favorables para la salud. Muchos expertos en medicina creen obstinadamente, que el propósito principal de este tipo de educación es fomentar en la gente una vida sana, mediante la práctica de normas de higiene personal y colectiva; corrigiendo así los malos hábitos y actitudes que generalmente la gente pobre o marginada tiene por ignorancia. Aquí cabe mencionar, que existe una patología de la pobreza, que se caracteriza por :

**" desnutrición, mortalidad a edades tempranas, alta frecuencia de padecimientos infectocontagiosos, cirrosis hepática, alteraciones severas de la piel,**

*complicaciones del parto y del aborto provocado, acumulación en un mismo individuo de varios padecimientos; cifras mínimas de padecimientos crónico-degenerativos y de muerte por senilidad, alta mortalidad y padecimientos de origen social que pueden ser prevenibles, así como unas alteraciones fácilmente curables si se cuenta con una red adecuada de atención para la salud." 20*

Por su parte, la llamada patología de la abundancia, tiene un promedio elevado de padecimientos de la madurez y vejez, así como padecimientos degenerativos y baja frecuencia de enfermedades infecciosas.

*" Las causas de muerte en esta población fueron principalmente arterioesclerosis, padecimientos vasculares, hipertensión, cáncer, accidentes y diabétes. " 21*

Pero más que un cambio conductual, el propósito de la educación para la salud es contribuir a la comprensión del concepto integrado de salud y de las habilidades que se requieren para modificar las condiciones que causan la enfermedad. Entonces hablamos de un enfoque de educación para la salud centrado en los proyectos y la gente, que trabaja para un cambio social. Es decir que la educación para la salud es sólo uno de los factores del mejoramiento de la salud y de las condiciones sociales. Es necesario que esté ligada a otras actividades sociales, económicas, sanitarias y educativas de una comunidad.

**"La educación para la salud es un proceso cuya finalidad es la de coadyuvar al desarrollo integral del individuo con el fin de que sea útil a sí mismo y a la sociedad." 22**

Este tipo de educación se puede realizar a través de tres modalidades:

- 1) Formal, que se caracteriza por estar institucionalizada y regida por un currículum. Se puede decir que es sistemática.
- 2) No formal, es concebida, como aquella que cuenta con una metodología y por lo tanto tiene objetivos específicos orientados a satisfacer una necesidad o resolver una problemática que debe ser atendida en un lugar y tiempo definido. Sin embargo, no está regida por normas de tipo escolar, ni está organizada como la formal, principalmente se da a través de talleres.

Se puede decir que, la educación para la salud como acción institucional se ubica dentro de esta modalidad no formal, relacionada con los sistemas formal e informal.

- 3) Informal, la cual es continua y se basa en actividades asistemáticas, pero no por eso poco trascendentes para el ser humano. Es más, la consideramos esencial en la formación y desarrollo del individuo. En el ámbito de este sistema de educación se ubican la familia, los grupos de amigos y la comunidad.

Resulta innegable que, independientemente de la modalidad que se adopte, se requiere, entre los sujetos que intervienen en el proceso, una intensa comunicación, ya sea interpersonal o colectiva; la interpersonal se reconoce por el contacto estrecho y la vinculación entre el emisor y receptor, y por su parte la colectiva se da a

través de los medios masivos y, aunque puede abarcar poblaciones amplias y heterogéneas, su acción es más informativa que educativa.

Así, podemos mencionar que la educación para la salud, debería ser un proceso dinámico cuyo objetivo es procurar la participación activa y consciente de la población en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Creemos que la educación para la salud trata de explicar y entender que determinantes influyen en la salud. Busca que la comunidad participe activamente y reflexione críticamente sobre su vida. Así también pretende alentar e impulsar en la población, la capacidad de pensar por sí mismos y adquirir confianza en sus capacidades. Un programa de educación para la salud con un enfoque de participación y compromiso puede ofrecer un medio de expresión, interrelación y organización. Puede brindar una oportunidad de encontrar un camino a través del que pueda mejorar su situación socioeconómica, política y cultural; así como despertar la conciencia social de la población en relación a los problemas de salud que enfrenta.

### 1.3. HISTORIA DE LA SALUD EN MEXICO.

Antes de entrar de lleno a nuestra propuesta: bases y ejes de un modelo de educación para la salud; haremos una breve síntesis de la historia institucional de la salud en México, resaltando su enfoque curativo.

Durante la época precortesiana en nuestro país los servicios de salud eran dados por curanderos o hierberos y comadronas con base en una medicina empírica, con un énfasis muy marcado en la herbolaria y

rituales sobrenaturales. No había un equivalente a los hospitales del viejo mundo.

La conquista marcó duramente el destino en salud para la población nativa, pues los europeos introdujeron enfermedades desconocidas en América, como la viruela y la peste. El contagio de esas enfermedades fue terrible, se piensa que al término del S.XVI, en el curso de 80 años, la población indígena se redujó a una tercera parte.

La edificación de las primeras instituciones hospitalarias se inicia en 1524 y se contruyen para atender enfermedades muy específicas: mentales, venéreas y de la piel. Los servicios médicos fueron administrados por la Iglesia, y está situación duró por más de tres siglos. La atención médica se daba solamente en las ciudades y se excluía al campo; la medicina privada era sólo para las clases poderosas o dominantes. La mortalidad materna e infantil era elevadísima y la esperanza de vida era menor a 30 años y las epidemias estaban al orden del día.

Durante el período de 1857-1860 se consumó la separación entre el Estado y la Iglesia. Entonces los servicios asistenciales pasaron a ser responsabilidad única del gobierno. Este traspaso, redujo el poco presupuesto dedicado a la salud, con respecto al de las naciones anglosajonas de nuestro continente.

La tecnología en la medicina mexicana se dio con escaso retraso respecto a su origen europeo o estadounidense. Por ejemplo, la vacuna antirrábica se produjo tres años después de su aplicación en Francia y la anestesia general se usó en la década siguiente a su descubrimiento en Boston.

En el S.XX, se trata de imitar el modelo europeo para la prestación de servicios médicos, así que se inaugura en 1905 el Hospital General de México, que se edifica a imagen y semejanza del Hospital Virchow de Berlín; el manicomio de la Castañeda es muy parecido al de Bicetre, en París.

Se pensó que la atención hospitalaria era la solución a los problemas de salud de México y que el impulso sanitario durante el porfiriato, sería más que suficiente para alcanzar los mismos resultados que en Europa y E.U.A. Sin embargo no se tomó en cuenta que en las naciones industrializadas desde 1848 se iniciaron movimientos sociales para mejorar las condiciones de trabajo, y esto incluía un aumento en los salarios y por lo tanto mayor poder adquisitivo, una mejoría en las condiciones nutricional y educativa de esta población. Para el año de 1875, en toda Europa, se introdujeron sistemas de drenaje y agua potable.

En lo que va del presente siglo, en nuestro país se ha insistido en adoptar y copiar un modelo extranjero, sin un desarrollo previo o paralelo de la infraestructura sanitaria, así como del progreso socioeconómico mínimo para hacer efectivas las políticas de un sistema hospitalario eficiente.

Las políticas, sustentadas por el conocimiento científico, son influenciadas por la ideología del sistema de poder y así se definen los grupos por atender, la clase de servicios y la modalidad en que serán ofrecidos, la participación de otros sectores incluyendo el particular y el social, etc.

Este modelo de atención con enfoque curativo, con sede hospitalaria, altamente tecnificado, no resulta adecuado, ni

suficiente para la mayoría de la población y mucho menos resuelve las necesidades de salud en México.

Observamos en el sistema hospitalario una negligencia ante el enfermo, ahí se representa la situación de poder y debilidad. Se limita el problema de la enfermedad estrictamente a tener un cuerpo enfermo y ser culpable de ello. Los enfermos que acuden a los hospitales públicos y aún los privados no logran hilar, el conjunto de situaciones que les privan de la salud.

#### 1.4 DETERMINANTES GEOGRAFICOS

México se localiza en una zona subtropical con aproximadamente 10,000 Km de litorales, orografía muy variada y mesetas a más de 1,000 m sobre el nivel del mar, donde vive más de la mitad de la población. Esto determina que existan condiciones para que se produzcan enfermedades de variada índole. Entre las más frecuentes encontramos las enfermedades transmisibles.

En los estados del sur las condiciones del suelo húmedo, son muy propicias para albergar hongos y huevecillos. En cambio en los estados del norte, el polvo contiene formas infectantes por medio de virus. La contaminación tan grave que sufre la ciudad de México en parte está determinada por su situación geográfica. Por eso es importante tomar muy en cuenta el determinante geográfico, ya que el patrón de distribución territorial de la población mexicana, excesivamente concentrado y disperso a la vez, genera fuertes contrastes en el bienestar y la calidad de vida de la población y un mal aprovechamiento de los recursos del país. Este problema debe ser resuelto con una estrategia de desarrollo regional integral.

## 1.5 DETERMINANTES DEMOGRAFICOS

México cuenta, según el censo de 1990 con una población total de 81'249 645 personas y los porcentajes de edad más altos se ubican en la población de 0 a 14 años con 30.3 % y la de 15 a 64 años con 56.9 % y sólo 4.2 % mayores de 65 años. Esto indica que los más de dos millones de nacimientos al año imponen una demanda asistencial médica muy alta en consultas prenatales y atención al parto.

Los asentamientos humanos varían desde más de 100 000 poblaciones con menos de 1,000 habitantes hasta los tres grandes centros metropolitanos ( D.F, Guadalajara, Monterrey ) del país. La dispersión poblacional propicia en gran medida el diagnóstico tardío de enfermedades crónico-degenerativas y complicaciones inherentes a la carencia de servicios médicos en situaciones de accidentes, emergencias y vigilancia periódica de salud. La disponibilidad de servicios médicos y la existencia de sistemas de salud en todos los niveles es importante para un buen cuidado de la salud.

*" Diversos análisis sobre la dinámica demográfica del país permiten estimar que la población creció, entre 1980 y 1990, a una tasa de 2.3 % anual, frente al crecimiento de 3.2 % observado en la década 1970-1980. Si bien la disminución de la tasa de crecimiento ha sido significativa, ésta todavía es muy elevada. Aún cuando se logren mayores avances en la disminución del ritmo de crecimiento, el potencial reproductivo de nuestra población, mayoritariamente joven, es tal que México llegará al siglo XXI con más de 100 millones de habitantes." 23*

Esta población estimada demandará una vida digna que incluya aspectos de salud, educación, vivienda, etc.

La fecundidad ha disminuido notablemente de casi 4 hijos por mujer, entre la tasa global de fecundidad de 1960 (6.9 hijos), a 2.5 hijos nacidos vivos en 1990.

El nivel de mortalidad en general, ha disminuido y actualmente la esperanza de vida alcanza los 69.6 años, pero no debemos olvidar que la mortalidad infantil, que se estima en 38 defunciones por cada mil nacimientos, es todavía muy alta en comparación con los porcentajes que presentan varios países con un grado de desarrollo parecido al nuestro. En los países desarrollados el nivel actual de mortalidad infantil es menor a diez por cada mil nacimientos. Es decir que el nivel de mortalidad infantil está muy ligado a las condiciones de vida de la población.

Las estadísticas nos muestran el grado general de un estudio, pero esto no quiere decir que los indicadores de salud alcancen el mismo nivel de homogeneidad en todo el país, es decir, por ejemplo la tasa de mortalidad en el norte del país es menor a la que existe en el sureste, sin embargo al hacer un consenso general pareciera que los niveles de mortalidad en todo el país han disminuido.

En nuestro país, se pretende hacer creer que existe cierto progreso socioeconómico, sin embargo esto no es palpable o real, todavía falta muchísimo camino por recorrer para poder hablar de un completo y buen avance que incluya una mejoría total y a todos los niveles, de las condiciones de alimentación, atención médica, escolaridad, y vivienda entre otras.

## 1.6 DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS

La población económicamente activa se integra en 1990 con 24,063 283 de más de 12 años. En los últimos 20 años se ha incrementado en un total de 11 153 743 individuos según el último censo general de población y vivienda, existe un ligero aumento en la proporción de mujeres económicamente activas en combinación con un descenso de magnitud similar en la proporción de hombres activos.

Entre la diversidad de ocupaciones que realiza la población mexicana, destacan por su importancia la de trabajadores agropecuarios con 23.0 % del total de ocupados, seguida por los artesanos y obreros con 15.9 %, la de comerciantes y dependientes con el 9.4 % y la de oficinistas con 9.3 %. Considerando la población ocupada según la situación en el trabajo, el D.F y Nuevo León tienen los mayores porcentajes de empleados u obreros y los más bajos en jornaleros o peones.

Por el contrario Chiapas y Oaxaca tienen los valores más bajos en el grupo de empleados, obreros; mientras que Hidalgo y Sinaloa tienen los porcentajes mayores en el grupo de jornaleros o peones. Los porcentajes más altos de trabajadores por su cuenta corresponden a Chiapas y Oaxaca, mientras que Nuevo León, Baja California y Coahuila tienen los valores más bajos.

La situación del trabajo en nuestro país muestra un incremento en la participación de empleados y obreros, seguida por trabajadores por cuenta propia y los jornaleros o peones. Los patrones o empresarios representan solamente el 2.3 % de la población ocupada en la República Mexicana.

La distribución de la población ocupada según el sector de actividad nos indica que hay un aumento relativo de las actividades del sector terciario (comercio y servicios) y se expresa con un porcentaje de 40.1 % y paralelamente una disminución en el sector primario (agricultura, ganadería, caza y pesca) de un 33.3 % en 1970 a un 23 % en 1990. El sector secundario (minería, extracción de petróleo y gas, industria manufacturera y construcción) ha sufrido un leve incremento.

El XI Censo de Población y Vivienda, registró los ingresos mensuales por trabajo de la población ocupada. El 7.2 % declaró no obtener ingresos y el 36.7 % que obtiene de uno a dos salarios mínimos. En el otro extremo aproximadamente 1'780 769 personas recibe más de cinco salarios mínimos. De lo anterior podemos concluir que existen diferencias marcadas en la distribución de la riqueza de nuestro país. Actualmente no se ha logrado un desarrollo totalmente satisfactorio y óptimo; el subdesarrollo que todavía nos envuelve se caracteriza por la carencia o escasez de capital, exportación de materias primas, una mínima o nula capacidad de ahorro, tecnología poco avanzada, bajos salarios y por lo tanto, pobreza y polarización socioeconómica.

En la década de los años 30, en la época del gobierno cadernista, es cuando se establecen las bases de nuestro actual desarrollo con el impulso a la Reforma Agraria, la expropiación petrolera y de los transportes ferroviarios, la implementación de servicios coordinados de Salubridad y Asistencia en varios estados.

De 1930 a 1984 se observa un crecimiento económico ascendente; sin embargo, se han registrado recesiones en algunos años, como la que se

inicio en 1982 y que persiste hasta la fecha. Esta crisis se refleja en la raquítica nutrición de la población mexicana, pues la disponibilidad y consumo de alimentos, dependen de la capacidad adquisitiva de las personas; y se puede considerar como uno de los principales indicadores del nivel de vida.

### 1.7 DETERMINANTES EDUCATIVOS

La educación es un elemento fundamental para el desarrollo de México y por lo tanto de las acciones que tengan que ver con la salud.

En nuestro país el 87.4 % de la población de 15 años en adelante es alfabeta y se observa una diferencia a favor de los hombres. El analfabetismo ha descendido hasta alcanzar el 12.4 % en 1990. A nivel estatal, los valores más altos de analfabetismo corresponden a estados del sur como Chiapas, Oaxaca y Guerrero, en comparación con su minoría que se ubican en el D.F, Nuevo León y Baja California.

***" En los estados con mayor analfabetismo se tienen las mortalidades infantil y preescolar más altas (...) así como las morbilidades más elevadas de diarreas, parasitosis, mal nutrición y afección cutánea. " 24***

Creemos que la forma tradicional e institucional de alfabetizar no es la correcta; ya que los contenidos no se adecuan a la realidad ni al contexto local de cada comunidad. Podemos ver que de cierta manera el contenido que se imparte a las poblaciones es asimilado con dificultad por las mismas, se tratan de imponer conceptos abstractos que difícilmente tienen un sentido y una misma significación cultural para todos. Por ejemplo, el material que se utiliza para alfabetizar en comunidades rurales a niños de 10 a 14 años posee contenidos que

le son ajenos y poco comprensibles con su práctica cotidiana. El material educativo podría ser elaborado por regiones, que contengan elementos comunes de esas zonas del país, así como material didáctico complementario (juguetes propios de la región, vestimentas, colores, comida, artesanías. Elementos que hablen de su comunidad). También consideramos necesario que existan contenidos que hablen de otras comunidades, costumbres, y tradiciones.

No se busca regionalizar o seccionar al país en porciones, sino todo lo contrario, lograr afirmar la identidad de una comunidad y a la vez dar a conocer otras culturas que son parte importante de la pluralidad que existe en nuestro país.

**" La alfabetización - al igual que toda tarea de educación - no puede ser concebida como un acto mecánico mediante el cual el educador " deposita " en los analfabetos palabras, sílabas y letras. Este " depósito " de palabras no tiene nada que ver con la educación liberadora (...) Se pretende convertir la palabra en una fórmula independiente de la experiencia del hombre que la dice, desprovista de toda relación con el mundo de ese hombre con las cosas que nombra, con la acción que despliega. " 25**

Indudablemente, las formas tradicionales de alfabetizar a las personas son medios que tienen un trasfondo político de opresión muy fuerte. No se busca liberar al individuo sino al contrario se le trata de oprimir, relegar y fragmentar, no se le considera un sujeto social dentro de un contexto histórico determinado, más bien se le considera un ser uniformizado que debe cumplir el papel de

reproductor de un sistema ya preestablecido. En este sentido, el educando aparece como un ser completamente ignorante, y dependiente de los que " sí saben ".

**" El educando es el objeto de manipulación de los educadores que responden a su vez, a las estructuras de dominación de la sociedad actual. Educar es, todo lo contrario a hacer pensar y mucho más aún es la negación de todas las posibilidades transformadoras del individuo vueltas hacia el ambiente natural y social en el cual le tocará vivir." 26**

Se supone que el nivel de instrucción ha mejorado de manera significativa, ya que de la población de 15 años en adelante, el porcentaje de personas sin instrucción se redujó del 31.6 % en 1970 a 13.4 % en 1990. También descendió el porcentaje de quienes no tiene primaria completa en el mismo período. En 1990, aproximadamente 9'553,163 personas tienen primaria completa, esto equivale al 19.3 % de la población total del país.

De lo anterior, podemos deducir que el problema más importante:

**" no se encuentra en la cobertura del sistema educativo, sino en su baja eficiencia y en la desigualdad de esta eficiencia entre los diversos grupos sociales y regionales del país. " 27**

Aquí se habla de la necesidad de mejorar la calidad en materia educativa, y no medir ésta en función de la cantidad de instituciones educativas que tiene el país.

**" La educación es reflejo del medio económico, social e histórico del país, por lo que cada época le ha imprimido su carácter y modalidad, reconociéndola siempre no como una finalidad, sino como un medio para el desarrollo del individuo y de su conducta colectiva y para el progreso integral." 28**

La propuesta del Acuerdo Nacional para la Modernización Básica de la Educación, busca reducir las desigualdades en el desarrollo educativo de los distintos estados de la República, así como mejorar las condiciones mínimas de educación básica en el país. Para lograr dichas metas, se pensó en una desconcentración o descentralización administrativa a nivel estatal de los servicios educativos proporcionados por el gobierno federal, incluso la SEP sigue asumiendo las funciones que le asigna la Ley General de Educación.

**" - El analfabetismo afecta al 12 % de la población de 15 años y más en todo el país. Sin embargo, en el Distrito Federal, este índice es del 4 %, mientras que alcanza el 25 % en Oaxaca y se eleva al 30 % en Chiapas.**

**- El 40 % de los adultos de 15 años de edad en adelante no ha concluido su educación primaria a nivel nacional. En el Distrito Federal, el porcentaje correspondiente es de 14 %, pero en Guanajuato, Veracruz, Yucatán, Zacatecas, Michoacán y Guerrero es de 50 %, en Chiapas y Oaxaca es el 67 %.**

- La escolaridad promedio de la población de 15 años y más es de 6.5 grados. En el Distrito Federal es de 9 grados, pero en Chiapas es de sólo 4.25 grados.

- La proporción de niños de 5 años de edad que no tienen acceso a la educación preescolar es de 39 % en todo el país. Este porcentaje varía entre el 18 % en el Distrito Federal y el 62 % en el estado de Chiapas.

Sólo el 25 % de la matrícula de este nivel esta ubicada en zonas rurales." 29

La definición de la política educativa podría, si se lo propusiera, jugar un papel en la reducción de las desigualdades económicas y sociales, en la medida en que se fortalezca el desarrollo de la educación en las regiones más pobres del país. Sería necesario analizar el grado en que las políticas educativas del país han contribuido a reforzar o disminuir estas desigualdades regionales. Las diferencias entre los estados pobres y ricos han aumentado en los últimos 20 años, con lo que la política educativa ha contribuido a acentuar la brecha que separa socioeconómicamente a las entidades de la República Mexicana entre sí.

Las políticas adoptadas e instrumentadas por la SEP para satisfacer las demandas educativas, fueron acentuando y agrandando los problemas en lugar de solucionarlos, se enfatizaron los efectos de la pobreza sobre la educación, la permanencia en el sistema educativo y en el aprovechamiento escolar.

Las medidas propuestas para revertir estas tendencias injustas han sido las de adoptar mecanismos de planeación educativa, que aseguren la participación eficaz de todos los sectores sociales en las

decisiones con respecto a la distribución de los recursos disponibles. Para que esto se lleve a cabo es necesario que los gobiernos estatales dispongan de la fuerza política suficiente para no ceder fácilmente ante los requerimientos de los sectores sociales que destruyen las demandas educativas necesarias en favor de los más débiles.

La demanda educativa está determinada por varios factores - de índole social, cultural, económica y pedagógica - los cuales condicionan la permanencia de los alumnos en el sistema escolar. Así pues, se ha considerado necesario por parte de las autoridades, legislar la educación secundaria con el fin de que más población cuente con este tipo de educación, así como fortalecer la enseñanza preescolar para que los ~~alumnos~~ de bajos recursos tengan un mejor rendimiento a la hora de ingresar a la primaria. Aquí nos surge una pregunta ¿ Acaso con la obligatoriedad de la enseñanza secundaria, se eliminará el bajo rendimiento de alumnos que sufren de desnutrición por falta de recursos económicos; o la deserción escolar de niños y jóvenes que se integran al subempleo diariamente por necesidad ?

Es necesario además de dictar leyes, proponer cuestiones que tengan un soporte real; es decir que tomen en cuenta las necesidades y carencias de la población.

Si cuestionamos la calidad de la educación primaria que se imparte en las zonas urbanas de clase media, podemos ver que es muy superior a la que se imparte en zonas marginadas o rurales.

*" Así, en la zona urbana de clase media, tres quintas partes de los alumnos han adquirido el lenguaje y dominan su manejo, esto sólo es cierto, en promedio del*

15 % de los alumnos de las otras cuatro zonas. Diez de cada cien alumnos de la zona más favorecida dominan los procesos de organización, desarrollo y síntesis de la información. Pero menos de uno de cada 100 lo logra en las demás zonas. La gran mayoría de los alumnos (87 %) de la zona favorecida logran una adecuada expresión por escrito al finalizar el sexto grado. Ello, sin embargo es cierto en apenas el 40 % de los alumnos de las demás zonas, y el resultado es significativamente inferior en el caso de la zona indígena, donde el bilingüismo al menos escrito, se logra en poco más de la tercera parte de quienes terminan el sexto grado. La mitad de los alumnos de la zona de clase media urbana logra el dominio de la ubicación textual, es decir, la capacidad de distinguir entre diversos significados de la palabra "mano" en diferentes contextos. Ello, sin embargo, sólo ocurre con un 15 % en promedio de los alumnos de las demás zonas. " 30

Todo lo anterior se explica por las condiciones de pobreza en las que viven las familias de los alumnos que asisten a las escuelas de zonas tanto marginal como rural, en donde existen fuertes indicadores de que el sistema educativo distribuye recursos de manera desigual, entre las zonas y por lo tanto las escuelas operan de manera desigual.

Las propuestas que se plantean en el Acuerdo son las siguientes:

" - Fortalecer el aprendizaje y el ejercicio de la lectura, la escritura y la expresión oral.

- Reforzar el aprendizaje de las matemáticas, subrayando el desarrollo de la capacidad para plantear problemas y resolverlos.
- Sustituir en la educación primaria, mediante el estudio de asignaturas (historia, geografía y civismo), el área curricular de ciencias sociales. En la educación secundaria se regresará, también al currículum basado en asignaturas, desechando el que propone integrar diversas áreas del conocimiento.
- El reforzar el aprendizaje de contenidos relacionados con el cuidado de la salud y acentuar una formación encaminada a proteger el medio ambiente y los recursos naturales.
- Renovar integralmente los contenidos y materiales educativos correspondientes a la educación primaria a partir del ciclo escolar 1993-1994.
- Distribuir, para el año escolar 1992-1993, nuevos libros de historia de México, que serán utilizados en los grados 4to, 5to y 6to de primaria.
- Implementar una reforma curricular en la educación preescolar, a partir de septiembre de 1992. ( Conviene mencionar que este programa procura articular más armónicamente dicha educación con la primaria, y no al contrario ).
- Revaloración de la función magisterial." 31

Podemos ver que la calidad de la educación que se imparte en el país en relación a las didácticas aplicadas en la enseñanza de las

matemáticas, a la adquisición de la lengua escrita y al desarrollo de la capacidad de la expresión oral, son sumamente deficientes, no por el enfoque adoptado en México en el período de 1970 a 1976, sino en la manera en que tal enfoque fue difundido. Existe además una tendencia minimalista, donde el país se conforma con desempeñar un rol subalterno en la economía global. Los habitantes son educados a partir de criterios pragmáticos, es decir se le da un mayor peso a la adquisición y desarrollo de habilidades concretas, y así desarrollar tareas prácticas y rutinarias sin entender el porqué de las mismas.

Se ha iniciado un proceso de reforma curricular donde la SEP se ha fijado renovar integralmente los planes de estudio y los materiales didácticos en un plazo de un año. Nosotras consideramos que una reforma integral educativa de este tipo no se realiza en un año, ya que un proyecto así requiere de un cambio social y político, así como de los recursos necesarios para su desarrollo. Pensamos que es válido que se quiera desarrollar una reforma en la educación Normal, ( para los programas de actualización del magisterio, en servicio), y además, instrumentar diversos programas enfocados a prevenir y remediar los fracasos escolares. Con el fin de elevar la calidad en la educación en todos sus aspectos.

Pensamos que debe existir un fortalecimiento de la participación de la comunidad en el proceso de reforma educativa, es indispensable la participación y compromiso de los padres de familia en los asuntos educativos.

Por último, consideramos que las políticas de cambio deben ser instrumentadas a partir de estrategias que combinen la adopción de programas a corto plazo, con el diseño y la gradual difusión de un

programa de mayor duración. En éstos últimos, se debe transformar el papel del magisterio para que los docentes tengan la capacidad necesaria para administrar diversas estrategias didácticas. Para lograr este objetivo es necesario rediseñar la enseñanza normal, los programas de actualización y de perfeccionamiento de los maestros en servicio y los materiales didácticos.

### 1.8 DETERMINANTES AMBIENTALES

La dispersión tan significativa de la población, no propicia una provisión de agua intradomiciliaria ni para la operación de sistemas de drenaje; así que el fecalismo al aire libre y la contaminación es muy frecuente y hasta habitual, en nuestro país. Esto afecta muy directamente la salud de los habitantes en las comunidades.

El censo de 1990 registro 16'197802 viviendas y su promedio de habitantes fue de 5.0 por vivienda. El 65.5% de las viviendas particulares tienen 3 o más cuartos y sólo el 10.5 % cuenta con un cuarto.

El material empleado en la construcción de las viviendas es una característica que sirve para determinar las condiciones de vida de la población. Los resultados censales indican que la "mayoría" cuenta con viviendas construídas con materiales durables, es decir con tabique, ladrillo o cemento y sólo el 6.4 % de las viviendas están hechas de materiales ligeros como lámina de cartón, carrizo, o palma.

Un elemento de gran relevancia, en la determinación del bienestar social, lo constituyen los servicios de que disponen las viviendas. Aunque la proporción de disponibilidad de servicios, presenta variaciones importantes entre los diferentes estados. Así las menores

proporciones de vivienda con excusados corresponden a Guerrero y Oaxaca, en tanto que los mayores valores corresponden a Nuevo León y Baja California. En relación al agua entubada, se tiene que las mínimas se dan en Guerrero y Oaxaca y las mayores para el D.F, Aguascalientes y Nuevo León. Con drenaje, las mínimas se dan en Oaxaca y Guerrero, y las máximas en el D.F, Aguascalientes y Colima. En lo que se refiere a la energía eléctrica la menor proporción corresponde a Chiapas y la mayor al D.F.

Según los datos del censo de 1990, en el país la proporción de viviendas que disponen de agua entubada es de 79.4 %; así también la disponibilidad de drenaje es de 63.6 % y en lo que respecta a la energía eléctrica resultó ser de 87.5 % y se estima que el 74.8 % dispone de excusado.

Este perfil socioeconómico, nos proporciona datos interesantes que nos ayudan a tener un panorama general sobre nuestro país. Poniendo especial énfasis en la cuestión de salud, sin embargo, nos parece importante recalcar que no basta con visualizar los aspectos cuantitativos generales, como hacen las versiones oficiales, sino que también se deben analizar los aspectos específicos y la dimensión cualitativa que muestre el grado real de desarrollo en el área de la salud, pues uno de los hechos reconocidos es que las estadísticas presentan varios problemas de subregistro como bien menciona López Acuña:

*" Nuestros sistemas de registro en el área de salud son muy deficientes. En el caso de la morbilidad los registros son prácticamente inexistentes, no hay encuestas nacionales de salud y sólo se cuentan con*

*incompletos boletines epidemiológicos que ni siquiera reúnen todos los casos existentes de enfermedades y notificación obligatoria." 32*

### 1.9 DETERMINANTES POLITICOS

La política que en materia de salud se adopte, determina e influye en gran medida el grado de salud y enfermedad de una comunidad. Durante mucho tiempo, en nuestro país la salud no había sido considerada, ni adoptada como política en el más alto nivel oficial.

No obstante, se ha venido desarrollando un proyecto sanitarista-centralizado desde la década de los veinte y que se organiza, y traza sus ejes básicos durante la década de los años 30. Con el cardenismo se dio inició a una política de atención para la salud al medio rural, mediante el servicio social de pasantes de medicina y los servicios médico-sanitarios ejidales, que para 1941 pasaron a ser Servicios Rurales Cooperativos. Bajo esta tendencia comienza un proceso de centralización y planificación vertical que implicará la relativa pérdida de autonomía del nivel provincial y municipal.

*" La creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Dirección de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los estados (1943), y luego la del IMSS (1943) y la del ISSSTE (1959) suponen, sobre todo en los últimos casos, la institucionalización de organismos de salud donde la normatización y decisión está a cargo de la dirección centralizada, ajena a propuestas de los estados y mucho menos de los municipios (...) Es indudable que asistimos al*

**desarrollo de una política de centralización y planificación, que supone el control del ejecutivo sobre la salud y la salubridad nacional, así como sobre las políticas estatales y municipales específicas. Este desarrollo, si bien plantea el respeto a las autonomías estatales ( son servicios coordinados ), implica de hecho afectar a las particularidades en beneficio del poder central." 33**

Desde esta tendencia la inversión en salud y salubridad en casi todo el país, resultaba ser mínima o nula. Este proceso que se extiende desde los cuarenta hasta los setenta, muestra un continuo proceso de centralización y creación de instituciones donde la capacidad de incidencia extrainstitucional es muy pobre o casi nula.

Para la década de los setenta e inicios de los ochenta, se apacigua esta tendencia que corresponde a una determinada concepción del estado. Surge entonces el programa de extensión de cobertura (PEC), luego el de áreas marginales de las grandes urbes y el de áreas rurales que se instituye a mediados de 1979, como el programa IMSS-COPLAMAR de servicios médicos, que pretendió proporcionar atención médica a núcleos indígenas y marginados del campo y ciudades. La creación de estos programas constituyen expresiones de procesos económico-políticos e ideológicos determinados por el Estado.

**" Dentro de esta tendencia dominante a fines de los setenta y principios de la década de los ochenta, comienzan a plantearse medidas de descentralización, que en un nivel aparente delegarían en los estados y en**

**los municipios las acciones de salud y salubridad, reservando el nivel central para actividades casi exclusivamente normativas. " 34**

Es entonces que, a partir de diciembre de 1982, el gobierno determinó que el Plan Nacional de Desarrollo diera prioridad a la salud como una de sus grandes tareas, y se comisionó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a poner en marcha, en el campo de la salud, los supuestos de la descentralización de la vida nacional, de la planeación democrática y de la sociedad igualitaria. Es entonces, cuando a la salud, al menos en teoría, se le da énfasis y se convierte en prioridad del Estado Mexicano, éste se "propone" llevar a cabo una reforma sanitaria, dentro de un cambio estructural que surge a raíz de la crisis económica de 1982.

Se formula el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, y cuyas metas principales son:

- 1) Conservar y fortalecer las instituciones democráticas.
- 2) Vencer la crisis.
- 3) Recuperar la capacidad de crecimiento.
- 4) Iniciar los cambios cualitativos.

En el rubro de la salud, este plan señala que se perseguirán los siguientes propósitos:

- " 1) Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.**
- 2) Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos**

rezagados, dando una atención especial a los grupos más vulnerables.

3) Contribuir, con respeto integro a la voluntad de la pareja a un crecimiento demográfico acorde con el desarrollo económico y social del país, y 4) Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente los niños, ancianos y minusválidos.

Para alcanzar estos propósitos, el marco estratégico correspondiente centra la evolución del sector en : 1) el impulso a las acciones preventivas; 2) la reorganización y la modernización de los servicios, a través de la integración de un Sistema Nacional de Salud, que opere sobre la base de tres niveles de atención; 3) la descentralización o desconcentración de los servicios de salud a las entidades federativas, y 4) la reorganización de los servicios de asistencia social y el aumento de la productividad de los mismos."

35

En 1983, durante el gobierno de C. Miguel de la Madrid Hurtado, se eleva a categoría constitucional el derecho a la protección de la salud para todos, que se relaciona de inmediato a las garantías sociales ya consagradas previamente: La educación, la vivienda, y el trabajo.

Es así, como en el artículo 4to constitucional se establece el derecho a la protección de la salud y previene que la salubridad

general se compartirá entre la federación y las entidades federativas, y ya no será una cuestión meramente central.

Para diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, que se puede considerar como un instrumento jurídico que tiene como propósitos generales:

- Definir las bases y modalidades al acceso de los servicios de salud.

- Establecer la división de responsabilidades entre la federación y los estados.

- Definir especificaciones de la Salubridad General.

Esta ley reglamenta el artículo 4to y sus objetivos específicos son:

***" Definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho; definir la participación y responsabilidad de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud; reglamentar la prestación de servicios; actualizar y completar la normatividad en materia de salubridad general y deslindar la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias."*** 36

Esta ley está compuesta de 18 títulos, 59 capítulos, 472 artículos y 7 artículos transitorios. El título séptimo se encarga de los aspectos de la promoción de la salud, que comprende los ámbitos de educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y la salud ocupacional.

En México, el lugar que supuestamente se le da a la salud en el contexto general de las necesidades, es de primer orden, en vista de la estrecha interrelación que existe entre la salud y el desarrollo. Este enfoque adquiere especial importancia en situaciones de crisis económica, dado que se hacen reducciones en los recursos financieros asignados a la salud y a otras prioridades sociales.

Actualmente, la meta más amplia de la política de salud, a través de la asistencia y seguridad social, es la de:

*" impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios. Las estrategias generales que regirán las acciones del sector son : mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud, y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud."* 37

Podemos decir que a través de estos años no se ha logrado conjuntar una política nacional de salud con alcances populares, basada en necesidades y decisiones comunitarias. Cuantas veces no se conciben estos " famosos " planes de desarrollo desde un escritorio central y gubernamental, sin una participación social real. En nombre del progreso y bienestar social, se formulan objetivos que casi nunca se cumplen por temor a un desarrollo que impulse la participación y la conciencia ciudadana.

"(...) si el sistema de atención para la salud se sustenta en necesidades sociales reales, el paso hacia una modalidad de gestión democrático-consultiva es algo natural. Si, en cambio, el sistema de atención para la salud tiene como fundamento de su existencia y su operación otras necesidades, como es el caso de México, las posibilidades de participación de la población en las políticas de atención son, por fuerza, muy reducidas. En nuestro caso los cuatro puntos cardinales que orientan a los servicios de salud, dejan a un lado las necesidades sociales reales y podrían resumirse:

- 1) Los servicios obedecen a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones tales como la reproducción selectiva de fuerza de trabajo.
- 2) Corresponden a necesidades políticas de una clase, o un aparato estatal que acaba por situarse al servicio de una clase. Así, los servicios de salud son empleados en numerosas ocasiones como instrumento de intermediación política y de mediatización de demandas sociales más amplias.
- 3) Se someten a la influencia de necesidades corporativas de un grupo profesional que, o dispone un escenario para su práctica liberal, o erige territorios feudales, bajo el dominio de los grupos médicos hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud.

**4) Son presa de las necesidades de mercado de poderosas industrias en expansión, tales como la químico-farmacéutica, la de equipo médico, etc." 38**

Podemos decir que la política de salud en nuestro país, "aparentemente" pone atención a la participación de la población en las necesidades y acciones de salud. Dicha participación, se define muy vagamente. Así, en la práctica, no existe una participación efectiva, que se caracterice por su de decisión democrática y representativa de todos los sectores sociales de la población.

Por experiencia propia, sabemos que muchas veces los partidos políticos o grupos religiosos tratan de promocionar proyectos para el mejoramiento de la salud de una comunidad determinada, y hemos comprobado que generalmente a estos grupos no les interesa la gente, sino más bien desarrollar un sentimiento de dependencia y paternalismo entre la población, con el fin de seguir reproduciendo su ideología. Cuando trabajamos en comunidad rural, tratamos de hacer un trabajo de desarrollo integral comunitario con base en la autogestión, nuestra labor consistió en elaborar (junto con la gente de la comunidad) un pequeño proyecto de educación para la salud, reforzándolo con actividades de educación, producción y socio-cultura, evitando formar entre los habitantes esa imagen paternalista. Ya que realizamos nuestro servicio social, sin ninguna implicación partidista, ni religiosa.

Al obtener expectación y participación por parte de la comunidad en un proyecto diferente al que estaban acostumbrados, y después de dos meses de sensibilización y trabajo continuo, tuvimos algunas confrontaciones con varios partidos políticos e Iglesia. Un ejemplo

de lo anterior, fue cuando algunos miembros del Partido de la Revolución Democrática (PRD), del Partido del Trabajo (PT) y un hermano jesuita, declararon que la Brigada de servicio social multidisciplinario de la UNAM, que trabajo en la comunidad de San Sebastián era categóricamente de "ellos" y que gracias al apoyo de estos partidos, los integrantes de la brigada podían desarrollar el trabajo comunitario. Esto nos molestó mucho, pues querían exhibir nuestro trabajo como estandarte de esa "imagen constructiva" que quieren aparentar dichas agrupaciones. Es entonces, que acudimos al periódico Cambio de Teziutlán, para aclarar la situación. Saliendo publicado en sus páginas un artículo llamado: "La brigada UNAM no pertenece ni a Dios ni al diablo", en cuyo último párrafo dice: por favor, no manchemos con las manos sucias de política el trabajo y el esfuerzo de los pumitas, pues bien dice el refrán popular: " si no les das, no les quites ".

#### 1.10 LOS PROGRAMAS DE SALUD Y EL MODELO DE ATENCION EN MEXICO

Los problemas de salud en nuestro país se atienden con base en el enfoque del modelo de atención curativo. Aunque se le da importancia a las acciones de atención primaria a la salud, es decir: el saneamiento ambiental básico, la provisión de agua potable, la asistencia materno-infantil, las vacunas, la prevención y combate contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, etc.

Actualmente y a pesar de que se brindan servicios en más de 7 500 unidades en el medio rural, la dispersión de los habitantes en

asentamientos menores a 1 500 habitantes impide el instalar una casa de salud en cada población.

La población que no tiene un acceso fácil a los servicios médicos institucionales o particulares, recibe atención por acciones del sector salud; entre las que se destacan:

" 1) *Los programas nacionales contra el paludismo, el dengue, la oncocercosis, la lepra, las enfermedades diarreicas, las infecciones agudas de las vias respiratorias y el SIDA.*

2) *Las vacunas del PAI y las campañas nacionales de vacunación antirrábica humana y canina.*

3) *La detección oportuna del cáncer cérvico uterino, la diabétes, la hipertensión y la tuberculosis pulmonar.*

4) *El servicio social de pasantes de medicina que en número de 7000 anualmente, atienden a comunidades en áreas rurales.*

5) *Los servicios asistenciales del INI que con sus 292 unidades operativas de salud atienden 1418 localidades.*

6) *Las campañas de planificación familiar en 9 500 comunidades menores de 2 500 habitantes por medio de sendas promotoras voluntarias, 1 100 supervisoras y 264 médicos jurisdiccionales.*

7) *Las brigadas móviles que visitan zonas de difícil acceso y brindan servicios médicos y odontológicos en forma ocasional y de corta duración.*

8) Los programas de alimentación complementaria y orientación nutricional por obras de interés comunitario.

9) Los servicios asistenciales de la medicina privada que cubren entre 5 y 7 % de la población con una proporción mayor en partos, intervenciones quirúrgicas y exámenes de gabinete.

10) Los servicios de orientación por los auxiliares de farmacia que distribuyen medicamentos a libre demanda.

11) Las campañas de Educación para la Salud y los programas de movilización social de la comunidad.

En todos los programas del Sector Salud la presente administración ha enfatizado la descentralización de servicios y programas." 39

La idea de descentralización es válida, pero hay que considerar, que si no existe una infraestructura administrativa, ni de vigilancia en contra del despojo que se da en algunos estados, difícilmente se podrá concretizar algo. También se debe atender la desigualdad económica entre los estados ya que sino existe un paralelismo en su desarrollo habrá estados que se queden rezagados.

El estudio de la evolución histórica de la participación del Estado mexicano en el área de la salud no revela un gran progreso, aunque hay que mencionar que han existido algunos intentos de avance, que con frecuencia han mostrado desvíos y algunas veces contradicciones. A partir de la promulgación de la Constitución de 1917 se crean algunas instituciones, como el Departamento de Salubridad; la Secretaría de Asistencia Pública; las principales

instituciones de seguridad social; se desarrollan algunos programas de extensión de cobertura; los servicios rurales cooperativos; el Plan Nacional de Hospitales; la construcción y operación de los centros de salud rurales y urbanos; la creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia y su transformación posterior en DIF y la modernización de la legislación en salud a través del código sanitario de 1934 hasta su actualización en 1973. A través de estos años se acentuó la prestación de servicios de salud con énfasis en los aspectos estrictamente médicos de las acciones; paralelamente se intentó promover el aspecto preventivo por medio de los programas de inmunización y las acciones orientadas al cuidado del medio ambiente.

Para el año de 1973, se formula el primer Plan Nacional de Salud, el cual establecía :

***" la salud individual es indispensable para lograr la salud colectiva y que ésta a su vez, condiciona los factores más eficientes para alcanzar la primera." 40***

Aunque dicho plan no consiguió concretar muchas de sus proposiciones y postulados, constituyó un intento sistematizado de intervención del Estado en el área de la salud en nuestro país, pues impulsó la definición de metas y propósitos y evitó el enfoque técnico que presentaban las metodologías de planeación.

Al finalizar la década de los 70 y en gran parte a los recursos provenientes del exterior y de las ganancias por las ventas de petróleo, hubo una considerable ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo los de primer nivel para poblaciones marginadas rurales y urbanas. Posteriormente, se implementaron los programas IMSS-COPLAMAR y el de extensión de cobertura en áreas

urbanas marginadas. Sin embargo, los intentos de coordinación interinstitucional consiguieron su nivel más bajo y se debilitó la función principal de la SSA, fortalecida anteriormente por el Plan Nacional de Salud.

En 1981, se forma la coordinación de los servicios de salud, cuyo propósito era determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la cohesión de los servicios públicos de salud en un sistema nacional, que diera cobertura a toda la población.

*" En 1982 se dió la indicación de compaginar los elementos aportados por la coordinación de los servicios de salud y la consulta popular, a fin de traducirlos en iniciativas de ley que pudieran implantarse desde el principio mismo de su gestión gubernamental. Las tesis y acciones fundamentales se recogen e integran en el libro Hacia un Sistema Nacional de Salud ( UNAM, 1983 ). Allí se definen las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud y se consignan los elementos básicos que han dado fundamento a la política de salud del presente régimen." 41*

El Plan de Desarrollo 1983, trata de reconocer la importancia de la salud , y entre sus metas principales, están el tener una cobertura nacional de los servicios de salud y lograr el mejoramiento de su calidad y pone especial énfasis en la satisfacción de las necesidades de los sectores de la población más castigados y rezagados. Esto se ha quedado en teoría, ya que la consolidación e

implantación de un Sistema Nacional de Salud es un proceso difícil y necesariamente largo.

Actualmente, en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, se le da gran importancia a la salud, donde se destaca :

- Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Atenuar las desigualdades sociales, con énfasis en la atención primaria de salud.
- Modernizar el sistema de salud.
- Descentralizar los servicios de salud.

Como podemos observar a casi 10 años de diferencia entre los Planes de Desarrollo, las metas y objetivos vienen a ser básicamente los mismos sólo con escasas diferencias.

El Plan Nacional de Desarrollo responde y cumple exclusivamente con sus funciones institucionales, sus objetivos son acertados pero difícilmente se cumplen.

La realidad es que los servicios de salud son insuficientes, las políticas tal vez acertadas pero obstruidas por la corrupción y la mala administración.

## CAPITULO II

### 2. HEGEMONIA MEDICA

#### 2.1 CONCEPTUALIZACION

En el capítulo anterior planteamos a grandes rasgos la situación de la salud en México, retomando los elementos históricos, sociales, económicos, políticos, ambientales y culturales que la determinan.

En este capítulo queremos abocarnos al modelo médico hegemónico, ya que este se encuentra presente en la relación médico-paciente, tratamiento y cura de enfermedades a nivel institucional.

Para empezar a abordar este tema utilizaremos los planteamientos de Eduardo Menéndez ( Morir de alcohol), que describe perfectamente el problema médico hegemónico, que surge en la práctica y tratamiento de una enfermedad. Utilizamos su teoría para reflexionar en torno a nuestra experiencia de trabajo en un proyecto institucional de educación para la salud, desde una perspectiva interdisciplinaria que trata de abordar el tema de la salud de una manera integral. Creemos que el concepto es válido pero nos percatamos de cómo el Médico llega a querer seguir manteniendo su hegemonía sobre las demás disciplinas.

*" Por modelo médico hegemónico MMH, entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los*

conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado " 1

Además en esta construcción se reconocen tres submodelos:

" El individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: a) Biologismo, b) Concepción teórica evolucionista/positivista, c) ahistoricidad, d) Asocialidad; e) el individualismo, f) Eficacia pragmática, g) La salud-enfermedad como mercancía; h) Orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura; j) Práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; k) Relación médico-paciente asimétrica; l) Relación de subordinación social y técnica del paciente que puede llegar a la sumisión ( Institución Psiquiátrica ); m) Concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) El paciente como responsable de su enfermedad; o) Inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud; p) Producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico q) Prevención no estructural; r) No legitimación científica de otras prácticas s) Profesionalización formalizada t) Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) Tendencia a la medicación de los problemas; v) Tendencia inductora al consumismo médico

w) Predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) Tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica" 2

Estos rasgos responden a la práctica que dominaba durante el siglo XIX y aún en este siglo.

Uno de los rasgos estructurales del MMH que se subraya en el submodelo corporativo público es la prevención, así como el reconocimiento de la importancia del medio ambiente; sin embargo este énfasis, no implica que la prevención sea hegemónica, dado que en todos los contextos aparecerá subordinada a lo curativo.

En este modelo (MMH) se integran las prácticas reconocidas generalmente como tradicionales, pero al mismo tiempo se cierra toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes locales, y que en gran medida son derivaciones del MMH y que sintetizan y transforman a las llamadas prácticas tradicionales.

La autoatención es una estructura que no puede ser erradicada pero sí limitada. El MMH al cuestionar la autoatención sobre todo en cuestión de automedicación, reduce el hecho en un primer nivel de una atención autónoma y eficaz, con la función de seguir manteniendo su hegemonía. Recordemos que algunos médicos suelen regañar y castigar a quien se automedica, no ven el hecho de atender una prioridad o calmar un malestar, sino que se indignan frente al paciente " que no sabe ", y toma una resolución que sólo a él le compete. Esto no quiere decir que apoyemos la automedicación, lo que señalamos es la actitud del médico ante la medicina doméstica.

La institucionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico y político de las capas burguesas que se apropian del poder

de 1750 a 1880. Todos los caracteres del MMH estan saturados de niveles conciente/no conciente, por concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la nueva burguesía independiente, a la que pertenece la mayoría de los médicos. Este modelo supone en consecuencia jerárquico, asimétrico, clasista y racista.

El MMH será el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. Ya que frecuentemente

A mediados del siglo XIX el Estado en algunos países capitalistas comenzó a hacerse cargo sistemáticamente de acciones asistenciales. Algunos sectores de la clase dominante plantean la necesidad de una medicina pública que se hiciera cargo eficientemente de las funciones que no cumplía el profesional privado.

El Estado reconoce al MMH y lo legitima, ya que es importante señalar que en México a principios de los 60, en el trabajo elaborado por Alvarez Amezcua y Bustamante, sostenían que en esos años el principal problema de atención médica en México, lo constituía la vigencia de los curanderos y otros curadores similares que se estimaban en 185,000 aproximadamente, y con frecuencia eran los únicos y/o los más baratos con que podía contar cierta parte de la población.

**" La expansión del MMH se caracteriza por :**

- **El desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud y por una función cada vez más directa del Estado.**
- **El desarrollo de un proceso de profesionalización médica.**

- El desarrollo de una tendencia en las prácticas curativas, con una organización industrial de la atención médica que supone un constante incremento de los costos en salud.
- El desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos.
- Ampliación de la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por cada vez mayores sectores de la población." 4

El aprendizaje médico se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales, o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado o posgrado aprende a manejar la enfermedad sólo con paradigmas biológicos. El biologismo lo encontramos en la globalidad del trabajo epidemiológico, pues se utilizan como variables principales: sexo y edad, es decir, que se ligan a procesos biologizados y las variables como: niveles de ingreso, ocupación, se quedan en segundo término, dejándolas como propuestas descriptivas.

El componente biomédico

" se privilegia y totaliza con la medicina científica, en tanto puede reconocer, supuestamente, la naturaleza objetiva de la enfermedad y en consecuencia intervenir racionalmente en su tratamiento; reduccionismo biologicista que ha llegado a ser la piedra angular del modelo médico hegemónico." 5

El rasgo estructural dominante es el biologismo que garantiza la cientificidad del modelo y la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos.

Pensamos que este modelo pretende basarse en una práctica exclusivamente científica, crítica y no acepta otra alternativa que no sea la medicina alópata, la gente que recurre a otras alternativas ( acupuntura, homeopatía, herbolaria, curanderismo, etc. ) es vista por estos médicos como "ignorante", supersticiosa, e ingenua.

**" Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social histórico; la enfermedad evoluciona y no tiene historia.**

**El enfoque ahistórico evita o limita observar la importancia de los procesos no biológicos ... la ignorancia de las series históricas largas impide incluir los procesos históricos sociales que operan sobre procesos salud-enfermedad y que no pueden ser reducidos a un análisis coyuntural, por más importante que sea la necesidad de encontrar soluciones. " 6**

El biologismo y la ahistoricidad hallan su confirmación gracias a otro rasgo: la asociabilidad.

**" Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad, puede aparecer como paradójico en la medida que durante los años 60 y 70 hubo un fuerte énfasis en lo social, en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica; pero no debe confundirse la discusión sobre lo " social**

**" con su incorporación real al aprendizaje y a la práctica médica. " 7**

Algunas experiencias en América Latina que han asumido lo social desde un principio de aprendizaje médico, se descontinuaron o se redujeron. El conjunto de la práctica médica constituye no sólo un acto técnico sino social e ideológico, no reconocido en su propia práctica. Lo social constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica. El MMH no corresponde sólo a la práctica clínica curativa, sino también a la práctica epidemiológica y preventiva.

El Estado hace suyas algunas realizaciones directas de protección a la salud, que se expresan en las políticas de seguridad social que algunos estados establecieron en los inicios del período imperialista (en los años 60), y que tendrían un eco inmediato, en varios de los países capitalistas avanzados.

**" El estado maneja lo social a partir de un nivel de realidad distinto que el MMH, mientras éste niega o margina las determinaciones sociales, el Estado las asume; no puede hacer otra cosa, trata en función de los procesos sociales, y sobre la propia función capitalista, de establecer las medidas sociales directas e indirectas sobre salud. No obstante en la diferencia de lo social, tanto el Estado, la sociedad hegemónica, como el MMH sintetizado en los conjuntos sociales, comparten algunos supuestos sobre lo social y técnica del trabajo. Este fue concebido como algo dado natural y no conflictivo. 8**

Las enfermedades y los padecimientos tienen sentidos y significados; tanto las enfermedades " científicas " como los síndromes de filiación cultural son sociales en la medida que operan en conjuntos sociales que construyen significados, dentro de relaciones de " contagio social " de incidencia desigual, según la pertenencia social y cultural, de acceso diferencial a los servicios. Que el origen inmediato sea biológico, que las consecuencias sean físicas no invalidan este obvio punto de partida. Se puede decir que dentro de la institucionalización opera la dimensión biológica, no hay que excluir o restar importancia a lo biológico. El planteamiento maneja la necesidad de construir un enfoque unificado en donde lo biológico no sea el rasgo hegemónico, sino que sea una parte de lo general.

*" Mi actitud hacia el modelo médico es de rechazo. Tiene este una opinión pesimista y derrotista de la humanidad que nos niega toda responsabilidad sobre nosotros mismos y que define el problema psiquiátrico como si fuera biología humana; no trata a la gente en su contexto social, ... el tratamiento médico contra la depresión, cuando mucho propone un alivio temporal que permite a la gente, al menos durante un tiempo, manejar su depresión o pérdida, pero a menudo oculta lo que en realidad sucede y deja al paciente en un estado de apatía. Nadie ha tratado de ahondar en su vida diaria, de ayudarle a dar un mayor significado a su existencia; en lugar de esto se le dice posiblemente que: " todo pasará con el tiempo ". 9*

Para cerrar este rubro presentamos un ejemplo del MMH en un problema específico como es el tratamiento de la drogadicción, y a la vez resaltamos esta experiencia alternativa como una opción distinta.

#### EXPERIENCIA CON JOVENES TOXICOMANOS

" Todo amor sin esfuerzo es vano.

Todo esfuerzo sin amor es perjudicial "

La siguiente experiencia nos habla de uno de los proyectos más ambiciosos y bellos que se han llevado a cabo para la atención de los jóvenes toxicómanos.

En la región de Toulouse, Francia, se encuentra la Boère en donde se ha creado un lugar donde los jóvenes con problemas de adicción tienen la esperanza de salir adelante por su propio esfuerzo al permitirles crear sus condiciones de vida, sus talleres, y concretizar sus fantasías. Lucien Engelmajer, El Patriarca, ha sabido adaptarse a ellos. En la Boère hay normas que seguir: no hay droga, no hay alcohol, no hay medicamentos de sostén, hay que levantarse a la hora acordada y participar en la organización del trabajo. El aprendizaje de la verdadera vida se funda en la libertad y el amor.

Existen labores como cultivos, limpieza de la tierra, tapicería libre, vidrería, el esmalte, el cuero, las cuales dan al toxicómano el gusto a la vida que lo eleva por encima de toda tentación. Aprender a limitar sus deseos, sus impulsos y poco a poco su pasado deja de ser para él vergonzoso y pesado; todo lo contrario lo asume como experiencia adquirida que se transforma en conocimiento dichoso.

Para que un lugar funcione adecuadamente se necesita de un trabajo constante y un esfuerzo diario. El trabajo es visto como la mejor cura para los jóvenes con problemas de drogadicción. Además se

les deja expresarse sin prejuicios morales, tomándolos en cuenta como seres que necesitan ayuda, no son sólo chicos problema. En La Boère no tienen que llevar las cargas de su familia, ellos necesitan de amor y tienen que aprender a tomar decisiones, la droga los fugaba de su realidad haciéndolos presos de ella. Ahora tienen la opción de rescatar su libertad.

**" Trabajar de común acuerdo por un mismo objetivo, crea, a corto término, un ambiente, estimula, ayuda a salir del egoísmo personal. La terapia relacional esta aquí en el acto. Es evidente que se necesita un motor, una dinámica: no buscamos más que la manera de perfeccionar todo esto para sentirnos mejor." 10**

El tratamiento que se les da a los jóvenes es amor, trabajo, comunicación, apoyo, motivación, y satisfacciones. Pensamos que el trabajo que realiza El Patriarca, esta dirigido ha enseñar a los jóvenes una forma distinta de ver la vida, distinta de la que han obtenido de sus padres. La mayoría de éstos jóvenes no tiene amor, atención, tienen conflictos internos; Lucien Engelmager les da amor, cariño, protección, esta ahí cuando lo necesitan, confían en él, y a la vez son libres de decidir que harán de su vida sin prejuicios, ni prohibiciones morales o sociales. Les enseña a compartir, a ayudar al prójimo, y a dejar su egoísmo.

**" Miren, en este momento 4 jóvenes construyen un garage en casa de un amigo. Estos trabajos les hacen encontrar otra gente, eso es muy importante. Es esto lo que nos diferencia de forma bastante fundamental de los centros de postcura o de los hospitales psiquiátricos donde el joven esta totalmente a cargo de la institución. No**

tienen nada que hacer a parte de consumir medicamentos, alimentos, y a veces tiempo libre. Niego que pueda curarse la toxicomania con una psicoterapia, a razón de tres medias horas por semana, o en hospital psiquiátrico cebando a la gente con medicamento." 11

El aspecto médico juega un papel importante en el tratamiento de la drogadicción. Y en el uso de medicinas que utilizan para tratar al enfermo. Desafortunadamente los avances médicos son nulos.

" - Puedo decirle, ... que el 40 % de los médicos recetan sin ninguna dificultad tóxicos.

Los médicos son a veces inconcientes del efecto de los medicamentos que prescriben y del uso alterado que puede hacerse de ellos." 12

" Desde hace un año utilizamos los servicios de médicos de especialistas. Anteriormente no había pensado en ello y la cosa marchaba bien. Para nosotros llamar a un médico es una regresión, casi una situación de fracaso pues éste, está acostumbrado a solucionarlo todo con la magia química. Todos los toxicómanos tienen una necesidad visceral de pastillas y pinchazos. Darle poco o mucho es fácil, inmediato para reducir una tensión basada en la petición y la privación, pero no sirve de nada a la hora de solucionar el fondo del problema... El médico de cabecera no entiende gran cosa ¡desgraciadamente! de los problemas de la toxicomania y a menudo se desinteresa. Nuestro médico, a pesar de su vivo deseo de aprender, todavía comete errores de juicio, de apreciación, y ante los extraordinarios

*comediantes que son los toxicómanos, ... da productos que desviados de su uso inicial, sirven de droga ligera. ... la intervención de un médico en tanto médico no es verdaderamente deseable." 13*

Los médicos no se detienen a buscar las causas emocionales que originan problemas en el toxicomano. No investigan las razones que impulsan a los jóvenes a hacerse adictos a la droga. Oficialmente los médicos y psiquiatras son los únicos autorizados a reinsertar a este individuo a la sociedad, aunque tengan que hacerlo sacándolo de una dependencia para entrar a otra, ya que ahora son los calmantes las drogas legales que les recetan.

*" Generalmente se cree que la gravedad de la toxicomanía se sitúa en el consumo de drogas prohibidas y no en el de drogas autorizadas. Incluso diría que muchas personas, incluidos los médicos, consideran normal el uso de drogas autorizadas. Pero hay que desmitificar esta creencia" 14.*

Desafortunadamente la psiquiatría clásica no reconoce que ha fracasado frente al problema de la toxicomanía, prefiere clasificar a los toxicómanos como enfermos incurables. Los jóvenes que pasan por hospitales psiquiátricos y no pueden evolucionar en ellos son considerados como débiles profundos, esquizofrénicos, etc. Muchos jóvenes que eran casos perdidos para los médicos, en la Boère vieron cambiar su suerte.

## 2.2 LA MEDICINA COMO UN APARATO IDEOLÓGICO Y POLÍTICO DE ESTADO.

La conformación de MMH como proceso que escinde lo político, social e ideológico de la problemática salud-enfermedad, reducida ésta a lo biológico,

**" tiene una historicidad articulada con el proceso de consolidación y desarrollo del capitalismo, determinado en un principio mediante su sometimiento al control estatal, que gran parte de la acción médica específica se encamine funcionalmente a negar las causas sociales e ideológicas tratando de fundar una "mirada" médica autónoma." 15**

La ideología predominante incluye la imputación de la culpabilidad de individuos y grupos específicos en la manifestación de la enfermedad y la conducta arriesgada. Es muy común escuchar a algunos médicos decir que la gente se enferma porque no se sabe cuidar y no tiene responsabilidad.

Podemos ver que los llamados profesionales de la salud se han atribuido la facultad de determinar la moralidad de distintos tipos de conductas, ya que cuentan con un conjunto de conocimientos y recursos que según ellos pueden aplicar para eliminar o modificar tales conductas.

**" El proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente; por una parte la creciente complejidad de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las "desviaciones". Freidson ha descrito en forma notable ambos procesos convergentes, que conducen en los hechos a legitimar desde el Estado a la práctica médica como la única habilitada para operar en el proceso salud/enfermedad. Freidson analiza las**

relaciones profesión médica-Estado en varios contextos nacionales para concluir que en Inglaterra, Estados Unidos de América o la ex-URSS, el Estado ejerce control sobre la profesión médica no en el nivel teórico, sino en el de la organización social y económica del trabajo médico. " 16

Para Strong los puntos básicos que definen al MMH son:

" a) Tendencia a que los problemas sean tratados en forma profesional, lo cual incrementa los intereses ocupacionales y la burocratización.

b) Tendencia profesional a monopolizar los problemas y a excluir a la población.

c) Tendencia a controlar la naturaleza del problema y a proponer criterios propios que se imponen como criterios técnicos.

d) Tendencia a expandir la incidencia del problema y redefinición del mismo.

e) Tendencia indefinida al proceso de medicalización.

f) Tendencia a percibir la etiología (origen) de los problemas en términos individuales, opacando la causalidad social y los procesos históricos.

g) Que gran parte de los problemas medicalizados son expresión de fuerzas y procesos sociales.

h) Que la población tiende ha ser convertida en " adicta " del sistema médico. " 17

las críticas al MMH provienen de diferentes orientaciones teórico-ideológicas, las cuales han sido generadas dentro del propio MMH y buscan modificar la orientación hegemónica impulsando las prácticas

preventivistas; podemos ver que la OMS y la UNICEF durante los 60 y 80 han sido la expresión más significativa de estas orientaciones en las que se impulsa a nivel internacional las estrategias de atención primaria (AP).

Los principales cuestionamientos son:

- \*- Aumento en el costo a la atención de la enfermedad.**
- Aumento constante del consumo de fármacos y sustancias nocivas para la salud.**
- Cambios del perfil epidemiológico, el cual evidencia la eficacia limitada de la práctica médica y la importancia creciente de las funciones secundarias.**
- Predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la calidad de la misma.**
- Comprobación de que algunas técnicas sencillas y baratas operadas por la comunidad pueden ser más eficaces que la utilización de técnicas complejas, sofisticadas y costosas para algunos de los principales problemas que afectan a la población.**
- El redescubrimiento de que el sector salud es primordialmente curativo.**
- Reconocimiento de los denominados productores de enfermedad localizados en la industria tabacalera, alcoholera y la subordinación política del sector salud a dicha industria de la enfermedad.**
- Descubrimiento de que pese al descenso de las tasas de mortalidad y el incremento de la esperanza de vida, se ha generado un notorio estancamiento y en algunos**

**casos el incremento de la mortalidad en varones en edad productiva.**

**- El descubrimiento del mantenimiento de la desigualdad social ante la muerte aún en los países con medicina socializada (los estratos más bajos de la población son los que tienen las más altas tasas de mortalidad)."** 18

Desde una posición anticientífica se genera una crítica radical en la que se busca recuperar la medicina popular e impulsar parcialmente experiencias de AP. Desde esta perspectiva radical se desarrollan cuestionamientos y experiencias alternativas que se han movido en un espectro que va desde lo económico-político hasta lo cultural.

En la década de los 60 se dió un estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad , así como la notable persistencia de las muertes evitables en el perfil epidemiológico.

A partir de esta fecha se ha mantenido e incrementado el problema del hambre, articulado con la reducción de la lactancia materna previamente inducida por el sector salud. Se ha incrementado la mortalidad por accidentes, por homicidios, drogadicción y alcoholismo. Existe una crisis en el financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social. Se han agravado los problemas de infraestructura básica los cuales aseguran condiciones mínimas de seguridad, los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basura y de contaminación se deterioran, colocando a varias ciudades de Latino América con posibilidad de sufrir un colapso urbano.

Es justamente durante este proceso que resurge la concepción de la AP que se basa en la articulación comunidad-sector social para poder actuar en situaciones de pobreza, crisis prolongada y en la forma más

eficaz y barata posibles. Es entonces cuando se recupera el uso de medidas simples y conocidas, en donde se evidencia su gran capacidad para limitar la mortalidad infantil si se llevan a la práctica sistemáticamente.

Son medidas que fueron pensadas para el conjunto de países dependientes, donde en su mayoría no existía personal de salud, en particular médicos y enfermeras. La participación de la comunidad fue considerada decisiva para una aplicación exitosa de las estrategias de AP. El éxito de estos programas está basado en el trabajo comunitario y en la supervisión médica constante, así como el desarrollo de la tecnología sanitaria simple que puede ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad. La Atención Primaria es considerada como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis de MMH, entre otras cosas porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del sector salud organizado para enfrentar su crisis tanto en eficacia como en términos de gasto público.

A pesar de estas medidas el MMH se sigue identificando como una medicina de alta complejidad, basada en curación. Como ya se dijo, en los 60 se descubre que la caída de la tasa de mortalidad general se desacelera en muchos países de América Latina, pese al aumento en el costo de la atención a la enfermedad. En los 70 esto se correlaciona con el mantenimiento de la situación de subdesarrollo dependiente y luego con el desarrollo de una profunda y larga crisis económica que afecta a los niveles de vida de los grupos subalternos. Al mismo tiempo se observa que la esperanza de vida de los países de alto desarrollo capitalista duplica y hasta triplica a la de algunos países africanos y asiáticos.

### 2.3 NUESTRA PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIVEL GUBERNAMENTAL.

El trabajo lo realizamos para un Hospital de salud pública, en su Departamento de Educación para la Salud, y consistió en apoyar como pedagogas el programa interdisciplinario de educación para la salud en el cual participaron especialistas de las siguientes carreras : medicina, psicología, nutrición, enfermería, trabajo social, comunicación , diseño gráfico, sociología y antropología.

El equipo intentó trabajar de forma interdisciplinaria, diseñando el programa en función de los conocimientos que cada carrera aporta en cuanto a condiciones generales de salud, conocimientos, actitudes, hábitos y conductas. Sin embargo el director del proyecto, es quien lleva la batuta en la determinación de los aspectos que se deben tomar en cuenta, para realizar un programa interdisciplinario de educación para la salud. Su imagen es la clásica del médico, ya que él es sumamente pulcro, ordenado, atento, amable y usa siempre su bata blanca.

Nosotras fuimos invitadas a participar en la elaboración del proyecto. Asistimos, observamos y expresábamos nuestras ideas y puntos de vista en las juntas de trabajo. Nuestros comentarios se apoyaban en la experiencia de trabajo comunitario y en la investigación bibliográfica que realizamos para abordar el tema. Esencialmente nos apoyamos en la teoría de David Werner y Paulo Freire. Así también recomendamos bibliografía a los integrantes del equipo. Sin embargo el doctor siempre nos quería encasillar, diciendo que la pedagogía debía aportar solamente las técnicas, métodos y

herramientas para conseguir un buen aprendizaje en educación para la salud. Su visión de la pedagogía es muy reducida y limitada. Así que elaboramos y presentamos un documento explicando la función esencial de la pedagogía. Planteamos que la tarea pedagógica cubre el ámbito general y particular de los problemas relacionados con la educación, entendiendo a

***" la educación como la praxis, reflexión y acción de hombre sobre el mundo para transformarlo; <la pedagogía es profundamente social y humana> no existe educación sin sociedad y no existe hombre fuera de ella. 19***

Consideramos a la pedagogía sumamente dinámica; en donde encontramos diversas corrientes o tendencias dentro de esta disciplina. Para algunos la base de la pedagogía está dentro de las técnicas o métodos de enseñanza y para muchos otros la pedagogía es principalmente crítica, reflexiva y virtualmente liberadora; dándole a las técnicas o métodos su justo lugar. Y apuntamos que para fines del proyecto concebimos a la pedagogía como aquel saber que es capaz de normar no como finalidad sino como apoyo a un conjunto de supuestos filosóficos y teorías que le interesa sostener. Nos parece inconveniente partir únicamente del señalamiento de técnicas, objetivos y temáticas sin anclarlas a marcos que las enriquezcan, las ponderen y las sostengan.

En este sentido planteamos como indispensable los siguientes objetivos:

- a) Definición de las teorías, marcos, fundamentos que regirán el proyecto, desde sus distintos enfoques y disciplinas.
- b) Definición de los conceptos centrales que perfilan el proyecto.

- Concepto de salud.
- Concepto de educación para la salud.
- Concepto de enfermedad.
- Concepto de comunidad.
- Definición de los marcos teóricos y conceptuales de las disciplinas que conforman el proyecto.

La eficiencia en los programas interdisciplinarios para pasantes en el campo de educación para la salud se basa en:

- La elección de un marco teórico flexible y pertinente.
- La claridad de los contenidos a enseñar.
- La definición de las comunidades a abarcar (pueden ser múltiples).
- Los recursos materiales y humanos que apoyen este proyecto.
- La elección de técnicas, temáticas y objetivos basados en fundamentos y marcos teóricos claros y específicos.
- La difusión clara, delimitada y depurada de los fines, contenidos, habilidades, intereses requeridos para participar en el proyecto.
- La evaluación sistemática y seguimiento de los programas.

Nosotras propusimos un modelo de enseñanza-aprendizaje en educación para la salud, que se basa en la pedagogía liberadora de Paulo Freire. En donde se establece que la educación no es la transmisión sistemática y unilateral de un saber. Sino que la educación, es diálogo, en la medida en que no es la transferencia del saber, sino un encuentro entre sujetos interlocutores que buscan la significación de un fenómeno.

La tarea del educador es la de ayudar a comprender la dimensión de un fenómeno y tomar conciencia de la realidad concreta. Así como la de problematizar a los alumnos los contenidos a enseñar y no la de

disertar sobre él, darlo, extenderlo, entregarlo, como si se tratase de algo ya hecho, elaborado y acabado. Desde esta perspectiva, no es conveniente enseñar técnicas, sin problematizar toda la estructura en que se transmiten los conocimientos deseados. Por ello, el modelo educativo que queremos estructurar debe ser integrador, crítico y reflexivo. En donde se desarrolle la conciencia crítica de las personas. Tener conciencia crítica quiere decir cuestionar, dudar de las cosas que muchas veces simplemente se aceptan.

El desarrollo de la conciencia crítica o concientización, es un proceso de aprendizaje sin límites fijos que se lleva a cabo por medio de diálogos en grupo. Tiene lugar cuando un grupo de personas se reúne para discutir y tratar de resolver problemas que tienen en común.

Los asuntos que se plantean durante los diálogos en grupos no tienen soluciones predeterminadas. No hay "experto" que conozca las soluciones y cuyo trabajo sea informar sus conocimientos a otras personas. Las personas del grupo buscan una mejor comprensión de los problemas que afrontan juntos. Las experiencias y opiniones de cada persona tienen igual valor. Todos participan en estudiar los problemas y en buscar soluciones. Esto no quiere decir que el papel del médico o de la trabajadora social, etc; como profesionales que transmiten su saber no sea ejercido, sino que lo harán de tal manera que las críticas, opiniones y perspectivas de los otros, tengan cabida dentro del proceso de conocimiento.

El papel del coordinador del grupo, es principalmente hacer preguntas. Estas deben ser preguntas que ayuden al grupo a ver el mundo que los rodea, como una situación que los reta a cambiar no como algo incambiable y fuera de control. Se rompe la línea entre el

maestro y el alumno. El coordinador se convierte en "maestro-alumno", cada participante se convierte en "alumno-maestro".

Para ayudar a las personas a examinarse a sí mismas y a su mundo más de cerca, Freire recomienda iniciar cada discusión haciendo que todos examinen determinada palabra, cosa o situación que tenga un significado clave para el grupo y éste pueda hablar de sí mismo, de su situación, sus habilidades y problemas. Las discusiones de concientización provocadas por palabras clave se pueden usar al enseñar casi cualquier habilidad básica: alfabetización, salud, agricultura, etc.

El desarrollo de conciencia crítica es más práctico cuando se combina con el aprendizaje de habilidades prácticas o con el trabajo.

Que las discusiones realmente produzcan o no esa especie de "despertar" dependerá de la habilidad, actitud y comprensión del coordinador de la discusión, así como las características del grupo.

Algunas sugerencias que propusimos fueron:

1. Conocer los diferentes programas que han resultado exitosos.
2. Determinar la participación de la gente de la comunidad en cada fase del programa de educación para la salud.
3. Seleccionar junto con la gente de la comunidad a los promotores locales y determinar las prioridades del programa.
4. Reflexionar sobre la evolución del programa y observar si se responde a las necesidades cambiantes de la gente.
5. Buscar la cooperación de los líderes durante la ejecución del programa.
6. Promover actividades en el aspecto de salud junto con otros aspectos de desarrollo comunitario.

7. Promover un enfoque humanitario y democrático que produzca un efecto de solidaridad, que ayudaría a la gente a encontrar maneras de ganar más control sobre su salud y su vida.

Durante las sesiones de trabajo nos percatamos de que existe cierta tendencia por parte del médico a imponer su punto de vista; ya que en varias ocasiones argumentamos que para diseñar un programa es necesario definir a que tipo de población se dirigirá. La respuesta del doctor era que, este programa debía servir para atender a cualquier tipo de población. Argumento que nos parecía ilógico, ya que sabemos que las poblaciones son heteróneas y no podemos tener un molde en el que quepan todas.

Los conocimientos y la metodología variarían dependiendo de las necesidades sentidas de la comunidad. Pudimos observar, que el médico tiene una actitud paternalista a la hora de establecer relación con una comunidad, ya que pretende dar sin que la gente aporte nada, son sólo receptores y esta actitud se ha visto varias veces reflejada en una población donde siempre llega "papá" a darles un regalo a cambio de un buen comportamiento.

Los programas de salud pueden ser considerados como un arma de poder en el cual se maneja cierto elitismo y hegemonía.

Realmente es necesario pensar en las necesidades que tiene que satisfacer una población para poder subsistir en un mundo donde todo está predeterminado por alguien que lleva el poder. Aun así vemos que en el médico existe la necesidad de restringir y castigar todo acto que no esté de acuerdo con lo que él y su visión del mundo señalan, ya que es él quien posee el saber.

Pudimos observar como el equipo de profesionales que tiene el Dr. no se atreve a refutar los comentarios del médico. Observamos también que realmente un trabajo multidisciplinario no se está dando; ya que los comentarios y aportaciones giran en torno a la aprobación o desacuerdo del médico. El equipo de trabajo sólo ha proporcionado información descriptiva y parcializada acerca de su disciplina y no se aborda la salud de una manera integral, en donde se involucren los aspectos que están en juego y que la determinan. No se busca que este contenido esté adecuado a una población y a un lugar en particular, o a definir qué es lo que se va a promover. El equipo esta conformado en su mayoría por mujeres y desafortunadamente son las que menos participan, sólo están a la expectativa de poder apoyar las decisiones del Doctor, y su actitud es sumisa. Ellas casi no exponen sus opiniones y comentarios en presencia del "jefe", pero sin embargo pudimos observar que cuando él no estaba presente en las juntas de trabajo, empezaban a surgir las opiniones en desacuerdo con él.

A pesar de que ellas tienen sus propias experiencias en comunidad, manifestaban un mutismo. Pudimos darnos cuenta de los motivos inconscientes y ocultos que se jugaban a la hora de tomar las decisiones en las juntas de trabajo. Se puede decir que ellas sacrificaban sus propias ideas para apoyar una posición que no les convenía y que " no surgía de ellas ", sin embargo la tenían que aceptar por compromiso laboral y/o por esa idealización de la imagen del médico como la autoridad respetable, que manda y ordena.

Las mujeres servían como columnas para sostener la posición masculina y es el reflejo de una condición femenina profesional subordinada.

La comunicación simbólica es una característica importante en nuestra sociedad. Lo que la gente usa la provee de una declaración simbólica, es decir, de quién eres entre los otros y del status y rol que juegas.

*" Los símbolos son centrales, es como algo sagrado, o un rito secular ya que esto da un significado. Podemos ver cómo la antropología utiliza la historia para mostrar cómo un objeto particular o comportamiento llega a ser asociado con significados específicos. Podemos ver cómo se comunican mensajes silenciosos acerca de las relaciones sociales en el trabajo. Todas las sociedades tienen un curador que se encarga de ellos cuando se enferman. Los curadores se ven rodeados de un sistema simbólico, esto expresa la implicación cultural que significa el concepto de curación. Muy a menudo los símbolos culturales son usados para expresar y reafirmar las creencias de una sociedad. Algunos objetos representativos del médico son: la bata blanca, el estetoscopio, y el maletín negro. Y el elemento que más identificado es por los pacientes, es la bata blanca. " 20*

Pensamos que algunas mujeres del equipo de trabajo veían en el doctor una imagen paternal, y adoptaban un rol pasivo, de aceptación y complacencia. La bata blanca hace representar a alguien con autoridad. La imagen del doctor ha sido apoyada por los programas y películas donde lo presentan como héroe, se le provee de un sentido de nobleza y glamour. Otra implicación de la imagen del médico en el momento que tiene que operar es el poder que tiene para mantener al

paciente en un estado como si estuviese muerto, e introducirse en las cavidades de su cuerpo y luego resucitarlo. Podemos observar como llega a ser una imagen llena de poder y autoridad, esto se ha asociado aún más a la vestimenta blanca. El blanco se asocia a la vida, el negro a la muerte. El paciente siente una seguridad en una figura tan poderosa.

**" La bata blanca tiene un significado bilateral, de protección, pureza, nobleza, y por otro lado no existe impulso sexual, aunque él realiza los exámenes físicos y tiene una relación directa con el cuerpo. Además rompe las barreras sociales, ya que puede entrar al lugar más íntimo de la casa." 21**

Para el doctor el asunto es muy simple, ya que si todos nos laváramos las manos antes de comer o dejáramos de tomar coca cola, seríamos una población sana. Para el doctor, un programa de salud tiene que ser esencialmente informativo, en el cual el paciente debe someterse a las indicaciones del médico, si es que quiere curarse. Por ejemplo, a los enfermos diabéticos les decía: " Si usted sigue comiendo pan de dulce y coca-cola, como ya se lo había mencionado su enfermedad empeorará e incluso perderá la vista prematuramente.

**" La relación médico-paciente es seria e intencional, no social, casual o impensada. En esta relación el paciente se descarga de todo lo concerniente en materia de salud. El doctor se encarga de curar al paciente, de atenderlo, y tranquilizarlo. La bata blanca ha llegado a ser identificada como el símbolo de una actitud. El símbolo de limpieza de la bata blanca, representa la**

**asepsia existente en la relación médico-paciente, ya que se encuentra al servicio de proteger a ambos. " 22**

El médico es un activo científico y el paciente un material pasivo. El prescribe y el paciente cumple.

Desafortunadamente la filosofía bienhechora del doctor, donde todos somos felices, no es posible ya que existen determinantes que deben ser tomados en cuenta, puesto que las determinantes económicas y políticas que rigen a una comunidad son más fuertes y tienen más peso que unas simples enseñanzas sobre cómo dejar de beber en dos pasos. Todos sabemos que las grandes industrias tienen abarrotado el mercado de alimentos nocivos para la salud, pero estos alimentos tienen la ventaja que llegan a la población más alejada y son más baratos que un litro de leche o un kilo de huevo.

Políticamente el Estado da una medicina curativa en la que solamente existe la cura por medio de medicamentos que dañan al ser humano, y que son elementos en los cuales se manifiestan las carencias de un pueblo, ya que sin recursos económicos es muy difícil proveer de lo necesario a una población en cuestión de salud. Aunque no es solamente el dinero lo que se necesita, vemos que lógicamente es uno de los elementos básicos para que exista una disminución de la morbilidad y se eleve la calidad de vida de una comunidad.

## CAPITULO III

### 3. EXPERIENCIAS ALTERNATIVAS EN EDUCACION PARA LA SALUD

#### 3.1 UNA EXPERIENCIA ALTERNATIVA DE SALUD EN LAS VARAS, NAYARIT: CASA CLINICA DE LA MUJER CAMPESINA

##### LOS COMIENZOS EN CHACALA (ANTECEDENTES)

A continuación presentamos una síntesis del trabajo elaborado por la Lic. Ma. Isabel Belausteguigoitia, en Las Varas, Nayarit.

La experiencia comienza cuando tres jóvenes profesionistas (un ingeniero, una doctora y una maestra) se comprometen a trabajar en el medio rural. En 1981 recorrieron la costa del Pacífico con la esperanza de encontrar un lugar apartado frente al mar donde pudieran llevar a cabo un proyecto planeado tiempo atrás. Tal proyecto consistía básicamente en crear un centro turístico en la comunidad, cuyos ingresos pudieran sostener una clínica que ofreciera servicios tanto médicos, como educativos a la comunidad. Así llegaron a la Bahía de Chacala, ésta cumplía sus expectativas, ya que era una bahía pequeña, reclusa (hay que recorrer rebotando un camino de 8 Km de terracería desde la carretera) y la comunidad local carecía de los servicios elementales ( a no ser por una escuela primaria unitaria que funcionaba de manera irregular).

La principal meta que se propusieron fue la de reducir la distancia que la enseñanza académica había puesto entre ellos y la realidad de la vida rural. El primer paso fue instalarse en la comunidad y convivir con los habitantes de la misma. Esto no resultó

sencillo, pues en un principio, los pobladores pensaron que aquellos jóvenes eran narcotraficantes (en Nayarit existen plantíos de marihuana); después se corrió el rumor de que el ingeniero había matado a alguien y se ocultaba allí con parte de su familia; pero la mayor confusión vino a darse cuando Laura (la doctora) empezó a dar consulta sobre una vieja y larga mesa debajo de dos palmeras, utilizando unas "agujitas" que introducía en los cuerpos enfermos. Laura practica la acupuntura y pronto se ganó el sobrenombre de "la señora de las agujas". Varios campesinos de Las Varas y de otros pequeños ranchos, recorrían el camino accidentado para que los atendiera Laura, en Chacala.

*" Yo no era un doctor institucional, yo era una señora que tocaba para curar ( a través de la acupuntura). El hecho de estar reclusos, escondidos, creó una misteriosa atracción a nivel de curanderismo, yo estaba ansiosa porque la gente compartiera conmigo sus actitudes, sus ideas sobre la vida, las injusticias, el sexo, la muerte, la autoridad. Para que esto pasara, yo sabía que no debía de imponer mis puntos de vista universitarios sobre ellos, los cuales después de todo estaban basados en modelos de progreso europeos y americanos que excluían el uso de conceptos y elementos tradicionales mexicanos ". 1*

Los pobladores se sorprendieron aun más cuando los "güeritos" empezaron a construir rústicas y sencillas cabañas y organizar pequeños programas culturales que incluían talleres de masaje, de

danza, de pintura, etc. La gente del pueblo no comprendía nada de esto y les causaba extrañeza.

Sin embargo, la posibilidad de recibir servicios médicos gratuitos o casi gratuitos propició el acercamiento de la comunidad, a la pequeña clínica que construyeron con gran esfuerzo: una cabaña de enjarre y techo de palma. La afluencia de pacientes era cada vez mayor, asimismo, fue creciendo el número de doctores que atendían la clínica.

Laura era maestra adjunta de la Universidad de San Francisco y se coordinó con ésta para trabajar en la comunidad. Desde entonces, gracias a un convenio efectuado entre el centro de Chacala y esa universidad, pasantes de medicina pueden cubrir una parte de su práctica médica en la clínica. El centro los aloja y les ofrece clases de español. La ya no tan pequeña clínica conserva aún su toque especial ya que Laura además de ser médico general y acupunturista es conocedora de la medicina herbolaria tradicional, lo que permite ofrecer medios curativos muy cerca de las costumbres y tradiciones del pueblo. Verberos, sobadores y curanderos han sido las principales alternativas de curación del medio rural mexicano desde la época prehispánica. Las agujas y los tés que acompañaban a los medicamentos que Laura recetaba caían dentro de lo conocido, de lo que les inspiraba confianza. Así los inicios de la clínica se remontan a la fusión de la medicina alternativa o tradicional con la llamada medicina científica. Esta mezcla de tradición e innovación y ciencia dio y da a la clínica un carácter especial y fuera de lo común, esto aunado a la escala de precios tan flexible, hizo que el número de pacientes creciera rápidamente. Dentro de este contexto de apego a

las tradiciones curativas y de esperanza en la ciencia, el espacio de trabajo para la Lic. Maria Isabel Belausteguigoitia ( pedagoga ) fue bien recibido:

*"Conociendo la importancia que los lugareños dan a los nervios: todo lo que tiene que ver con los miedos, corajes, angustias, "desatinos", y la mayoría de las enfermedades, me presenté como la Doctora de los Nervios. Los años anteriores había trabajado en la clinica principalmente como traductora, mi lugar estaba entre el paciente local y el doctor americano, transfiriendo discursos. Esto me permitió familiarizarme con el discurso tanto de los médicos, como de los pacientes, lo que ambos entendían como causa de los síntomas, lo que definían como enfermedad y cómo ubicaban el concepto de cura. Me percaté, por más esfuerzo que hicieran los médicos, de que éstos eran dos discursos completamente distintos que sólo se tocaban en un punto: los deseos de curar del doctor y los deseos de sanar o seguir enfermo del paciente; todo lo demás, la explicación acerca de las particularidades de la enfermedad, los momentos y la acción de los medicamentos, caían en su mayoría fuera de la atención y comprensión de los pacientes. Los puntos ciegos de los doctores tocaban otras esferas. Una de ellas pudiera ser la procedencia no fisiológica del dolor: el ubicar al paciente como ser subjetivo, producto de ideas, no sólo de átomos y reacciones bioquímicas. Los*

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**puntos ciegos de ambos polos se tocaban, esto no impedía el establecimiento de una relación, sólo la enmarcaba en límites específicos ". 2**

En el medio rural, las personas expresan y describen lo que les afecta sin que las palabras hayan olvidado su connotación mágica, y mítica. Las palabras, los deseos, la mirada "mal de ojo"; pueden enfermar. Esto no lo acepta la ciencia médica, por carecer de objetividad , científicidad y racionalidad. Sin embargo, los campesinos están lejos de considerar a la medicina científica como un recurso accesible para recuperar la salud. los trámites para enfermedades graves son tan costosos en transporte y medicamentos y complicaciones burocráticas, que el paciente regresa a su casa o al sobador mientras su cáncer, tuberculosis o diabetes avanzan.

Por ello, los pobladores rurales confían en los brujos, curanderos y curanderas porque ayudan a sacar lo malo del cuerpo de una manera práctica. Las medicinas y tratamientos (acupuntura, masajes y pláticas) de los médicos en la clínica de Chacala son vistos como "medicinas que ayudan a sacar lo malo", ese cuerpo extraño que les enferma. Este no es imaginado o entendido a niveles microscópicos (virus, bacterias,etc), sino concebido como un objeto cualquiera; un pedazo de carne no digerida o excremento que circula libremente por el cuerpo, objetos que aparecen dentro debido a embrujos: restos de animales, tijeras, vidrios, etc.

**" La causa del síntoma o dolencia es recordado dentro de un incidente mayor con una significación subjetiva: como es el caso de Salomé, la cual señala como causa de su dolor de cabeza un rayo que cayó cerca de su casa,**

*cuya luz fue absorbida por su cabeza, específicamente por su pelo. La causa de su enfermedad es algo subjetivo, algo del orden de las relaciones que tiene que ver con la naturaleza (las tormentas, la tierra, el mar, el cielo) o con las personas". 3*

El interior del cuerpo, para la gente del campo, no les pertenece y muchas veces sustituyen órganos y moléculas por metáforas y metonimias, que hacen del hígado y del páncreas objetos con historia y hasta con voluntad propia.

*" Aquí encontramos al inconciente operando de manera social, ellos saben que lo que les enferma está fuera de su voluntad de su control y al parecer se resignan al encontrarse de pronto presos de dolor o enfermedad, es un hecho que esto no es algo que ellos puedan controlar. Es por esto que acuden a curanderos y sobadores ellos saben como extraer esos objetos de su cuerpo y liberarlos así de su influencia." 4*

Esto no resulta fácil de entender y comprender fuera de su cultura y contexto; muchos médicos científicos o universitarios les tacharían de ignorantes y supersticiosos; pero cuando se trabaja en una comunidad de esta clase, lo más importante no es juzgar y clasificar, sino convivir, aprender y respetar las creencias del pueblo. Cuando se arriba a una comunidad rural, uno se enfrenta a nuevas costumbres, valores étnicos y morales, pero no por eso mejores o peores a los propios, simplemente son diferentes. Es una cultura diferente, pero no por eso poco válida.

" La ocupación del cuerpo recorre varios significantes: Dios, el demonio, la mirada y el deseo del otro, el " mal de ojo" absorbido por las entrañas. Todos los sentidos entran en juego, la vista, el tacto, el olfato, el oído, y el gusto. Todos los sentidos con todos sus pecados: la gula, la lujuria, la soberbia, la pereza, la envidia, la avaricia. Excesos y tabúes que ocupan un lugar social. El cuerpo es permeable, la piel es un continente débil, miradas, humores, olores, pecados lo penetran (...) las purgas y las vitaminas ocupan un lugar privilegiado. Las purgas sacan, extraen esos objetos, esas suciedades y las vitaminas dan fuerza por no perecer ante el deseo del otro y para cerrar los huecos por los que se introducen los males. Esta integración de lo real del cuerpo con lo simbólico deja ver contenidos fantásticos o monstruosos que en otro contexto pudiera formar parte de sueños o fantasías neuróticas." 4

#### MASAJE, ACUPUNTURA Y BRUJERIA

La Lic.Maria Isabel Belausteguigoitia llevó a cabo un trabajo de apoyo psicoanalítico. En un principio, preocupada por retener a sus pacientes, mezcló el masaje con la terapia analítica (escucha).

El masaje tuvo mucho éxito, pues las pacientes se sentían mejor y pronto recomendaron a la sobadora de los nervios. Así llegaron con ella personas enfermas de diversos problemas: artritis, diabetes, etc. Al tercer mes decidió separar los masajes del análisis. Pero

comprobó que los masajes sin escucha no tenían tanto beneficio y la escucha sin masaje no era demandada por gran cantidad de pacientes. La acción de hablar y tocar podría parecerse a las "limpias". Es una tradición y costumbre de la mayoría de la población que habita zonas rurales, acudir al curandero cuando se sienten enfermos, para que éstos realicen las curaciones de diferentes formas, entre ellas están: la succión, la limpia, el rociado de alcohol y la transferencia de la enfermedad a un objeto que después se destruye o tira en un lugar apartado.

La limpia es uno de los recursos usados con mayor frecuencia en el medio rural, se basa en el principio de la transferencia del mal.

*"Cuando el sujeto es limpiado con un huevo, con yerbas, con minerales e inclusive en algunos casos con alguna gallina, el mal pasa mágicamente a estos objetos. Así el enfermo queda limpio del hechizo o de la enfermedad sobrenatural que lo aquejaba. Las explicaciones que yo daba a mis pacientes podían fácilmente confundirse con esta idea de sacar el mal. Yo les hablaba de la importancia de las palabras y de todo aquello que nos pasa. Hacía énfasis en que tragarnos cosas nos hace daño. Que al hablar y sacar podemos también curarnos."*<sup>5</sup>

La tarea de los curanderos es una especie de exorcismo, en donde por medio de algún procedimiento, éste extrae el mal o enfermedad.

Así que desde esta perspectiva, los masajes y la escucha les ayudaba o les dejaba imaginar que la doctora les sacaba o les disolvía los objetos o males que tenían adentro.

" Esto puede explicar también que la acupuntura sea tan bien acogida. Es algo punzante que penetra el cuerpo. Laura les habla de equilibrar su energía: de excesos o deficiencias de calor y frío. Si hay exceso hay que sacar la energía, si hay deficiencia hay que sensibilizar, acelerar, motivar al órgano en cuestión. Entre algunos pueblos sigue siendo importante el concepto de elementos (bebidas, hierbas y medicamentos) fríos y calientes, cualidades innatas a las propias sustancias, que deben tomarse en cuenta para mantenerse en buen estado de equilibrio y salud; el calor puede llegar a causar daño debido a un sol muy intenso o a un baño con agua demasiado caliente; pero también puede darse el caso de que la causa sea un susto, un enojo, la envidia y hasta la alegría intensa, emociones que aumentan el calor en el cuerpo. El frío o los males causados por él se deben al aire, al agua helada, o al contacto con sustancias frías al uso o abuso de alimentos, de bebidas frías y calientes sin tener la precaución debida para mezclarlas. Las cataplasmas y las limpias con huevo son usadas para retirar males de frío aunque el equilibrio se recobra poco a poco con el paso de tiempo. Cuando el mal se debe al calor se utilizan sustancias frías." 6

La práctica en Chacala adquiere un tono familiar. Lo frío y lo caliente, el sacar y el meter eran términos que explicaban para ellos gran cantidad de enfermedades.

Bajo la perspectiva de respeto, convivencia , con una mentalidad abierta de aprender y no imponer, y un fuerte compromiso, se trabaja en esta apartada comunidad del estado de Nayarit.

#### LA CLINICA HOY EN DIA

La clínica se localiza en Las Varas, Nayarit. Situada a 80 km de Puerto Vallarta, en la costa del Pacífico; cuenta aproximadamente con 30 000 habitantes. La clínica está ubicada en lo que era la antigua Casa de la Mujer Campesina, espacio destinado a actividades sociales y culturales en torno a la mujer. Antes de situar allí la clínica, la Casa de la Mujer Campesina estaba abandonada y mucho antes se ofrecían clases de corte y confección, de costura y de cultura de belleza.

Las Varas es un pueblo fundamentalmente agricultor donde se siembra el tabaco, chile, plátano, piña, mango, frijol, y en general, frutas y vegetales. La principal fuente de trabajo la da el campo y la mayoría de sus habitantes trabajan en él, ya sea como ejidatarios o como jornaleros alquilando su fuerza de trabajo. Sin embargo, esta comunidad no es inmune a las repercusiones de la crisis económica por la que atraviesa México. Una de sus áreas principales de empleo, la industria tabacalera, se ha ido a la quiebra, dando como resultado un extenso desempleo. También existe la explotación de campesinos, pues ellos reciben como pago aproximadamente 7 dólares al día, con el cual deben mantener a una numerosa familia. Hay un gran número de madres solteras así como migración de hombres al norte en busca de empleo. Sus hijos son frecuentemente descuidados.

Las condiciones ambientales están bastante desatendidas. El sistema de aguas sucias de Las Varas desembocan dentro de un riachuelo fuera del pueblo desde el cual una gran parte del agua utilizada es también obtenida; dando como resultado una gran lista de enfermedades por agua contaminada.

Los problemas que afectan el área de Las Varas pueden ser explicados a través de la caída económica que vive el México rural. En el período de los 70, México tiene problemas muy serios, debido entre otras cosas a una deuda exterior impagable.

A principios de los 80 existe una transición económica con redistribución de responsabilidades, del servicio público federal al estatal y municipal. Sin embargo, el presupuesto para los servicios en los estados y municipios sigue siendo muy reducido y la participación del sector privado ha sido requerida en el manejo y distribución de servicios en un esfuerzo por reducir los gastos gubernamentales.

Hoy en día, podemos observar que las poblaciones rurales siguen abandonadas, faltándoles servicios de salud básica; acrecentándose un gran deterioro en el nivel de vida, evidenciado por el crecimiento en los indicadores de morbilidad y mortalidad. La desnutrición, las enfermedades infecciosas y parasitarias están a la orden del día. En 1983, ante tal situación, se plantea la salud comunitaria en la comunidad de Las Varas, ésta es promovida a través del desarrollo de una clínica campesina. Actualmente, atiende y da servicio a la población de esta comunidad y pueblos aledaños; y se puede decir que es la única de su clase en la región, pues no es lucrativa, ni partidista o religiosa. Además, promueve una educación para la salud,

que busca generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al sujeto y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

La clínica es operada por la organización Mexicana Convivencia Campesina, en acuerdo con el Ejido Las Varas (Unión de Campesinos) y el gobierno mexicano a través de DIF. Este proyecto ha estado en operación desde 1984 a través del auspicio de agencias de ayuda internacional y ha desarrollado extensos contactos con el Estado mexicano y oficialías locales, así como también con afiliaciones de enseñanza como la Universidad de San Francisco en California (UCSF), School of Medicine, y programas de desarrollo comunitario a través de la Universidad de California.

Además tiene una administración local, dirigida por un consejo de directores electos en Las Varas.

La clínica en las varas cuenta con colaboraciones de ayuda, que incluyen voluntarios estadounidenses especialistas en cuidado de la salud, que provienen en su mayoría de la escuela de medicina de la Universidad de San Francisco en California (UCSF); médicos mexicanos recluidos localmente; asimismo se tiene el apoyo de organizaciones como la American Jewish World Service que proporciona básicamente medicinas y provisiones; Operation California (patrocinio no lucrativo) y donaciones individuales o de intercambio y desarrollo internacional.

La clínica es una organización no gubernamental (ONG) que colabora en el servicio a la salud; así como también intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de los factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado

de salud de la población, en función de acciones concretas y organizadas para cambiarla y transformarla. Existe una gran necesidad de desarrollar estructuras creativas de "ayuda propia" en salud y organización comunitaria. Estimulando y propiciando un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico y otras formas de conocimiento local por medio del diálogo.

El objetivo del proyecto es mejorar la salud de la comunidad de Las Varas. La salud, vista en el sentido general de mejorar la calidad de vida. En suma aspira a reducir la enfermedad, a través de la unión de acciones que incrementen la auto-determinación comunitaria.

Se considera a la clínica como una centro de cuidado primario que opera en la comunidad (Community Operated Primary Care Center) con énfasis en educación para la salud, que se promueve a través de promotores de educación y servicios preventivos (señoras de la comunidad).

Se remarca la importancia fundamental de incrementar el compromiso comunitario en el desarrollo de la clínica como una organización no gubernamental.

Actualmente, la clínica atiende de 300 a 400 pacientes al mes. El mayor porcentaje de padecimientos está compuesto de infecciones, enfermedades ocupacionales y enfermedades crónicas por negligencia, de las cuales muchas de ellas son prevenibles.

Las herramientas de la prevención y tratamiento de las enfermedades existe. El conocimiento y tecnología es efectiva, barata

y segura, además puede ser aprendida y aplicada exitosamente por la misma gente local a través de adecuados y buenos entrenamientos.

La clínica ha sido exitosa por la extensión de cuidados primarios de calidad; sin embargo, la demanda de servicios crece día con día y sobrepasa las habilidades profesionales del equipo. Por eso el equipo de trabajo y el consejo de directores necesitan asistencia para promover programas de entrenamiento para promotores de salud de la comunidad.

El papel del pequeño equipo profesional podrá ser, en consecuencia, impartir conocimiento, estimular la auto-ayuda y proveer servicios como soporte a problemas que requieren de habilidades profesionales y que la gente por sí misma no puede atender.

La Casa Clínica ha desarrollado un sólido soporte comunitario y de gran confianza a través de los años, facilitando cuidados primarios a su población; sin embargo, también ha promovido un foro donde los grupos locales pueden discutir sus problemas abiertamente y proponer soluciones. La Declaración de Alma Ata formalmente apoya la participación comunitaria como la única alternativa sustancial que puede dirigirse exitosamente a la raíz de las causas de pobreza en salud en áreas rural y marginadas.

Se reconoce que parte del éxito del proyecto depende de la viabilidad financiera de la clínica, así como de mantener la calidad de los servicios de cuidado primario, contando con médicos voluntarios y voluntarios locales.

Se piensa que la clínica podría sostener su práctica de atención médica y a la vez el desarrollo de trabajo comunitario. Para esto se

cuenta con un presupuesto inicial que proporciona la fundación Kellogg a través del Latin America Program Officer.

El proyecto puede ser exitoso porque la longevidad de la clínica lo respalda, y porque la comunidad se ha organizado pidiendo un patrocinio para remodelarla a través de programa federal de Solidaridad.

VER ANEXO: PROMOCION DE LA SALUD COMUNITARIA A TRAVES DE EL DESARROLLO DE LA CLINICA CAMPESINA.

OBSERVACION Y ENTREVISTA REALIZADA EL 6 DE ENERO DE 1993 EN LA CLINICA.

Nuestra estancia en la clínica fue breve pero pudimos darnos cuenta de que existe gran demanda de los servicios que presta. La gente viene de pueblos circunvecinos, se forma conforme va llegando y así se le atiende.

A los pacientes se les elabora un pequeño diagnóstico médico y socioeconómico, en el cual se determina con qué médico se le va a canalizar y la cuota que pueden pagar. Se anexa su expediente en el archivo el cual contiene los siguientes datos: fecha de la consulta, ocupación, estado civil, lugar de donde viene, padecimiento, tratamiento, observaciones y fecha de la próxima consulta.

Existe un archivo, el cual contiene folletos, fotocopias, e información de diferentes enfermedades y los cuidados que debe tener el paciente que las padece. Las promotoras de salud y médicos no solamente reparten la información, sino que la explican detalladamente para que se disipen las dudas que puedan surgir.

Existe información sobre curvas de crecimiento para niños (información para el médico), alta presión, cómo amamantar con leche materna, planificación familiar, menopausia, diarreas, dietas adecuadas para diabéticos (elaboradas de acuerdo a los hábitos alimenticios que se practican en la comunidad), etc. Las promotoras son mujeres de la comunidad las cuales conocen a la gente y sus necesidades. Ellas no poseen una educación superior, algunas solamente saben leer y escribir, pero esto no les impide que desarrollen su trabajo con eficiencia ya que elaboran el diagnóstico y estudio socioeconómico de los pacientes; auxilian a los doctores en el momento de las consultas y trabajan en el análisis de muestras de laboratorio. También ellas se han capacitado con Laura y han aprendido a curar con acupuntura, la cual es una alternativa de tratamiento que ofrece la clínica. Ellas trabajan en la farmacia, acomodando y distribuyendo los medicamentos que les donan. Su labor educativa, consiste en explicar a la gente los cuidados que debe tener durante su enfermedad y las medidas que debe adoptar para prevenir enfermedades.

Los pacientes que pueden pagar la consulta aportan 20 000 pesos, y los que no, dan una cuota voluntaria o no pagan nada. Lo mismo sucede con las medicinas que les recetan; quien puede pagarlas aporta 5 000 pesos, existen pacientes que pueden pagar hasta 20 000, y a los pacientes extremadamente pobres se les proporciona sin ningún costo.

Cuando se organizan campañas de salud llegan médicos de Tepic a dar consultas gratis a la clínica.

Un aspecto importante que percibimos en este proyecto de salud, es la actitud de Laura, ella es una persona muy dinámica y amable. No se

siente superior a sus pacientes o a los demás por el hecho de ser médico, sabe delegar funciones y respetar las decisiones de la gente que trabaja con ella. Su actitud es de explorar y aprender con los demás sobre cómo resolver diferentes problemas de salud. Trata de comprender de una manera personal la vida, lenguaje, costumbres y necesidades de las personas de la comunidad. Una de las señoras que capacita Laura, nos comentó que ella enseña muy bien, pues lo hace a través de relatos y cosas prácticas, y no por medio de conferencias y libros.

La gente tiene mucha confianza en "la Laura", pues se ha sabido ganar el respeto y cariño de la comunidad de Las Varas.

Nos parece importante mencionar esto, ya que un buen promotor de salud es aquel que posee conocimientos sobre medicina y sabe como transmitirlos a la gente; ya que ha aprendido a comunicarse con ellos y sabe como administrar sus recursos tanto económicos como humanos, participa con las personas de la comunidad, y consigue que éstas piensen y hablen de sus propios problemas. Su enfoque de trabajo es humanitario, sin caer en el paternalismo. Pensamos que si además de todo esto, el promotor de salud tiene carisma, puede tener grandes logros en la comunidad.

### 3.2 EXPERIENCIA DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO EN LA COMUNIDAD INDIGENA DE SAN SEBASTIAN, MUNICIPIO DE TEZIUTLAN, PUEBLA

Esta experiencia resultó ser una de las más significativas y gratas en mi vida personal y profesional. Todo comenzó cuando me enteré, de que en la UNAM existía un programa de servicio social en comunidades rurales. Me entusiasmé mucho al saber que brigadas multidisciplinarias (integradas por pasantes de diferentes carreras), vivían y realizaban trabajos en diversas comunidades rurales y marginadas del país. Me dije entonces: Creo que valdrá la pena dejar hogar y familia, durante seis meses, para prestar el servicio social en un lugar de éstos. Mi espíritu aventurero aunado al deseo por conocer la realidad de mi país, la situación indígena campesina y su problemática; así como el querer conocer otra cultura tan cercana, respetable y mágica, me motivó a emprender la experiencia en la comunidad indígena de San Sebastián.

Bajo esta perspectiva, me integré a una brigada multidisciplinaria de servicio social y junto con mis compañeros, me comprometí a realizar una tarea conjunta con la comunidad de San Sebastián, ubicada en la la Sierra Norte de Puebla. La brigada estaba conformada por un perfil multidisciplinario, y la integraban: Patricia Reyes (enfermera), Nínive Rodríguez (pedagoga), Martha González (diseñadora gráfica), Laura Ríos (médico veterinario y zootecnista) y Martín Castro (trabajador social).

Al llegar a la comunidad (4 de mayo de 1991), cada uno de nosotros experimentó, a manera muy personal, un choque cultural, que resulta difícil de asimilar pero no imposible. Esto lleva tiempo y es necesario adoptar una actitud de respeto, una mentalidad abierta (de aprender-enseñar y no imponer), convivir con los habitantes y así conocer sus necesidades reales y sentidas.

Cada quien (brigada y comunidad) tenía su propia jerarquía de valores, y cargaba con un bagaje de experiencias propias; que se evidenciaban a través de las diferentes formas de comportarnos, vestirnos, alimentarnos, concebir la vida, etc. Pienso que ninguna cultura es superior o inferior a otra, pues tanto una como otra son válidas en el contexto que se desenvuelven. Al respecto, siempre recuerdo las palabras tan acertadas de Irena Majchrzak:

*" La relación entre un científico y el objeto de estudio es en general, una relación de desigualdad. Este tipo de relaciones, cuando se estudian grupos humanos, conlleva mucho peligro. Estar por encima de otros no asegura objetividad sino, más bien, implica desprecio. y el desprecio muchas veces toma forma de compasión y de un deseo ardiente de provocar cambios "positivos" y "progresistas" en la vida del grupo observado. Pero el deseo de cambiar algo en la vida del otro para que se parezca más a la vida de uno es, exactamente, signo de desprecio. Lo nuestro es lo conocido, lo entendible y racional; lo otro, lo estudiado, causa pena y compasión por ser tan diferente y por carecer de los valores que consideramos*

*fundamentales en la vida de cualquiera. En tanto que introduciéndose al círculo de las vivencias ajenas, se puede admitir y reconocer el otro modo de vida diferente al propio". 7*

Al arribar a la comunidad y siguiendo los lineamientos del Departamento de Programas Rurales de la UNAM, elaboramos un estudio y diagnóstico de la comunidad, para conocer y entender junto con la gente los problemas y características del poblado. El objetivo no era solamente reunir información a través de encuestas y observaciones; sino considerar y analizar junto con las personas de la comunidad, sus necesidades y problemas. En pocas palabras, el diagnóstico nos ayudó a aprender de la comunidad, con ella y acerca de ella.

A través de la experiencia de trabajo en la comunidad, y como sugerencia para reunir los datos del diagnóstico socioeconómico de la comunidad, puedo decir que es muy importante involucrarse con la gente, ser amistoso e informal al presentarse y al hacer las preguntas y no anteponer barreras o prejuicios que obstaculicen el trabajo. Es fundamental saber escuchar los problemas y sentimientos de los habitantes de una comunidad, pues no se trata de recoger datos para llenar formularios preestablecidos y/o elaborar una encuesta inundada de mucha información.

Muchas veces este acercamiento no es muy fácil, la gente frecuentemente desconfía de los extraños y no quiere hablar con un "coyome" (persona extraña a la comunidad); yo supongo que tienen varias razones para adoptar esa actitud. Por ejemplo, Don Hipólito nos comenta:

**" Luego viene gente de allá, de la ciudad; sí, esa que usa buenos trapos y trae reloj, y no más viene a decirnos y prometernos cosas que no cumplen; ya estamos cansados del mismo cuento ."** 8

Al principio, la gente no tenía mucha confianza en la brigada y muchas personas creían que sólo estaríamos en la comunidad por una semana y después no iríamos; sin embargo, poco a poco los pobladores de San Sebastián se dieron cuenta que nosotros no éramos de esos que sólo van a darse "vueltas" casuales y que prometen mejoría y bienestar social.

Nosotros buscábamos integrarnos a la comunidad (viviríamos seis meses de tiempo completo en aquella apartada comunidad), y por supuesto nuestro propósito no era crear falsas expectativas. Sino que trabajaríamos junto con la comunidad en áreas específicas del trabajo comunitario: sanidad, sociocultura, educación y producción. Teniendo como proyecto central (eje básico del trabajo de la brigada y comunidad) una de estas áreas, dependiendo de problema o necesidad más apremiante.

El primer paso de la brigada multidisciplinaria en la elaboración y actualización del estudio de comunidad, fue el de hacer visitas domiciliarias amistosas a algunos de los pobladores de San Sebastián, para presentarnos y averiguar los problemas y necesidades más apremiantes.

Comentarios como el de Don Adolfo son muy significativos:

**" Aquí la vida no es fácil; la cosecha que se recoge casi siempre es muy poca; como ahora, ya ven, vino el aire y tendió el maíz; sino, no faltan las heladas. Los**

hijos tienen que salir a trabajar fuera porque aquí no hay dónde; ya ven, así es la cosa ." 9

Doña Luisa también dice:

" Aquí no tenemos "dotor" y hace mucha falta, uno del Municipio cobra caro y además hay que comprar las "medicinas". " 10

Por su parte Don Genaro comenta:

" Uh...hay mucho "acopiador" por estos rumbos, compran a miseros precios -unos 250 el kilo de aguacate- y después estos señores lo revenden -a unos 3000 pesos- en Teziutlán (municipio). " 11

Doña Alberta agrega:

" Los que vivimos allá lejos del centro de San Sebastián tenemos que caminar re'harto para moler nuestro maicito en el molino popular de nixtamal:"TOSEPAN TIETOHQUEH ." 12

Nosotros (la brigada) aprendimos a observar y escuchar a la gente con detenimiento y como parte de nuestra integración a la comunidad no dejábamos de acudir a bailes, fiestas religiosas y mayordomías. Para la elaboración del diagnóstico socioeconómico que nuestro a continuación, también tuvimos apoyo de informantes claves como son los líderes de la comunidad (sacerdote, presidente de la junta auxiliar, maestros, etc).

## DIAGNOSTICO SOCIOECONOMICO

La comunidad de San Sebastián se localiza a 300 Km de la ciudad de México, dentro de la Sierra Norte del estado de Puebla, en el municipio de Teziutlán. Colinda al norte con la junta auxiliar de Mexcalcuautla y la de San Juan Acateno; al sur con el barrio de San Juan Tezongo ; al suroriente con la junta auxiliar de San Diego y al poniente con el poblado de Chignautla.

El clima que predomina en la región es templado húmedo con lluvias todo el año. Las heladas se registran durante los meses de noviembre, diciembre y enero. Estas frecuentemente afectan los cultivos y provocan pérdidas. Los vientos dominantes son de norte a sur y a veces derriban las milpas que alcanzan una altura de entre tres o cuatro metros.

La comunidad cuenta con una población aproximada de 2,200 habitantes, distribuidos en las tres secciones que componen al pueblo políticamente. El 47.5 % lo conforman las mujeres y el 52.5% lo representan los hombres.

Este dato se obtuvo del censo IMSS-Solidaridad, realizado para el programa de Vacunación Universal durante los meses de agosto-septiembre de 1991. Cabe mencionar que la brigada participó en el levantamiento de dicho censo.

Los habitantes de San Sebastián pertenecen en su mayoría a la etnia nahua. Su lengua materna es el náhuatl, pero generalmente son bilingües. Frecuentemente se comunican en náhuatl con la familia y amigos, pero cuando hablan con extraños utilizan el castellano.

Las mujeres, se visten con indumentaria típica de los nahuas de la Sierra Norte de Puebla; falda de varios colores y hechuras, blusa blanca con bordados en el cuello y mangas, de colores vivos, con dibujos entrecruzados, floreados y con figuras de aves. También usan mandiles a cuadros de color azul-blanco y rojo-blanco, con bordados entrecruzados, rebozo azul marino o negro y por lo general utilizan zapatos de plástico o andan descalzas.

En cuanto a los hombres, la tradición de usar vestimenta típica, se ha ido perdiendo; esto debido a la constante migración, principalmente de los jóvenes a las ciudades.

Debido a las condiciones económicas, la población se limita a comer los alimentos que se producen en el lugar como son: maíz, frijol, erizos, quelites, chilacayote, etc, de acuerdo a la temporada. La carne, huevo o leche no son consumidos por falta de recursos para comprar dichos alimentos.

En los días de fiesta, la población prepara mole, chole y cacalas; el chole es una bebida elaborada con maíz tostado y cacao, y las cacalas son una especie de tortillas muy delgadas preparadas con anís y maíz, que tienen forma cuadrada y rayada, éstas son tostadas y se comen junto con el chole. Asimismo, los habitantes consumen aguardiente, al cual llaman "huin".

## RELIGION

Al igual que en varias comunidades del país, la religión predominante en San Sebastián es la católica. Sin embargo, puedo decir que poseen una amalgama de creencias en las que intervienen

aspectos religiosos del catolicismo y formas derivadas de las religiones prehispánicas.

En San Sebastián destaca por su volumen la Iglesia principal, en el centro mismo del pueblo, es un templo que data del siglo XVIII. En esta construcción es donde se reúne la gente para venerar a sus santos en las fiestas patronales. Aunque cabe mencionar que existen pequeñas capillas a lo largo de las tres secciones del poblado.

Existe un gran número de celebraciones a lo largo del año, en donde se manifiestan sus formas de religiosidad ancestrales a través de sus danzas y música. Las danzas indígenas, como la de los Negritos, Tecotines y Santiagos son ejecutadas en las mayordomías. La danza de los Negritos, es una danza mágico ritual, su origen se remonta a la época colonial y se encuentra relacionada con el trabajo en las haciendas; la tradición hace referencia al rito realizado por esclavos negros para salvar la vida de un niño mordido por una serpiente, este ritual es adoptado por los indígenas de esta región. La danza de los Tecotines, representa la conquista española y el inicio de 500 años de resistencia indígena; los indígenas negándose a aceptar la dominación espiritual, le dan nueva forma y contenido al ritual católico. La danza de los Santiagos, es de tipo mágico religioso y representa a Santiago caballero y sus mulatos.

#### ASPECTOS ECONOMICOS

La actividad predominante es la agricultura de temporal. Principalmente se siembra maíz, por lo cual la mayoría de la población se dedica a esta tarea, sin descartar otros oficios o

empleos que realizan, algunos en forma simultánea, otros por temporadas, en apoyo a la economía familiar, como son : albañiles, obreros, trabajadoras domésticas, los cuales en su mayoría los realizan en casas, fábricas y maquiladoras de Teziutlán, Puebla y la ciudad de México.

El ingreso familiar es bajo, dadas las características de la comunidad y el medio en donde pueden desarrollar su fuerza de trabajo. El salario mínimo oficial de la región es de \$ 9,920 pesos por día, pero son pocos los trabajadores que reciben esta cantidad, ya que la mayoría reciben menos del salario oficial y trabajando más de 8 horas diarias, agudizándose este problema por la falta de sindicatos que protejan los derechos del trabajador.

La agricultura la realizan de manera tradicional y es para autoconsumo. Cultivos básicos como el maíz y el frijol son de gran importancia para la comunidad, ya que juegan un papel predominante dentro de su alimentación. La siembra se realiza durante el mes de marzo, cosechando el frijol en julio y el maíz hasta el mes de octubre.

La producción frutícola se da en baja escala y muchas veces está determinada por las inclemencias del tiempo (heladas principalmente). Dentro de la actividad hortícola, ésta es realizada por un sector reducido de la población.

Entre otras actividades que podemos encontrar en la comunidad están en pequeña escala: la cría de aves de corral (gallinas, guajolotes); la cría de cerdos criollos; y el pastoreo de escasos borregos. Cabe mencionar que la mayoría de los animales que crían, los alimentan con parte de los granos básicos que cosechan.

En cuanto a la comercialización de los productos obtenidos, así como de los animales que se crían, está dada en bajo porcentaje, ya que los productos son vendidos directamente a acopiadores en el sitio de producción o en los días de plaza ( martes y viernes) en Teziutlán, por la falta de mercado de la comunidad.

Así que los productos que llegan a comercializar son los que están en temporada y en abundancia, no olvidemos que la mayoría es para autoconsumo; por lo tanto no hay un producto que tenga un papel primordial en la economía de la comunidad. El pago es en efectivo y al contado. Los acopiadores compran a bajísimos precios -unos 250 pesos el kilo-.Esto trae como consecuencia poca ganancia para el productor y un mayor beneficio al acopiador.

## VIVIENDA

La mayor parte de las viviendas son de carrizo de milpa (de maíz) y tablas, tienen una estructura de horcones (troncos de árbol) y ramas, cubierta en el interior con plástico, cartón o tela, en sustitución de los muros. En los techos , se utilizan vigas de madera en forma inclinada, formando la caída de dos aguas, y están cubiertos con láminas de cartón o tejas de barro.

En un mínimo porcentaje existen las casas habitación construidas con tabique, piedra o concreto.

Las viviendas generalmente son de dos piezas; una de ellas es ocupada como dormitorio y otra como cocina, sin embargo también existen aquellas que tienen un solo cuarto en donde se realizan las dos

actividades. Sus moradores usan para dormir petate o cama de tablas y por lo regular, en una vivienda habitan hasta tres familias.

En la comunidad las viviendas se encuentran separadas a cien metros aproximadamente de distancia una de otra, lo que dificulta la introducción de servicios públicos, debido a lo disperso que se encuentran.

La comunidad se encuentra dividida políticamente en tres secciones o barrios: Primera Sección, Segunda Sección y Tercera Sección de San Sebastián.

#### SERVICIOS, COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

La principal vía de acceso a la comunidad es por medio de un camino de terracería, al cual se le da mantenimiento por medio de faenas organizadas por la Junta Auxiliar (autoridad del pueblo). Se denomina como faena, al trabajo comunitario y organizado que se realiza en beneficio de la comunidad, sin que exista una remuneración económica.

Este camino comunica a las tres secciones del pueblo y al poblado de Mexcalcuautla. Otras vías de acceso son por veredas o caminos peatonales que comunican hacia las comunidades vecinas y al interior del pueblo.

La comunidad cuenta con el servicio de transporte público interurbano, que va de Teziutlán (Municipio) a San Sebastián, y da servicio a la población de seis de la mañana a ocho de la noche, con un espacio de una hora, entre un servicio y otro.

El pueblo cuenta con una caseta telefónica que da servicio local, sin embargo, carece de correo y telégrafo.

Las tres secciones, en general, cuentan con toma de agua domiciliaria y luz eléctrica.

En la primera sección se concentran los siguientes servicios: caseta telefónica, edificio de la Junta Auxiliar, la iglesia, el dispensario médico (implementado por la brigada UNAM), la primaria, el jardín de niños y la Conasupo, así como varias "tienditas", dos molinos de nixtamal (uno popular y el otro pertenece al ex-cacique del pueblo), una panadería y un parque en construcción. En la segunda sección, sólo existe un molino de nixtamal, un kinder rural. En la tercera sección, existe una escuela primaria unitaria, un jardín de niños. Es importante mencionar que en la tercera sección no hay molino de nixtamal y que en los jardines de niños se emplea tanto la lengua materna (Náhuatl), como el castellano. La comunidad sólo cuenta con una cancha de basket-ball, en donde algunos jóvenes disfrutan de su tiempo libre.

#### SALUD

San Sebastián presenta una problemática en la cobertura de servicios de salud y sanidad. Esto se comprueba al tener una relación de 0.03 médico y 0.05 enfermera por cada 1000 habitantes para ésta población, siendo lo adecuado en asentamientos rurales contar con un médico y dos enfermeras para cada 1000 personas. No existe una clínica de salud en la población. Así que cuando la gente presenta algún padecimiento, accidente o parto, acude al dispensario médico que atiende la brigada UNAM, o va a la clínica IMSS-Solidaridad, que se localiza a 5 Km en la comunidad de San Juan Acateno. También acuden

al curandero, hierbero y parteras empíricas para curar sus dolencias.

Entre los principales padecimientos que presenta la población de San Sebastián están las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales de tipo microbiano o parasitario.

El 75 % de la población cuenta con agua dentro de su domicilio, aclarando que ésta no es totalmente potable, ya que los depósitos con que cuenta la población para almacenarla y distribuirla no están totalmente limpios. Casi el total de la población, aproximadamente el 90 % , consume el agua en forma directa (cruda), sin hervir. Cabe mencionar, que en la primera sección, el suministro del vital líquido es continuo, pero en la segunda no es continuo y se proporciona de 7 a.m a 11 a.m. La mayoría de las casas de la tercera sección no cuenta con este servicio.

Por medio de una encuesta realizada en la comunidad, se pudo detectar que de 67 familias entrevistadas, el 67% defeca al aire libre, y sólo el 33 % cuenta con letrina.

En cuanto al manejo de la basura se encontró, que ni el 50 % de la población trata la basura separándola en orgánica e inorgánica. La gran mayoría no le da utilidad y la tira en las diferentes barrancas del lugar. Sólo unos cuantos habitantes utilizan la basura orgánica como abono en los terrenos de siembra.

## EDUCACION

Hasta antes de 1982, la única primaria existente en el centro de San Sebastián, contaba sólo con dos aulas provisionales en donde se

impartían solamente los tres primeros grados, siendo en ese año cuando se ponen en funcionamiento los salones suficientes para tener una primaria que contara con los seis grados. El nivel preescolar por su parte inicia actividades en salones provisionales, siendo hasta 1988, que con la construcción de una infraestructura, se ubica en un lugar fijo.

La educación primaria impartida en el poblado se da verticalmente y se puede considerar como tradicional e impuesta, perdiendo por lo tanto, contexto en relación a necesidades específicas de la comunidad; en este modelo de educación se carece de iniciativa transformadora y reflexiva que permite a los alumnos y demás personas, ser agentes de cambio.

Los contenidos curriculares son totalmente indiferentes a los alumnos, teniendo como consecuencia una falta de interés y motivación por parte de éstos. Además, las clases se dan en castellano e incluso algunos profesores no permiten que los niños hablen en su lengua materna (náhuatl) cuando están en el salón de clases. En las aulas, las bancas están distribuidas en filas y los niños se sientan uno detrás de otro, dando la espalda a los demás compañeros. Se pasan toda una vida detrás de una espalda y a su vez dándole la espalda a otro. Aprendiendo de memoria y repitiendo en coro las vocales, las consonantes y los números.

***" La dificultad para asimilar conceptos abstractos de otra cultura es responsable, en buena medida, del lento aprendizaje de los niños indígenas." 13***

Sólo en el jardín de niños se dan las clases en forma bilingüe y los niños se sientan en mesitas que comparten con otros compañeritos.

El porcentaje de analfabetismo estimativo es del 67.38%. Este dato se obtuvo de un informe del INEA.

La situación económica y social que impera en la comunidad, es uno de los principales obstáculos para que un gran número de niños no reciba una educación formal o escolarizada. Los niños trabajan en las labores agrícolas propias de cada familia, y no pueden asistir a clases.

El nivel o grado educativo de los niños que han tenido acceso a la escuela en la comunidad, está estimado en tercer grado de primaria, iniciándose la instrucción a los 8 años y finalizando a los 15 años de edad.

#### AUTORIDADES Y SITUACION POLITICA

La máxima autoridad es la H. Junta Auxiliar, la cual está constituida de la siguiente manera: 10 regidores, ( 5 titulares y 5 suplentes) que corresponden a :

1 presidente de la Junta Auxiliar

1 regidor de hacienda

1 regidor de policía

1 regidor de obras

1 regidor de higiene

Cada uno de estos tiene su respectivo suplente. Existe también un juez de paz con suplente (nombrado por orden estatal). Los regidores de la junta son de elección popular y tienen una vigencia de tres años.

La Junta Auxiliar no tiene un plan definido que conforme un programa con acciones encaminadas hacia el bienestar de la comunidad, sino que los trabajos de organización comunitaria (faenas), se implementan dependiendo de las necesidades inmediatas que surgan.

En San Sebastián no existe hegemonía política de un sólo partido. Los grupos políticos existentes en la región son: PRI, PRD, PAN, y PT. Estos manifiestan su presencia en temporada de comicios electorales y es entonces cuando hacen proselitismo político en la localidad, sin tomar en cuenta la problemática real y auténtica de la población.

El PRI y PRD son los partidos de mayor influencia y se disputan la supremacía en todo el municipio. Sin embargo, existen organizaciones como la U.A.C (Unión de Amas de Casa) y U.T.C.(Unión de Trabajadores del Campo), que tratan de impulsar una política de izquierda en la comunidad.

La UAC se integra en el mes de junio de 1989, cuando ciento cincuenta amas de casa de San Sebastián, se plantan frente al Palacio Municipal de Teziutlán, para denunciar las arbitrariedades del "cacique" Miguel Cesario, dueño de dos molinos de nixtamal; la Unión exigía la intervención de las Autoridades para dar solución a sus problemas, y conseguir un permiso para la apertura de un molino popular comunitario.

En 1990, el dirigente de la Unión de Amas de Casa de San Sebastián decide hacer una alianza con el PRD, más dicha alianza no se fortalece y se rompe en el año de 1991. Es entonces cuando Zeferino Martínez (dirigente de la UAC) , decide incorporarse al Partido del Trabajo(PT), por considerarlo una alternativa para el pueblo de San

Sebastián, ya que lo caracteriza como un partido de carácter popular, construido y fortalecido al calor de la lucha contra la política del gobierno y el capitalismo; es así como el dirigente de la Unión de Amas de Casa, decide incorporarse a tal partido, argumentando además que éste es un partido que

**" no utiliza, ni manipula o corporativiza a las masas; sino todo lo contrario, se vincula e integra a ellas, además las educa, las organiza y las orienta." 14**

Sin embargo nosotros pudimos darnos cuenta que dicho partido no organiza, ni orienta a la población, sino que utiliza y manipula a la población como cualquier otro partido político. Así que escribimos en nuestro primer informe de servicio social: "Al llegar nuestra brigada a la comunidad, chocamos con la triste realidad de que no hay una organización, existen sólo los membretes de tipo político como UAC y UTC, pero en sí, no hay avances de fortalecimiento de ambas agrupaciones, lo que existe es manipulación y engaño a través de movilización (se acarrean personas para plantones o marchas ajenas a las demandas locales de la comunidad)". El líder de la UAC toma decisiones que cree convenientes; importándole poco la opinión de la población; en teoría siempre defiende la democracia y justicia entre los indígenas, sin embargo, en la práctica, asume actitudes de autoritarismo, mala dirección y organización.

Bajo estas circunstancias políticas, la Brigada Multidisciplinaria de la UNAM, asiste a las Asambleas de la UAC con el propósito de fortalecer la organización y participación entre las señoras, a través de la implementación de proyectos productivos (proyecto de cerdos y toretes, molino popular, etc, (VER ANEXO). Sin embargo con

la implementación de dichos proyectos en el interior de la UAC, se conflictúan y se hacen más evidentes las divisiones ya existentes dentro de la Unión. Se forman grupos de señoras, por un lado, la Sra. Anatolia Reyes influye en más de treinta amas de casa de la tercera sección de San Sebastián y por otra parte, la Sra. Alberta Cesario y las señoras de la segunda sección se cohesionan e impulsan un proyecto productivo (un molino de nixtamal) con asesoría de la brigada multidisciplinaria, y el apoyo los fondos regionales de Solidaridad. Al tercer grupo, lo encabeza la Sra. Luisa Longinos y es el menos numeroso. Dichos grupos, son influenciados en sus decisiones por el líder Zeferino Martínez que se hace llamar asesor político de la UAC.

A dos años de iniciar sus actividades el molino popular TOSEPAN TIETOHQUEH de la Unión de Amas de Casa, éste no ha conseguido aumentar sus ganancias financieras, por la falta de una adecuada administración de sus recursos, así como por los constantes préstamos que se le hacen al líder de la Unión.

Bajo tales circunstancias, algunas mujeres de la segunda sección con apoyo y asesoría de la brigada, elaboran un proyecto productivo para la creación de un molino popular, con el propósito de fomentar el trabajo participativo y la reorganización; en donde se enfatiza especialmente, que sólo mediante el trabajo colectivo se pueden resolver muchos problemas que aquejan a la comunidad. Mediante el trabajo en conjunto se puede adquirir poder y hacer oír sus demandas de salud, alimentación, educación, etc.

La dirigencia de la UAC decide bloquear el proyecto productivo, pues éste no responde a intereses particulares, y el líder empieza a

decir que la brigada multidisciplinaria "se mete donde no se le necesita y no tiene sentido, ni razón de ser en la comunidad". Nosotros no respondemos a la provocación y decidimos seguir adelante junto con las señoras integrantes del proyecto productivo hasta que por fin es aprobado por el INI (Instituto Nacional Indigenista) y se consigue el financiamiento para su desarrollo. La brigada logra captar la confianza y participación de la comunidad, porque se trabaja en función de sus necesidades e inquietudes.

#### JERARQUIZACION DE LA POBLEMATICA DETECTADA EN LA COMUNIDAD

Con ayuda del diagnóstico socioeconómico, y a través de entrevistas informales en reuniones, asambleas y visitas domiciliarias, así como por observación directa, detectamos y jerarquizamos junto con la comunidad los siguientes problemas reales:

##### 1) SALUD

- Falta de una clínica médica rural en la localidad.
- Alto índice de enfermedades parasitarias e infectocontagiosas.
- Desnutrición.
- Alcoholismo
- Falta de saneamiento ambiental e higiene personal.
- Falta de letrización.

##### 2) EDUCACION

- Analfabetismo.
- Deserción escolar.
- Bajo rendimiento escolar.

- Falta de contenidos educativos en torno a su cultura.
- Falta de una educación bilingüe y bicultural.

### **3) FUENTES DE EMPLEO**

- Falta de fuentes de empleo.
- Bajos ingresos económicos.
- Emigración a las ciudades.

### **4) POLITICA**

- Manipulación ideológica y corrupción.
- Divisionismo en el interior de la UAC.

### **5) CULTURA**

- Discriminación y marginación.
- Frecuente violación a los derechos humanos.
- Falta de espacios para la recreación y cultura.

### **6) SERVICIOS PUBLICOS**

- Falta de eficacia en la distribución de agua potable.
- Falta de mantenimiento en los depósitos de agua.
- Falta de transporte público.
- Falta de drenaje.

### **7) ECONOMIA**

- Acaparamiento de los productos agrícolas por intermediarios.
- Falta de un centro de abasto.

Estas son algunas situaciones problemáticas que se detectan en la comunidad de San Sebastián, y que se pueden explicar como resultado de las condiciones socioeconómicas que atraviesa actualmente nuestro país; y que afecta en forma importante a las comunidades rurales y marginadas.

El problema que más resienten los habitantes de San Sebastián, se ubica en el área de sanidad, pero no se presenta como un hecho aislado, sino que se interrelaciona con los demás.

De esta manera, la Brigada Multidisciplinaria, diseña y promueve acciones multidisciplinarias en las áreas de: Sanidad, Educación, Sociocultura y Producción. Considerando como eje primordial de trabajo a la educación para la salud.

A continuación presento un breve análisis descriptivo de nuestras actividades en la comunidad de San Sebastián:

#### ORGANIZACION DE TALLERES DE ALFABETIZACION

No. de participantes: 22.

Ubicación geográfica: Primera sección de San Sebastián.

Horario: De lunes a viernes de 15:30 a 17:30 y 17:30 a 18:30 Hrs.

Grupos formados: Tres.

Duración: 20 semanas.

**Objetivo:** Ayudar a las personas a desarrollar una conciencia crítica a través del método de Freire.

**Alfabetizados:** catorce.

#### **ASESORIA EN EDUCACION FORMAL**

**No. de participantes:** 30.

**Ubicación geográfica:** Segunda y tercera sección de San Sebastián.

**Horario:** De lunes a viernes de 9:00 a 12:00 A.M.

**Duración:** 12 semanas.

**Objetivo:** Regularizar a niños con atraso escolar.

**Resultados:** El 100 % de los participantes culminó con la asesoría.

#### **ASESORIA PARA LA ELABORACION DE PROYECTOS PRODUCTIVOS**

**No. de participantes:** 46 amas de casa.

**Ubicación geográfica:** Segunda sección de San Sebastián.

**Horario:** En base a los acuerdos de asamblea, como en las gestiones para el financiamiento del proyecto en los Fondos Regionales de Solidaridad.

**Nombre del proyecto:** "Molino de Nixtamal Popular Segunda Sección de San Sebastián".

**Duración:** Tres meses para la elaboración del proyecto y tres para lograr su financiamiento.

**Apoyo Institucional:** Centro Coordinador Indígenista, Teziutlán.

**Objetivo:** Fomentar la organización autogestiva.

**Resultado:** Se llegó hasta el financiamiento del proyecto.

#### **IMPLEMENTACION DE HUERTOS FAMILIARES**

**No. de participantes:** 14.

**Ubicación geográfica:** Primera y segunda sección de San Sebastián.

**Horario:** Flexible.

**Apoyo Institucional:** Centro Coordinador Indigenista.

**Objetivo:** Sensibilizar a la población sobre la importancia de los huertos familiares como una alternativa para el complemento alimenticio.

**Resultados:** Se implementaron 10 huertos con diferentes familias.

#### ORGANIZACION DE EVENTOS CULTURALES

**No. de participantes:** 23.

**Ubicación geográfica:** En las tres secciones de San Sebastián.

**Grupos formados:** Uno.

**Nombre del grupo:** Nican Tiehtohquen, "Aquí estamos". Teatro comunitario.

**Horario:** 18:30 a 21:00 Hrs. Lunes, miércoles y viernes.

**Duración:** tres meses.

**Objetivo:** Generar actividades que contribuyan a conser-

var, difundir e incrementar los valores culturales de la población.

**Resultados:** Se presentaron tres obras en el Segundo Encuentro Regional de Teatro en el municipio.

#### **IMPLEMENTACION DE JUEGOS RECREATIVOS Y EDUCATIVOS.**

**No. de participantes:** 40.

**Ubicación geográfica:** En las tres secciones de San Sebastián.

**Horario:** 15:30 a 17:30 Hrs. De lunes a viernes.

**Duración:** Continua.

**Objetivo:** Fomentar las relaciones interpersonales de los participantes a través de juegos.

**Resultados:** Se logró la integración de la brigada con la comunidad.

#### **ORGANIZACION DE EVENTOS DEPORTIVOS**

**No. de participantes:** 40.

**Ubicación geográfica:** Primera y segunda sección de San Sebastián.

**Horario:** 10:00 a 13:00 Hrs. Domingos.

**Apoyo Institucional:** La difusión del evento a través de las empresas radiofónicas XEOL y XEFJ.

**Objetivo:** Fomentar el deporte como una alternativa de esparcimiento entre los jóvenes.

**Resultado:** Se lograron tres cuadrangulares de basketball.

#### **IMPLEMENTACION DEL DISPENSARIO MEDICO.**

**No. de participantes:** 1500 aproximadamente.

**Ubicación geográfica:** Primera sección de San Sebastián.

**Horario:** De 10:00 a 15:00 Hrs.

**Apoyo Institucional:** Adquisición de medicamentos a través del DIF, INEA y clínica IMSS-SOLIDARIDAD.

**Objetivo:** Atender y asesorar a las personas sobre los problemas de salud. Así como promover la Edu-

cación para la salud.

Resultados:

Se organizó y apoyo al comité de salud de la comunidad. Se dio capacitación en primeros auxilios a los interesados . Promoviéndose pláticas y dinámicas de salud, higiene y alimentación.

Se puede decir que nuestro objetivo general fue el de coadyuvar al desarrollo de la comunidad de San Sebastián a través de un proceso orientado a crear las bases de la organización autogestionaria.

¿Por qué es importante la educación para la salud?

" 1. Porque intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarla.

2. Propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico y otras formas de conocimiento local a través de un diálogo democrático entre ellos. Reconoce la pluralidad cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otra lógica, facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales.

3. Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y por

**consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo." 15**

La brigada fomentó actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud; en ocasiones éstas se acompañaban de servicios curativos básicos en el dispensario. Estos servicios incluían la atención de padecimientos frecuentes como parasitosis, deshidratación, accidentes, partos, etc. Cada uno de nosotros (integrantes de la brigada) estábamos capacitados en primeros auxilios y utilizabamos el libro "donde no hay doctor" para atender a las personas en el dispensario. Además cada brigadista era responsable de atender el dispensario un día a la semana.

El equipo multidisciplinario se caracterizó por su disponibilidad y participación conjunta en la planeación y ejecución de las diferentes actividades, cabe mencionar que ninguno de los integrantes se enfocaba exclusivamente a su disciplina. No había "jefe", sino que se designaba un coordinador dependiendo de la actividad a realizar. Por ejemplo, cuando dábamos una sesión de educación para la salud, la pasante de enfermería, brindaba asesoría de contenidos al equipo multidisciplinario; el trabajador social proponía la metodología y organización de esos contenidos de salud; la diseñadora gráfica elaboraba el material didáctico que se utilizaba y la pedagoga proponía algunas técnicas pedagógicas y coordinaba la clase. En este sentido se dio la multidisciplina, sin que existiera la hegemonía de alguna disciplina, sino el trabajo en conjunto de éstas mismas. Las áreas que cada disciplina abarca se interrelacionan en el aspecto social, para organizar, participar y encontrar soluciones a la problemática esencial de la comunidad. Cada brigadista aportó

metodología, contenidos e ideas sobre la forma de trabajo. Todos participamos en la organización de los talleres de alfabetización, en la asesoría en educación formal, en la implementación de huertos familiares, en la asesoría para la elaboración de proyectos productivos, en la organización de eventos culturales e implementación de juegos recreativos, en la vacunación antirrábica, etc.

Es fundamental que exista la comunicación y cohesión entre los miembros de cualquier equipo interdisciplinario, pues de esto depende en gran parte el éxito que se pueda obtener en algún proyecto comunitario.

Las maneras más prácticas y divertidas que la brigada encontró, para estimular la reflexión de la población fue a través de sociodramas, teatro y funciones de títeres.

Nosotros representábamos a través del sociodrama, las problemáticas (principalmente de salud) dentro de la comunidad y cómo afectaban las vidas de los pobladores. Nuestro propósito era exponer problemas o situaciones que ayudaran a las personas a desarrollar una conciencia crítica y por lo tanto a actuar para mejorar su situación. Animamos a los pobladores a explorar y examinar todos los aspectos que determinan una situación y a sacar sus propias conclusiones. En un principio este tipo de participación no fue sencilla ni inmediata. Sin embargo con un poco de paciencia, trabajo continuo y fomentando la confianza de la gente conseguimos un diálogo más abierto. Principalmente entre los jóvenes de la comunidad, que se interesan por participar en obras de teatro. Es entonces que surge el grupo de teatro comunitario: NICAN TIETOHQUEH,

en donde el entusiasmo y participación se hace evidente. La primera obra que presentaron los chicos se llamó: "los tres hermanos que querían aprender castellano", cuyo contenido refleja la marginación e injusticia a la que están sometidos los indígenas nahuas. La presentación se realizó en dos versiones, una en náhuatl y otra en español.

Las funciones de títeres (elaborados con bolsas de papel), resultaban muy divertidas para los niños. Frecuentemente dabamos funciones al aire libre. La primera función que presentamos tuvo como objetivo mostrar la técnica de cepillado de dientes. Se le proporcionó un cepillo a cada niño que asistió, y mostramos la forma de elaborar uno con un palito envuelto en un pedazo de tela.

También para los niños elaboramos juegos didácticos con contenidos de salud. Por ejemplo, realizamos un juego de serpientes y escaleras, cuyo objetivo era enseñar sobre la importancia de los hábitos de higiene en la prevención de enfermedades. Se destacó el uso adecuado de la letrina y el cuidado de los animales. Los dibujos, mensajes y lenguaje estaban adaptados a la situación local. A los pequeños les gustó mucho y estaban muy entretenidos interactuando unos con otros y dando sus opiniones sobre los diferentes dibujos y mensajes. Es necesario recalcar que no nos interesaba transferir un contenido y lograr que los niños lo memorizaran, al contrario, buscábamos la interacción y reflexión.

Estos son sólo algunos ejemplos de técnicas o ayudas didácticas en educación para la salud con que se puede contar. La utilización de técnicas auxiliares constituyen un recurso muy importante para el educador en salud. El libro de David Werner: "aprendiendo a promover

la salud " nos brindó varias ideas educativas y soporte teórico y práctico para realizar nuestras actividades de educación para la salud en la comunidad de San Sebastián. Así también nuestra capacidad creativa e imaginación resultó fundamental.

#### EN EL DISPENSARIO:" CALLI TAPAJTILOYAN"

La casa de salud (calli tapajtiloyan), era uno de nuestros lugares de trabajo, a este pequeño dispensario acudían muchas personas del pueblo; principalmente señoras con sus hijos enfermos de diarrea o con infecciones respiratorias. Así también llegaban a solicitar ayuda los accidentados y mujeres a punto de dar a luz.

La experiencia de trabajo en el dispensario me gustó bastante, y las situaciones que viví ahí no las podré olvidar. Como por ejemplo, el día que ví por primera vez un parto y tomé al bebé en mis brazos. O cuando llegó un niño muy enfermo arrojando lombrices del tamaño de una ahujeta y su mamá me pedía medicina para curarlo.

Nosotros( los brigadistas) nos considerábamos promotores de salud rural pues nuestro trabajo consistía básicamente en atender y asesorar a las personas sobre los problemas de salud, higiene y alimentación.

**" La tarea más importante de un promotor de salud es la de enseñar, la de animar a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas." 16**

Cuando una persona llegaba al dispensario la tratábamos con respeto y amabilidad. Nunca con desprecio o despotismo como suele ocurrir en algunos centros de salud. Es importante considerar los sentimientos y

necesidades de los pobladores, saber escucharlos y animarlos a que aprendan de uno y aprender de ellos.

**" La convivencia, la cooperación y el cariño son las claves de la salud." 17**

Muchas señoras nos decían: " aquí curan bonito, pues no nos dicen que somos unos indios cochinos ."

Una buena oportunidad para hablar sobre educación para la salud, era cuando la gente acudía al dispensario a curarse. Por ejemplo, cuando una señora traía a su niño con lombrices, le explicábamos como curarlo y a la vez les enseñábamos a los dos (madre e hijo), de dónde vienen los parásitos y las recomendaciones para evitarlos en el futuro.

Por otra parte, nosotros no rechazábamos el uso de la medicina tradicional para sanar las dolencias del enfermo. La OMS nos dice:

**"Se entiende como " medicina tradicional" el conjunto de todos los conocimientos y prácticas, sean susceptibles de explicación o no, utilizandos para prevenir, diagnosticar y eliminar los desequilibrios físicos, mentales o sociales y que se basa exclusivamente en la experiencia y la observación, prácticas transmitidas de generación en generación, sea oralmente o por escrito." 18**

Principalmente recomendábamos el uso de las plantas medicinales para aliviar algunas dolencias. Por ejemplo el té de epazote para los numerosos casos de parasitosis; el de cabellos de elote para ayudar a bajar la hinchazón de pies; el de eucalipto para descongestionar los bronquios; la miel con limón para la garganta irritada; etc. Muchas

otras recetas nos fueron proporcionadas por la misma gente de San Sebastián, que nos llevaba la yerba al dispensario para que la conociéramos.

Nosotros reconocemos la enorme potencialidad de las plantas medicinales.

*" En cuanto al número de plantas medicinales usadas en México, se ha estimado que asciende a 5000. Pocas de estas plantas se han estudiado exhaustivamente, por lo cual existe un amplio campo por explorar. Si tomamos en cuenta que existen varias plantas para cada enfermedad (en ocasiones más de cincuenta) y que una planta es usada para varias enfermedades, podemos imaginar la gran potencialidad de nuestra flora. Dicha potencialidad es enriquecida considerablemente por el conocimiento de los 56 grupos étnicos distribuidos a lo largo y a lo ancho del territorio nacional." 19*

Por otra parte, varias personas acudían a la calli tapajtiloyan con los llamados síndromes de filiación cultural. Entre los que podemos mencionar: el mal de ojo, el susto, el dolor del aire.

El mal de ojo se caracteriza principalmente por una irritación en los ojos (se ponen colorados y arden), esto debido a que una persona se le quedó viendo mal o feo a otra.

El susto es una clase de miedo o angustia causada por un hechicera, el diablo, o por algo que le asusta de repente a la persona. El afectado puede temblar y perder el sueño.

La gente llama dolor de aire a diferentes dolencias, básicamente dolores de espalda, pecho, estómago, o a veces a los dolores vagos

que cambian de un lugar a otro. Se piensa que el viento o el aire ha entrado a alguna parte del cuerpo.

Cuando nos explicaban que sufrían estas dolencias por causa de un hechizo o algo parecido, nuestra primera reacción era de extrañeza (la cual no la evidenciábamos abiertamente) y pensábamos que sufrían de sugestión. El factor causal de la dolencia estaba estrechamente ligado a lo sobrenatural y resulta bastante difícil de entender estos padecimientos, apreciándolos desde fuera de su cultura y con ojos universitarios; sin embargo nunca nos burlamos, ni los calificamos de ignorantes o supersticiosos como varios médicos institucionales lo hacen. Frecuentemente los pacientes buscaban alivio a su dolencia a través del curandero. Nosotros no nos oponíamos a este hecho, pues muchas veces existe:

*" una relación más íntima y más humana entre dos miembros de un mismo colectivo que necesita profundamente de la salud y de la vida: el médico tradicional conoce muy bien a su paciente, conoce a su familia y sus distintos quehaceres en la comunidad. No cabe duda que una gran parte de los males son enfermedades psicosomáticas precisamente porque son sociales. El curandero tranquiliza al enfermo y lo reafirma en su propio medio mientras le entrega generosamente salud, con yerbas o con magia." 20*

Generalmente muchas señoras con síntomas de cansancio, dolor de cabeza, dolor de estómago, y extremadamente angustiadas y tensas acudían al dispensario y al curandero, para plantear su problemática familiar y económica; necesitaban a alguien que las escuchara y

nosotros (los brigadistas) nos prestábamos a ser los oyentes; ellas se desahogaban de sus tensiones emocionales a través del llanto.

" El desahogo de las emociones angustiosas (catarsis) queda definido como procesos involuntarios en gran parte internos, como continuos indicadores externos como llanto, temblor, sudor frío, etc." 21

La mayoría de las señoras había acumulado grandes cantidades de emoción reprimida y cuando se sentaban o recostaban en la pequeña cama de tablas del dispensario "sacaban algunas cosas que les dañaban". Al respecto nosotros no dábamos " buenos consejos" para que ellas los tomaran para solucionar su problemática. Simplemente escuchábamos y en algunos casos cuestionábamos a la señora para que tuviera mayor claridad de ideas. Ellas se mostraban agradecidas , pues sentían que eran tomadas en cuenta con el hecho de escucharlas y compartir sus preocupaciones.

Es importante, mencionar que la confianza, aceptación y acercamiento hacía la brigada en estas cuestiones no se da en un primer momento, es decir cuando arribamos a la comunidad; sino que ocurre cuando la gente se da cuenta de los resultados de nuestra participación dentro de la comunidad, ya cuando han transcurrido tres meses de trabajo intensivo.

El trabajo que realizó la brigada no resultó sencillo, en un principio nos sentíamos extraños y la participación de los pobladores era casi nula. Esto nos hacía sentir un tanto desesperados. Sin embargo, con un poco de paciencia, mucha disponibilidad y entusiasmo logramos conocer más de cerca la problemática que aquejaba a la población. Nuestro trabajo conjunto y fuerte compromiso, fue nuestra

mejor herramienta y carta de presentación. El esfuerzo lo reconocieron los habitantes de ese pequeño poblado en la sierra norte de Puebla y poco a poco se dió el trabajo en conjunto Brigada-Comunidad. Creo que el principal obstáculo en el desarrollo comunitario de muchos poblados de nuestro país, es la manipulación, corrupción y falta de compromiso de muchos que se hacen llamar "líderes del pueblo" que prometen y engañan a sus seguidores.

Actualmente se encuentra trabajando en la comunidad de San Sebastián, la brigada UNAM San Sebastián fase V, con el fin de dar continuidad al trabajo realizado e implementar nuevas propuestas de trabajo dependiendo de las necesidades de la comunidad. Pero sin lugar a dudas a lo que se aspira, es conseguir que, independiente de que haya brigada o no en el lugar, la gente se dé cuenta de lo mucho que se puede lograr a través de la unión y organización comunitaria. Las brigadas son solamente un apoyo y recurso (no en un sentido paternalista) para algunas comunidades y ese es su pápel, pues de ninguna manera se pretende resolver la situación en la que viven muchos indígenas con el solo hecho de mandar una brigada de servicio social a una comunidad de este tipo.

Ya para concluir, me gustaría comentar que la experiencia resultó muy enriquecedora, llena de retos y conocimientos que ningún libro puede mostrar. Lo que aprendí en "San Sebas" nunca lo olvidaré, al igual que el gran apoyo de mis compañeros brigadistas en todo momento. El mejor reconocimiento a nuestro trabajo es la sonrisa y agradecimiento de las personas; así como el despertar de sus conciencias para mejorar la condición en la que viven. Indudablemente queda mucho que hacer en las comunidades rurales y marginadas, pero

sin duda el trabajo en ésta comunidad es sólo un paso en el arduo camino por recorrer.

3.2 EXPERIENCIA EN SAN JUAN DE LOS JARROS MUNICIPIO DE ATLACOMULCO.  
ESTADO DE MEXICO.

La experiencia comunitaria en San Juan de los Jarros, Municipio de Atlacomulco, fue para mi una manera palpable de reconocer en una situación real los problemas que enfrenta una comunidad.

La UNAM cuenta con un departamento de Servicio Social Multidisciplinario en Comunidades Rurales, el cual tiene brigadas trabajando en varios estados del país ( Chihuahua, Guerrero, Estado. de México, Puebla, D.F., y Chiapas ).

Me trasladé con mi brigada al Municipio de Atlacomulco, el cual colinda con los municipios de Temascalcingo, El Oro, Xocotitlán y Acambay. La comunidad que solicitó la brigada es San Juan de los Jarros, por medio de la Asociación " San Juan Mazahua "; ya que requerían el apoyo de prestadores de servicio social, para apoyarlos en las actividades de dicha Asociación y también trabajar con el resto de la comunidad, así como poblados cercanos.

Llegamos a San Juan de los Jarros, el día 5 de mayo de 1991, nos presentamos con la presidenta de la asociación " San Juan Mazahua " , que nos traslada a la casa social, lugar designado para darnos alojamiento.

Entre nuestras primeras actividades estuvieron las de presentamos como la nueva brigada, con los encargados de distintas instancias públicas ( directores y maestros de las escuelas, médico, con los tres delegados municipales y con el cura ), así como participar en el festival dedicado a las madres el 10 de mayo.

Otras fiestas a las que asistimos para integrarnos y participar con la comunidad, fueron las del día del maestro y las celebraciones de semana Santa.

Nuestra brigada se denominó Atlacomulco fase II y la conformamos disciplinas de Psicología, Comunicación Gráfica y Pedagogía.

Trabajamos el área de Sanidad como proyecto central, ya que al hacer el diagnóstico de la población nos percatamos que en este rubro es donde tenían más carencias, y de ahí se originaban muchos de sus problemas. Hablar de temas como alfabetización, nutrición, derechos humanos, educación sexual, sociocultura, etc., sirvieron de medios para llegar al objetivo de nuestro proyecto central.

La corriente que manejamos fue la Autogestión, el objetivo de ésta es que la población sea capaz de tomar decisiones, ejecutarlas y lograr su autosuficiencia. Desafortunadamente nos dimos cuenta que la comunidad es muy dependiente, les cuesta mucho trabajo organizarse por sí solos, y delimitar sus necesidades básicas, Nuestra labor consistió en ayudarles a organizarse en grupos de trabajo para las labores que realizaban con nosotras, y asesorarlos en la búsqueda, reconocimiento y materialización de algunas de esas necesidades. Por ejemplo, en las reuniones que tuvimos con la comunidad de la Mesa de Chosto, ellos eran los que iban mencionando cuales eran sus problemas, nosotras preguntábamos: ¿y cómo van a dejar de enfermarse?, nos decían que estaban enfermos porque venía la enfermedad que da calentura, que ya muchos estaban cayendo. Luego partíamos a explicarles cómo se producían las enfermedades infecciosas. Les hablamos del "chorro" y de como en la tierra habían animalitos muy pequeños que se les metían por la boca y los andaban

cargando en las uñas, al llegarles al estómago o la "panza" empezaban a comerse lo que ellos comían y empezaban a crecer, por eso tenían dolores. Nos preguntaron ¿cómo nos sacan estos bichos de la panza? y lo que hicimos fue hablarles de como evitar que entraran allí, así una de las medidas que decidimos todos, que era básica fue la construcción de letrinas. Y nuestra tarea consistió en ayudarles en la redacción de oficios, en determinar qué materiales se iban a pedir, acompañarlas con el Presidente municipal, distribución de material, seguimiento en la elaboración de las letrinas y concientización de la importancia de usarlas, así como el daño que causa defecar al aire libre. Esto fue sólo una pequeña semillita, ya que para que un proyecto siga avanzando tiene que tener un seguimiento, puesto que la gente tarda un tiempo en asimilar cuáles son las causas de sus problemas y entender que en ellos está la solución. Desafortunadamente se escudan con la justificación de que son pobres e ignorantes.

Las cuatro áreas a impulsar dentro de la comunidad son:

- a) Educación: Se pretende promover la adquisición de conocimientos útiles, para cubrir las necesidades de la comunidad.
- b) Sociocultura: rescatar las fiestas, tradiciones y costumbres propias de la región. Con la finalidad de que se valoren y conserven.
- c) Salud: Se trata de difundir la salud por medio de la prevención de enfermedades.
- d) Producción: Impulsar el desarrollo de sus recursos.

## ASOCIACION SAN JUAN MAZAHUA.

La Asociación San Juan Mazahua, se formó hace 4 años. Este proyecto lo conforman 365 mujeres de los barrios de Shomejé, San Juan de los Jarros, San Bartolo Lanzandos, Bobashi de Guadalupe, San Jerónimo de los Jarros, Chosto, Chosto Arriba, Chosto Abajo, Mesa de Chosto, Santa Rosa y La Laguna, los cuales constituyen la Asamblea General.

La Asociación tiene un Comité constituido por: la Presidenta, la Secretaria, la Tesorera y las vocales o representantes de comunidad, así como las encargadas de salud, educación, nutrición, vivienda, recreación y cultura.

La Asociación es subsidiada por el " Fondo para Niños de México, A.C." y éste a su vez depende de la " Christian Childrens Found " su sede, se encuentra en Richmond, Virginia, E.U.A. Esta se sostiene de donaciones de diferentes partes del mundo, algunos donativos son a través de padrinos que les buscan a los niños de las comunidades. Al padrino se le da a conocer el desarrollo de su ahijado, por medio de correspondencia, que sostiene con el niño.

El " Fondo para Niños de México, A.C. ", se encarga de hacer llegar las cartas, las fotografías, dibujos y de traducir los mensajes, así como destinar los fondos en la compra de despensa, medicinas, ropa, educación, etc.

El proyecto San Juan Mazahua, reparte mensualmente (cada cuarto domingo de mes), una despensa de productos básicos: una bolsa de detergente, un kilo de frijol, una bolsa de galletas de animalitos,

dos paquetes de sopa de pasta, una botella de aceite, medio kilo de arroz y kilo y medio de azúcar.

También subsidia a 2 ó a 4 personas mensualmente con dinero en efectivo para vivienda y producción.

Casualmente tienen la presencia de una supervisora, quien es mandada por parte de la directora del "Fondo para Niños de México, A.C.", a supervisar cuestiones internas de la Asociación. Ella sólo funge como observadora de las situaciones y problemáticas de la comunidad, la directora es quien toma las decisiones o da una respuesta con base en los informes que ésta le lleva. El "Fondo para Niños de México, A.C.", está organizado por departamentos que se encargan de diferentes áreas a satisfacer, como educación, producción, correspondencia, padrinos, etc. Y en éste trabajan varios profesionistas: doctores, pedagogos, contadores, abogados, etc.

Se encuentran en varios estados de la República, trabajando en macro y micro regiones, en comunidades rurales.

Antes de que dejáramos la comunidad, la asociación sufrió grandes cambios (a partir de fines de mayo de 1991) se cambio el Comité y los reglamentos internos.

Nuestro plan de trabajo consistió en asistir a las comunidades de Bobashi de Guadalupe, Mesa de Chosto, San Jerónimo de los Jarros y lógicamente a San Juan de los Jarros; en cada una de estas comunidades las representantes convocaron a las señoras a reunirse para acordar horarios y temas que deseaban se les impartiera. Quisimos trabajar con las comunidades ubicadas en puntos estratégicos para así abarcar a la mayor parte de los miembros de la asociación.

Después de tomar en cuenta que la Asociación estaba constituida por mujeres y niños en su mayoría, decidimos trabajar con ellos y atender sus problemas básicos de salud y los elementos que la originan.

El rol que juega la mujer en la comunidad constituyo uno de los mayores intereses para mi; ella trabaja en el hogar, cría a los hijos, atiende al marido, trabaja en el campo, cuida a los hermanos y los ancianos, etc.

*" La mujer acepta pasivamente su cometido, labora con su cuerpo para cumplir los designios y el plan del otro. El producto de su labor no es suyo. El hombre por otro lado no labora sino que trabaja " 22*

El hombre trabaja para llevar el sustento a la familia, pero la mujer es la que organiza el poco dinero que el le da, incluso tiene que disculparlo y ayudarlo cuando él esta enfermo o borracho. La situación cambia cuando la mujer enferma, el marido se enoja y la califica de que no salió " buena " mujer.

*" La opresión y la explotación económicas están basadas en dar un valor de mercancía a la sexualidad femenina y en la apropiación por parte de los hombres de la mano de obra de la mujer y su poder reproductivo, como en la adquisición directa de recursos y personas" 23.*

En la comunidad los hombres tienen que emigrar para buscar mejores condiciones de vida, él es el fuerte y deja a la mujer en una situación de desventaja, aunque ella es débil físicamente cuando él parte ella tiene que sembrar, criar a los hijos, cuidar a los animales, ir por agua, ir por "la compra" al pueblo, hacer las

tortillas, moler nixtamal, ir los domingos a vender al pueblo, tejer e hilar la ropa, etc. Y esperan a los hombres con paciencia, porque ellos son los que buscan el sustento además él es " su marido ", a pesar de que ellos las golpean y las usan sexualmente, pueden ser muy fieles pero no negar su condición.

*" La sociedad humana se divide en dos sexos el varón, racional, fuerte, que tiene la capacidad de procrear, con un alma y apto para gobernar; y la mujer pasional e incapaz de controlar sus apetitos, débil, sólo aporta la materia en el proceso de procreación, sin alma y destinada a ser gobernada. Y puesto que así son las cosas la dominación de unos hombres sobre otros queda justificada si se les atribuye a los últimos las mismas cualidades que a la mujer " 24*

Basándonos en sus necesidades prioritarias, en cada comunidad iniciamos con diferentes temas. Confirmamos que el proyecto central seguiría siendo: sanidad. Y decidimos que los temas principales eran prevención de enfermedades y nutrición. En el trabajo con los adultos y en lo que respecta a la prevención de enfermedades dimos pláticas de higiene tanto personal como comunitaria, ya que las enfermedades infecciosas son las más comunes. De esto surgió la necesidad de la construcción de letrinas donde participaron todas las familias.

La gente de la comunidad se organizó y se elaboró un documento donde se solicitaba al presidente municipal el material de construcción necesario para la realización de las mismas. Quedaron terminadas las veinticinco letrinas que se programaron construir.

Sobre el tema de la nutrición, informamos a la gente sobre las ventajas de una alimentación variada y como recurso para solventar ésta y economizar, surge la necesidad de hacer huertos familiares. Conectamos a los grupos de trabajo de las cuatro comunidades con un técnico en Desarrollo Agropecuario quien les asesoró sobre el procedimiento de implementar un huerto de hortalizas, se les proporcionó semilla de algunas leguminosas. Y las motivamos para que sean ellas las que se organicen y traten de conseguir más semillas aprovechando que se acerca la época de lluvias.

Partimos del interés de las señoras por aprender a leer y escribir, así que nos dirigimos al INEA para solicitar más material didáctico y comenzar a alfabetizar. Nuestros grupos constaban en promedio de veinte señoras. Los inconvenientes que se dieron en estos grupos es que los conocimientos que tenían no eran homogéneos, muchas señoras nunca habían ido a la escuela y otras habían cursado dos o tres años en su niñez, muchas de ellas tenían problemas de dislexia; si ya sabían escribir lo hacían con manuscrita y no con letra de molde, escribían las letras con mucha separación, no respetaban las líneas, se comían las letras, les costaba mucho trabajo formar palabras, etc. Al ver éstos inconvenientes pensé un poco en como se sentían ellas, pues aunque le echaban ganas su contexto indígena las hizo aprender a hablar, a expresarse, pensar y sentir en mazahua, y yo quería enseñarles cómo se escribe y piensa en mi medio social, ellas nunca han escrito nada en su vida, ven las letras como nosotros vemos los símbolos chinos o japoneses; sin embargo están inmersas en un contexto donde la gente habla español, piensa en español y trata de olvidar sus raíces indígenas, los mazahuas se quedarían marginados

y subordinados, si se aislaran no tienen las condiciones necesarias para subsistir por ellos mismos, así que tienen que aprender el español, un idioma nuevo para ellos y luego tienen que salir de sus comunidades para vender su mercancía, que les compran a precios miserables, o los emplean en las ciudades como cargadores, peones, jornaleros, venden chiclés, etc, todos empleos muy sufridos. La ciudad los trata muy mal, por lo menos en su comunidad ellos son los dueños de su casa, de sus animales, etc. Comen quelites, nopales, maíz. Existen cosas que los dañan enormemente como no lavarse las manos, bañarse en los arroyos contaminados llenos de aguas negras. Creo que un programa de salud debe contemplar el respeto hacia la naturaleza, que es el respeto hacia nosotros mismos. Ojalá algún día entendamos la importancia de no destruir innecesariamente nuestro medio natural, no tirar basura, no quemar árboles, no dañar a los animales ni contaminar ríos ni mares. Desgraciadamente la gente de las comunidades rurales está aprendiendo estos malos ejemplos, cambian un taco de quelites por un gansito, al lugar más recondito llega la coca-cola y esto no siempre sucede con la leche, están cambiando sus hábitos, su alimentación, sus costumbres, el gran mercado del consumo ya los alcanzó. Ahora invierten los campesinos en fertilizantes que mejoraran su cosecha, invierten el dinero con que comerán todo un año, y les resulta peor no es buen negocio para ellos porque los primeros dos años puede que el maíz sea más grande, pero al tercer año ya necesitan insecticidas por que las plagas atacan más facilmente este nuevo maíz, y la tierra está cansada tiene que recuperarse, y lo peor es que aún no han pagado el crédito del banco, así que tienen que vender sus tierras o vivir de otras actividades.

Pude darme cuenta que la situación es más complicada, no significa nada más llenar estadísticas donde se indique que ya hay miles de alfabetizados, se tienen que mejorar las condiciones, tiene que haber más oportunidades, hay que trabajar más.

Vimos la inquietud y la desinformación que se tiene sobre el control de la natalidad, y por ello elaboramos un curso de educación sexual para las señoras principalmente, el cual más tarde lo adaptamos e impartimos en la secundaria. A raíz de esto surgió la inquietud de algunas señoras de acudir a un centro de salud para que les indicaran que método anticonceptivo les convenía más. La menstruación consistía para ellas algo sucio que se tenía que ocultar "porque mancha", pero de una u otra manera lo tomaban con naturalidad, tenía que llegar.

*" La menstruación en la mujer ha dado pie a una serie de mitos que involucran todo su ser. Los tabús que se han originado han sido en función de la fertilidad, de la sociedad, de lo malo; una representación del flujo menstrual, que es algo que daña, enferma y ensucia " 25*

En cuanto a sus relaciones sexuales la mujer se siente usada, una señora comento : " somos como un calcetín para ellos, de mete y saca, cuando yo no quiero él me golpea, llega borracho y yo no quiero ", la mujer mientras es joven y hermosa brinda lo suficiente para que un hombre la desee, cuando la tiene le sirve para sentirse superior ya que ella representa una conquista, un hombre entre más mujeres ha tenido es más hombre, en la comunidad la infidelidad del hombre es evidente, ya que se casan desde muy jóvenes y sin

conocerse, algunas veces sin haber cruzado palabra, llegan a buscar otra satisfacción, por lo general la mujer se somete a las decisiones del marido.

*" El hombre espera de la posesión de la mujer algo más que la satisfacción total de un instrumento, pues ella es el objeto privilegiado a través de la cual domina la naturaleza... en el mar o en la montaña el Otro puede encarnarse tan perfectamente como en la mujer; ambas oponen al hombre la misma resistencia pasiva e imprevista, que le permite cumplirse y ambos son un rechazo que hay que vencer, una presa que conquistar "*

26

Tratamos de poner énfasis en el tema de los Derechos Humanos, asesoramos a la gente acerca de sus asuntos legales, tratamos principalmente sobre el abuso a menores y mujeres.

Podemos decir que en sociocultura, abarcamos temas en donde compartimos puntos de vista acerca del valor de la cultura mazahua, de su idioma y de los orígenes de los primeros pobladores del valle de México, ya que la gente tiene una idea devaluada de nuestra raza.

Con la población infantil llevamos a cabo actividades que tienen como objetivo principal favorecer una formación integral, se pretendió estimular un desarrollo completo y equilibrado, de las diferentes áreas de la personalidad infantil: Cognocitiva, afectiva y psicomotriz, con la finalidad de facilitar su adaptación a su entorno, así como promover la sociabilización; es decir que pudieran integrarse a los diferentes grupos con los que conviven, observando,

colaborando y mostrando un respeto mutuo hacia los demás en las actividades.

Los aspectos a favorecer en las áreas antes mencionadas son:

Area afectivo-social, que pretende desarrollar sus actitudes, emociones, sentimientos y valores.

Area cognoscitiva, pretende lograr una adquisición de conocimientos, noción corporal, noción temporo-espacial, senso-percepciones y el desarrollo de las facultades mentales como: memoria, asociación, atención, imaginación, juicio y creatividad.

Area psicomotriz pretende lograr un equilibrio, lateralidad y coordinación motriz gruesa y fina.

Las actividades que se llevaron a cabo surgieron del interés principal del niño, de todo aquello que pueda satisfacer sus necesidades en el aquí y ahora, partiendo de su actividad principal, el juego.

Con los niños tratamos los temas de prevención de enfermedades y educación sexual, a través de cantos, juegos organizados, teatro, dibujo, competencias, cuentos, material educativo y conversaciones. Los grupos son mixtos y las edades de los niños oscilaban entre los tres y quince años, predominando los de ocho años de edad. El promedio de asistencia es de treinta niños en cada comunidad.

Todas estas actividades las llevamos a cabo con adultos y niños, se realizaron en las diferentes comunidades, regularmente dos veces por semana dos horas aproximadamente en cada sesión. Las clases variaban de horario según el clima y las ocupaciones de la gente. Las condiciones del lugar también cambia, se realizaban al aire libre o en algún cuarto que alguna de las señoras ofrecía, ya que pocas veces

contamos con la participación de las escuelas para que nos prestaran sus instalaciones.

Las pláticas casi nunca se programaron se hablaba de temas según fuera surgiendo el interés de la gente, de las necesidades que detectáramos y enfocándolos hacia nuestro proyecto central. Las pláticas tienen un origen flexible, nacieron del interés común que alguien manifiesta en el momento. Pretendimos que se llevara a cabo una retroalimentación de grupo, evitando que se convierta solamente en una exposición receptiva con un sólo emisor. La brigada finalizaba las reuniones participando en algunas ocasiones como moderador, y procurando mantener un interés generalizado. Cuando terminábamos el tema a través de varias sesiones, la organización dependía del grupo manteniéndose la brigada solamente como asesor.

En ocasiones se atendieron casos aislados de personas o familias que tenían problemas menores de salud y trastornos emocionales. También elaboramos nuestro material didáctico y nos documentamos previamente con información para cada uno de los temas que íbamos a impartir.

Debido a la magnitud del acontecimiento que represento el Ecilpse solar del 11 de julio, incluimos pláticas informativas de lo que significaba un eclipse solar y como presenciarlo.

La brigada participó, por petición de las señoras que forman el comité del " Proyecto San Juan Mazahua ", como apoyo en la entrega y recepción de la correspondencia que reciben los niños del " Fondo para niños de México A.C. "

A raíz de un supuesto fraude dentro de la Asociación y de la inquietud por parte de la asamblea general por resolver de manera

rápida las anomalías que se dieron en el manejo de fondos y documentos, nos pidieron asesoría y el apoyo en cuanto al trabajo administrativo de documentos.

Para obtener más información acudimos al Instituto Nacional Indigenista ( INI ), en donde el director del Centro Coordinador de Atlacomulco en la región mazahua nos propuso trabajar conjuntamente con su brigada. Esta propuesta quedó abierta proporcionándonos la participación de su personal jurídico, para el asesoramiento del conflicto suscitado en la " Asociación San Juan Mazahua, A.C. ".

Visitamos las oficinas del Presidente municipal de Atlacomulco para aclarar nuestra posición neutral, apolítica y atea, dentro del conflicto de la asociación. En dicha visita recibimos amenazas por parte del Presidente municipal, quien nos advirtió que nuestra seguridad estaba en peligro, ya que representamos una amenaza para él y "su gente", diciéndonos por último que nos tenía vigiladas. Nuestro interés era el de aclarar que no andábamos promocionando al PRD, como se decía. En San Juan de los Jarros existe una pugna muy fuerte entre PRI y PRD. Por las amenazas recibidas, decidimos levantar una denuncia de los hechos ante la delegación de San Juan de los Jarros, responsabilizando al Presidente municipal de Atlacomulco de cualquier agresión física o moral que dañe nuestra integridad. Al parecer, la Universidad, tomó este asunto a niveles más altos para evitar cualquier agresión a la brigada.

Al mismo tiempo seguimos trabajando con nuestras actividades, dentro de las diferentes comunidades. La asociación cambió de comité sin haber solucionado hasta nuestra partida sus discrepancias.

## MAZAHUAS

Los historiadores no han llegado a un acuerdo a cerca de la procedencia de los mazahuas y la época en que llegaron al Valle de México. Incluso hay diversas opiniones a sobre el origen de la palabra Mazahua.

La historia de este grupo tiene una estrecha relación con los matlatzincas que dominaron el Valle de Toluca y llegaron hasta Michoacán.

Los mazahuas fueron primeramente dominados por los acolhuas, después por los tepanecas y posteriormente por los mexicas, quienes consolidaron su hegemonía en temascalcingo, atlacomulco, chiapan, xiquipilco, xocotitlán, malacatepec e ixtlahuaca; lugares poblados por los mazahuas a quien convirtieron en sus aliados.

En 1521, cuando la expedición española al mando de Gónzalo Sandoval llegó a Toluca, los mazahuas se sometieron voluntariamente al nuevo régimen y combatieron en unión de los españoles, contra los mexicas. El establecimiento por parte de los conquistadores, del sistema llamado de Haciendas afectó profundamente la vida de los mazahuas quienes trabajaron en las mismas sin pago ni horario fijo.

En 1808, cuando el Virrey Iturrigaray fue derrocado, los peones de la hacienda de Mostejé se sublevaron matando a los españoles de esa finca, siendo posteriormente apresados y conducidos a Ixtlahuaca donde fueron ejecutados. Dos años después de 1810, cuando el ejército insurgente encabezado por Don Miguel Hidalgo Y Costilla llegó Atlacomulco, los mazahuas se unieron al movimiento de Independencia

interviniendo al lado de los insurgentes en la batalla del monte de las cruces.

Este movimiento, que proclamó libres e iguales a todos los mexicanos al no tomar en cuenta la heterogeneidad de la población de México, no transformó realmente las condiciones de explotación y opresión de los grupos indígenas, dejando así que los mazahuas continuaran bajo el sistema de hacienda hasta el momento de la revolución mexicana.

#### UBICACION Y MEDIO AMBIENTE

La mayor parte de este grupo étnico vive en el Estado de México, asentado en una superficie de aproximadamente 2,000 Km.2. Los límites geográficos de esta zona los forman las montañas situadas al occidente del Valle de México y los Valles de Toluca y de Ixtlahuaca. Otros grupos mazahuas se asientan en la Sierra de San Andrés y en los límites con el estado de Michoacán.

Los municipios con mayor concentración mazahua son: Almoloya de Juárez, Amanalco de Becerra, Atlacomulco, Donato Guerra, El Oro, Ixtapan del Oro, Ixtlahuaca, Jocotitlán, San Felipe del Progreso, Temascalcingo, Valle de Bravo, Villa de Allende y Villa Victoria.

Por la altitud de la región, los inviernos son fríos y las noches frescas, incluso a mediados del estío. A finales de la primavera y en el verano se presentan las lluvias; la estación de secas corresponde al otoño e invierno.

En la región predominan los suelos aluviales de tipo arcilloso, siendo irrigada por el río Lerma. En ella hay algunos pequeños

bosques con especies como el oyamel, pino y cedro blanco. Abundan el maguay, el tejocote y la raíz de zacatón.

La casi totalidad de las comunidades están comunicadas por medio de caminos pavimentados o brechas de terracería. Muchas de ellas cuentan ya con agua entubada, energía eléctrica, servicios de salud y servicios de camiones.

#### DEMOGRAFIA

La población mayor de 5 años hablante de mazahua, registrada en el Censo de población de 1980, fué de 129,500 habitantes, siendo bilingüe el 90 % de ella.

La densidad de la población es muy alta y en algunos municipios excede a los 100 habitantes por kilometro cuadrado.

#### IDIOMA

El idioma Mazahua pertenece al tronco lingüístico otomí pame de la familia Otomangue. Los principales idiomas de esta familia tienen una zona de contacto situada en el Valle de Toluca donde se mezclan, intercambiando términos. Existen diferencias dialectales incluso entre hablantes de un mismo municipio. En la actualidad, un creciente porcentaje de población joven está dejando de usar su lengua materna como medio de comunicación.

#### INDUMENTARIA

El vestido de la mujer consta generalmente de una blusa y una falda. La primera está hecha de manta de vivos colores y adornada con olanes simples o bordados. Con frecuencia, sobre la blusa se lleva otra de satín, también de tonos brillantes.

Las faldas interiores son amplias y largas, de tela blanca con un bordado en el contorno inferior, a las que se superpone otra, constituida por un lienzo rectangular que se enrolla a manera de falda, dejando al descubierto la parte bordada de las anteriores. Como sostén de las faldas se utiliza una faja de lana, bastante larga, que da varias vueltas a la cintura. Esta prendas son confeccionadas por la familia. Completan su vestuario con un rebozo o quehxquémel bordado con variedad de figuras y colores, así como con collares y aretes de diferentes colores. Ultimamente se ha incrementado el uso de zapato de plástico. Las mujeres ponen empeño en su arreglo personal, diariamente se peinan, la zona no es propicia para el baño diario pero su vestimenta es tradicional, en algunas influyen las modas del pueblo, y las que ya vivieron en la ciudad utilizan pantalón.

*" El ideal de belleza es variable pero hay cierta exigencias que son constantes, entre otras puesto que la mujer está destinada a ser poseída es preciso que su cuerpo ofrezca las cualidades inertes y pasivas de un objeto" 27*

La indumentaria del hombre no tiene ninguna singularidad, siendo semejante a la del campesino de la región, aunque en algunos lugares se lleva faja al igual que la mujer.

## VIVIENDA

La construcción de las habitaciones es generalmente de adobe con techos de teja y de un solo cuarto, en muy pocos casos tienen más, de acuerdo al ingreso familiar. Las mejores viviendas tienen pintadas las paredes, y una pequeña ventana de vidrio. El fogón se encuentra usualmente en medio de la habitación y tiene dos funciones: preparar los alimentos y calentar la habitación. Algunas viviendas todavía conservan adoratorios familiares, que consisten en un local destinado a práctica religiosa de naturaleza católica: El área en que está ubicada la casa comprende también un pequeño espacio familiar en el que se incluye un gallinero o bien un pequeño huerto.

## ECONOMIA

La agricultura constituye la actividad económica fundamental de los mazahuas. Los cultivos, por orden de importancia son : Maíz, maguey, frijol, trigo, cebada, zacatón y algunos frutales como manzana y pera. Crecientemente se ha ampliado la utilización de semilla mejoradas, insecticidas y fertilizantes.

Debido a la limitada cantidad de áreas de riego, la mala calidad de los suelos, su degradación y la falta de rotación de los cultivos, etc, así como lo reducido de las parcelas, la producción de alimentos es insuficiente para la subsistencia; por lo que estos deben adquirirse con los ingresos adicionales obtenidos por la venta de aguamiel, pulque, artesanías, resinas y sobre todo, con los recursos

provenientes del trabajo asalariado que realizan en lugares circunvecinos a la ciudad de México.

En las labores agrícolas participan tanto el hombre como la mujer, correspondiendo a esta las menos fatigosas. Sin embargo, cuando el esposo emigra corresponde a la mujer muchas veces, hacerse cargo del cultivo de la parcela en unión de sus hijos mayores. También compete a la mujer la extracción del aguamiel para la preparación del pulque, el cuidado de los animales domésticos y el acarreo de la leña.

La ganadería mayor es prácticamente inexistente, pero casi todas las familias cuentan con un hato de ovejas, algunos animales bovinos y casi sin excepción, con gallinas y guajolotes.

Los factores enunciados han contribuido a propiciar la emigración tanto temporal como permanente, de hombres y mujeres, siendo la tasa de la misma una de las más altas entre los grupos indígenas del país. El hombre generalmente se emplea como peón agrícola en lugares aledaños o como albañil u obrero en centros urbanos, particularmente en la ciudad de México. La mujer se emplea como sirvienta o se dedica a la venta de algunos productos regionales o artículos comerciales en la propia metrópoli donde se les conoce como " las marías ". Estos grupos de trabajadores migrantes han tenido una influencia decisiva sobre el desarrollo de la región, pues han logrado llamar la atención de las autoridades estatales y federales quienes han proporcionado más servicios a la zona mazahua, aunque todavía sin un programa integral de desarrollo regional y sin un plan de conjunto interinstitucional.

## ARTESANIAS

En varios pueblos se producen diversos tipos de artesanía, las jóvenes bordan sobre tela figuras de pájaros y flores de distintos tonos y dibujos; los jóvenes labran y cincelan campanas y joyas en plata, y muchas de las mujeres adultas tejen prendas de lana, fajas y chales en telares de cintura. El tejido de petate, que era la actividad típica de la región, es ya muy escasa debido a la gradual desaparición de la materia prima.

En algunas localidades se han establecido centros de artesanía, en los cuales se enseña a los jóvenes mazahuas el manejo de nuevas herramientas y materiales. Ellos se han destacado por la actividad de su trabajo y lo imaginativo de sus diseños.

#### ORGANIZACION SOCIAL

La unidad social esta constituida por la familia nuclear, en la que el padre es la máxima autoridad; la madre, eje central de la economía familiar, es muy respetada e interviene en todas las decisiones que afectan al hogar. Existe también la familia extensa de la que participan, a veces, los hijos naturales o adoptivos, los hijos y las hijas viudas o abandonadas.

*\* La participación femenina en la sociedad implica la adscripción forzosa a una clase y sus compromisos, pero además, como género, soporta un orden patriarcal que jerarquiza como inferior la diferencia sexual. \* 28*

El matrimonio es predominantemente endógamo. Se lleva a cabo mediante el pedimento por parte de los familiares del novio a los

padres de la novia. Para ello se realizan tres visitas: en la última, cuando ya estos han su consentimiento, se les llevan regalos diversos que importan fuertes erogaciones, y se fija la fecha de la boda, esta se celebra normalmente antes por el civil que por lo religioso.

*" El primer papel social de las mujeres definido según el género fue ser las que eran intercambiadas en transacciones matrimoniales. El papel genérico adverso para los hombres fue el de ser los que hacían el intercambio o que definían sus términos " 29*

Muchas veces, para evitar los altos costos del pedimento se acostumbra el rapto de la novia, después del cual viene el arreglo con los padres de la misma para llevar a cabo la boda. Aunque en ocasiones solo se aprovechan de la mujer dejándola "deshonrada" y sin casarse con ella lo que en un pueblo constituye un estigma muy fuerte.

*" En las sociedades campesinas tradicionales se han registrado muchos casos en los que miembros femeninos de una familia toleran o incluso participan en el castigo, las torturas, inclusive la muerte de una joven que ha transgredido el honor familiar." 30*

#### ORGANIZACION POLITICA

El régimen predominante es el municipal, que se apega a los lineamientos constitucionales. Sin embargo, en la mayor parte de las comunidades indígenas actúan además, con diversas modalidades, autoridades locales designadas bien sea por el ayuntamiento

municipal, o por los miembros de la comunidad e incluso por algunas instituciones gubernamentales.

Las más importantes de estas autoridades son los delegados municipales conocidos también como "jueces"; los jefes de seguridad y los policías u " oficiales ". La duración del desempeño de los cargos que son gratuitos, es de tres años. En su ausencia los reemplazan los suplentes. Como las comunidades se hallan divididas en "cuarteles" o barrios, a cada uno de ellos corresponde un delegado o subdelegado municipal, según sea su tamaño e importancia.

Los poblados más alejados de la cabeceras municipales son los que conservan una fuerte organización cívico-religiosa tradicional que asume diversas modalidades.

Salvo los casos de homicidio y delitos graves, que son turnados primeramente a la presidencia municipal, los demás asuntos como riñas, incumplimiento de pagos, daños a los sembradíos, son resueltos localmente buscando el avenimiento de las parte en conflicto.

Al Comisariado ejidal le corresponde, en su caso, la resolución de los problemas relativos a la tenencia de la tierra.

#### ORGANIZACION RELIGIOSA

A diferencia de otros grupos indígenas, la organización religiosa de los mazahuas es independiente de la política; en cuanto al sistema de cargos, no existe una jerarquía que implique el desempeño de determinados cargos religiosos para poder ocupar puestos políticos o viceversa.

La organización religiosa está presidida por las personas encargadas de la preparación, financiamiento y celebración de las festividades locales y de las peregrinaciones que se realizan a otros santuarios importantes.

Los principales cargos religiosos son generalmente, por orden jerárquico, los fiscales, mayordomos y topiles. Los primeros se eligen anualmente y cada dos años a los otros. Estas categorías corresponden a cada unos de los santos que se veneran en la comunidad. Los fiscales son los representantes de las autoridades religiosas municipales, vigilan todos los actos del culto y el cultivo del terreno propiedad del templo; los mayordomos son los encargados de un determinado santo y de la celebración de su festividad; los topiles son los ayudantes de los fiscales y los mayordomos. Los gastos correspondientes a cada celebración se cubren por medio los recursos obtenidos de la explotación del terreno propiedad del templo, de las aportaciones que hacen los fiscales y mayordomos y , en el caso de la festividad del santo patrón del pueblo, por cuotas personales.

En algunas comunidades mazahuas las familias tienen adoratorios particulares, destinados al culto de la cruz o de un santo doméstico. Hay la " cruz blanca " o simple y la " cruz rostro ", similar al crucifijo con la imagen del Jesucristo.

Las principales festividades religiosas se celebran en honor al santo patrono de cada comunidad. Otras fiestas importantes son las de la Virgen de Guadalupe y el señor de Chalma, éstas se caracterizan por las grandes peregrinaciones que se hacen a estos santuarios, la

semana Santa y la de San Felipe de Jesús venerada en San Felipe del Progreso.

#### IDENTIDAD ETNICA Y RELACIONES INTERETNICAS

Su identidad étnica se fortalece mediante la conservación de elementos como el vestuario, que es tan arraigado entre las mujeres; en los lugares fuera de su medio cultural tienden a perpetuar el patrón de vida rural indígena su sistema de valores que les sirve de apoyo entre sí. Otros elementos son la lengua materna y la religión. La participación en las diferentes fiestas religiosas estrecha los lazos familiares y grupales, asimismo, entre ellos hablan su lengua materna dentro y fuera de su comunidad.

#### MIGRACION

El fenómeno de la migración en la región, inherente a procesos de cambio socioeconómico, ha presentado diferentes etapas de desarrollo que abarcan un período de 40 años o más a la fecha. Durante este tiempo la ciudad de México sufrió grandes cambios en la industria de la transformación y un avance industrial que provocó al mismo tiempo el desarrollo en otras ramas de los servicios, sociales y personales. Por otro lado, el conjunto de servicios y el manejo de la economía nacional que se concentra cada vez más en la metrópoli, provocando la polarización entre campo-ciudad.

Al mismo tiempo que en la ciudad se desarrolla el urbanismo, la tecnología, el comercio y la industria, en el campo se acentúan formas de explotación agropecuaria. Como en la que se concentra un número pequeño de grandes unidades de producción con altos niveles de capitalización y en donde además, se obtienen beneficios por las obras de irrigación y créditos, resultando una alta productividad que beneficia a unos pocos; y otras donde las inversiones han sido dispersas, ocasionales y sin plan de conjunto, y en la que se ven inmersos la mayoría de los pueblos campesinos e indígenas.

Vemos claramente en nuestra sociedad características como: relaciones de desigualdad entre el sector agrícola y el urbano, desarrollo desequilibrado, una creciente marginación de los contingentes migratorios y una reducción de la tasa ocupacional.

La migración es un hecho histórico, tanto en el incremento de la oferta de mano de obra barata, como en la formación de núcleos específicos de población, los cuales han influido en la conformación y crecimiento de la ciudad de México.

Se afirma que las migraciones hacia la ciudad han sido y son uno de los factores más importantes del crecimiento urbano, directamente a través de las personas que llegan a establecerse, como indirectamente por los hijos que éstos tienen y que permanecen en la ciudad.

Un factor importante es que en la medida que la dinámica migracional ha aumentado, a ella se han incorporando un número cada vez mayor de núcleos familiares que proceden principalmente del área rural e indígena de zonas de mayor atraso económico.

La migración aumenta continuamente y el número de indígenas se intensifica más al trasladarse no solo individuos, sino familias en busca de mayores medios de subsistencia que se aventuran en la ciudad, donde obtienen ingresos muy bajos.

El movimiento migratorio que se produce entre el Estado de México y el Distrito Federal cuenta con un alto índice de migrantes indígenas, los cuales provienen de la región Mazahua y Otomí principalmente.

Muy al principio los campesinos indígenas tenían la posibilidad de cultivar la tierra y además, algunos se dedicaban a comerciar con sus productos y a la elaboración de piezas de artesanía, al decaer estas actividades y al irse agudizando los problemas de la tierra y la extrema pobreza, originaron que el padre de familia migrara estacionalmente a Toluca, al crecer los hijos de éste empezaban a viajar al Distrito Federal al igual que el padre, pero siempre regresaban al cultivo de su parcela, lo mismo para casarse buscaban a mujeres de su mismo poblado.

Aquellos que viven largas temporadas en la metrópoli siguen manteniendo relaciones con su familia en la comunidad, pero en su viaje ya los acompaña su esposa y sus hijos. Una vez en la ciudad el ingreso del padre de familia es insuficiente y al incrementarse la familia, la esposa se ve obligada a buscar trabajo y que, al no tener posibilidad de desempeñarse en otras actividades, solo puede dedicarse a la venta ambulante de frutas, verduras, dulces y chichés, de esta manera se rompe el patrón tradicional que venía realizando la mujer dentro del núcleo familiar.

A pesar de sus malas condiciones de vida en el Distrito Federal, una mujer indígena platica: " en el pueblo tenía que levantarme a las 4 de la madrugada a moler mixtamal, era duro desgranar el maíz, ponerlo a remojar con cal, molerlo, palnear las tortillas y caminar una hora para acarrear el agua. Ahora estoy contenta al tener agua con solo abrir la llave del patio de la vecindad, y de poder mandar a uno de mis hijos a comprar tortillas ".

No obstante estas actitudes que se suelen manifestar entre los migrantes permanentes, temporales y estacionales, es evidente que su posición socio-económica es en todos los aspectos bastante desigual y por esta razón los indígenas forman parte de la población marginal que no cuenta con los satisfactores esenciales para su bienestar social.

Cabe hacer notar que el indígena cuando esta en la ciudad choca con las pautas culturales urbanas, lo que a su vez, provoca dos situaciones: por un lado su condición económica y sociocultural los limita, e impide desarrollarse plenamente y asimilar la conducta citadina, y por otro, al ubicarse en lugares en donde existen núcleos de familias de su lugar de origen sobre todo al trasladarse su familia, conserva al interior de la misma su forma de vida, lo cual les permite conservar su identidad étnica.

Generalmente la cultura indígena en la ciudad, comprende una serie de valores y aspectos que de acuerdo a la posición de ellos dentro de la sociedad urbana se van adoptando, pero sin llegar a simular plenamente la cultura urbana.

La ciudad de México ejerce una enorme y agresiva presión sobre todos los asentamiento humanos que la rodean; no solo exige el agua,

sino que también requiere alimentos agropecuarios,<sup>5</sup> para que los produzcan. Esta situación centralizante de la metrópoli ejerce también una fuerte atracción contrípeta y homogeneizante sobre los valores, comportamientos y manifestaciones culturales de sus habitantes.

Para el indígena, la ciudad es símbolo de lo ajeno, de la explotación y de las injusticias y sin embargo, es también posibilidad de soluciones y hacia ella orienta su ilusión.

La presencia de la ciudad de México, en las comunidades Mazahua y Otomí es diariamente asegurada por la agresión constante que ejerce la intrincada y bien organizada red de comerciantes y vendedores, quienes controlan los gastos y el consumo global de los indígenas. Con este mecanismo comercial, los despojan de sus exiguos capitales y en cambio les dejan lo que en la ciudad ya no pueden colocar. Existen industrias y fabricantes especializados en productos destinados principalmente a las áreas indígenas: utensilios y calzado de plástico, telas de fantasía, estambres acrílicos, pinturas para artesanías y envases llamativos para veladoras y objetos utilizados por los indígenas.

A continuación se presenta la iniciativa de ley para modificar el Artículo 4to. constitucional, con el fin de reconocer en los grupos étnicos la esencia de nuestra identidad nacional.

La existencia de los pueblos y colectividades indígenas asentados en el Estado de México expresa la diversidad cultural que lo nutre y enriquece, pero al mismo tiempo es prueba ostensible de las

relaciones de desigualdad que los han ubicado en posición desventajosa respecto a los otros componentes de la sociedad.

El Gobierno de la República dice de manera clara y enfática:

**" Los pueblos y culturas indígenas aportan las raíces más profundas de nuestra historia y nacionalidad. Estamos orgullosos de ellas y queremos asumirlas con plenitud. La contribución decisiva de los indígenas mexicanos a las grandes gestas históricas constitutivas de la nación, ha demostrado reiteradamente que la diferencia y la especificidad cultural, lejos de diluir, fortalece su compromiso con los intereses nacionales. El cotidiano sacrificio de nuestros compatriotas indígenas para producir en condiciones adversas, para preservar, defender y enriquecer nuestro patrimonio natural, histórico y cultural, y para ejercer la solidaridad comunitario y con el país, expresa hoy su indisoluble y vínculo con los valores más arraigados del pueblo de México". 31**

La marginación que padecen los indígenas de la entidad es consecuencia de largos procesos históricos, en los que la integración social es concebida y procurada en términos de subordinación, en vez de entenderse como un intercambio cultural recíprocamente benéfico.

Los indicadores generales de la pobreza, tales como: analfabetismo, mortalidad infantil, desnutrición, baja esperanza de vida y vivienda deplorable; son más altos en las comunidades indígenas.

En este sentido, el Presidente de la República ha planteado los términos y dimensiones exactos del problema:

**" Las cifras y los datos confirman un hecho que está en la experiencia de todos los mexicanos: nuestros compatriotas indígenas viven en condiciones de desigualdad e injusticia. Están más lejos que el resto de los mexicanos del bienestar y del disfrute cabal de los derechos que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar por mandato de nuestra ley fundamental. Esta realidad debe ser enfrentada con vigor y decisión continua, sin tregua ni descanso, porque constituye una amenaza inaceptable para la libertad, el desarrollo y la plena realización de todos los mexicanos "** 32

Asimismo, ha convocado a toda la nación a establecer una lucha frontal contra todos los rezagos acumulados que aun persisten en los grupos étnicos:

**" La corrección de la injusticia que afecta a nuestros compatriotas indígenas es una tarea que involucra a toda la Nación; que no admite excepciones. Los rezagos, desigualdades e injusticias conforma una deuda histórica que, a partir de ahora, tenemos que asumir con la firme decisión de redimirla " 33**

El programa Nacional de Solidaridad establecido como primer acto formal de gobierno del Ejecutivo Federal, se concibe para sostener una lucha contra la pobreza y así, hacer realidad el compromiso constitucional por el bienestar del pueblo mediante la concertación que encause el esfuerzo creativo de las comunidades y la definición y

ejecución de los programas de gobierno, reconociendo los grupos indígenas como uno de los sujetos prioritarios de su acción. Por disposición Presidencial, el Instituto Nacional Indigenista se integra en la Comisión del Programa Nacional de Solidaridad, a fin de coadyuvar en la consecución de los objetivos constitucionales.

*" Este programa de gran envergadura social y popular proporciona recursos que se suman a las iniciativas de las comunidades pobres para mejorar productivamente su situación. Pero sobre todo, ofrece un nuevo trato basado en el respeto, plena participación, transparencia y corresponsabilidad " 34*

El compromiso, por tanto, es lograr que los pobres dejen de serlo, no por lo que se les pueda dar, sino por lo que se pueda aportar a su propia iniciativa, a su propio trabajo.

Para realizar los lineamientos de Política Indigenista trazados por el Gobierno de la República Y el Ejecutivo Estatal, se instrumenta una Estrategia de Acción que involucra a todas las instituciones de los tres niveles de gobierno, a las organizaciones y pueblos indígenas y a la sociedad en su conjunto.

La política indigenista a desarrollar en el Estado de México, en consecuencia se sustenta en un Proyecto de Modernización Nacional basado en el principio de una amplia y democrática movilización social, que incluye el respeto a la libre autodeterminación de los grupos étnicos de la entidad y que desecha toda práctica tutelar, preferenciando la corresponsabilidad en todas las acciones de gobierno.

La Estrategia de Acción , tiende a corregir las desigualdades y rezagos acumulados, aspira a lograr que las formas organizativas en las que se integra la comunidad indígena se fortalezcan como instancias dinámicas de participación, sobre la base de acciones que respondan a las propuestas de sus integrantes y cuyo resultado sea la distribución equitativa de los beneficios generados por su desarrollo socio-económico, político y cultural.

A partir de una voluntad política explícita, se pondrá en práctica un conjunto de acciones institucionales que posibiliten el arribo de los pueblos indígenas a los procesos de modernización. Por tal razón, es indispensable que las organizaciones se reconozcan en sus intereses, aspiraciones y necesidades, y sobre todo, en su proyecto socio-económico, político y cultural. En tal sentido, las acciones a realizar se orientarán a desarrollar las capacidades de los pueblos indígenas para que conozcan la dinámica socio-económica de su entorno; y para que se apropien de una metodología que fortalezca su autonomía en la planeación y ejecución de su Programa Integral de Desarrollo Regional.

## CAPITULO IV.

### 4. CONCLUSIONES

#### 4.1 EJES Y PROPUESTAS EN LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

En base a lo que se ha expuesto en los capítulos anteriores, retomamos algunos de los ejes y propuestas que deben considerarse, para elaborar y desarrollar un programa de educación para la salud para grupos marginados como lo son los indígenas, campesinos, etc.

Los grupos étnicos constituyen en buen número de países de América Latina, uno de los sectores más explotados, así como el más oprimido, discriminado y culturalmente reprimido. Durante mucho tiempo, se ha tratado de afianzar una ideología justificadora de los abusos y despojos en contra de la población indígena, todo esto en el nombre del progreso cuya cima se identifica con la "sociedad civilizada", es decir la sociedad occidental-capitalista. En este contexto, los indígenas aparecen como un grupo marginado, muchas veces etiquetado como ignorante. Sin ponerse a pensar que este grupo posee su propia visión del mundo con un modo de pensar, de sentir, de concebir el tiempo diferente a la sociedad occidental.

- Identidad y rol de los profesionales en las experiencias de salud popular.

Al respecto pensamos que los indígenas como sujetos históricos, deben ser los protagonistas políticos y constructores de su futuro. En este

sentido debe surgir una actitud de respeto y compromiso solidario por parte de cada uno de nosotros con los grupos étnicos para proporcionar un apoyo firme a aquellos procesos o acciones que contribuyan a impulsar y desarrollar sus luchas y planteamientos propios en relación a acciones en producción, educación, salud, etc. Definitivamente hay muchos obstáculos que bloquean el camino y dificultan las luchas étnicas (manipulación ideológico-política, ausencia o debilidad de grupos verdaderamente representativos, falta de organización y presupuesto, etc). Sin embargo, el ayudar a los grupos indígenas a superar tales obstáculos debe ser la meta de acción solidaria que nos involucra y en la que jugamos un papel importante.

- Atacar los problemas de raíz no solamente dar paliativos.

Se debe atender el problema del hambre, el saneamiento básico, habitación, trabajo, tierra, empleo, educación, salario justo, etc y crear servicios de salud centrados en la comunidad.

Los grupos indígenas habitan los sectores rurales y algunos urbanos de menor ingreso económico. Es decir, los de menor nivel de vida en términos de alimentación, vivienda, infraestructura, educación y salud. Además es el sector en donde se dan las mayores tasas de mortalidad. Por ello es necesario diseñar e implementar acciones que resultan indispensables para el cuidado de la salud. La educación para la salud, es un factor o pretexto para mejorar la salud y las condiciones sociales. En este sentido se debe tener en cuenta que la salud se puede conseguir cuando se ayuda a los grupos

indígenas, a mejorar la situación general en la que viven y se desarrollan.

- Buscar la salud como un derecho para todos.

Algunos programas de educación para la salud exitosos (principalmente No Gubernamentales) vinculan las actividades de salud con otros aspectos del desarrollo social. Es decir toman en cuenta los problemas locales y los intereses de la población. Entonces se puede hablar de salud con y por la gente que tiende a fortalecer la participación comunitaria en asuntos de salud, pero una salud basada en la dignidad humana, la atención cariñosa y una distribución más justa de la tierra, la riqueza y el poder.

- Gestar y desarrollar organizaciones populares que asuman la problemática de salud a nivel local.

Se puede trabajar en un programa de lenta expansión y descentralizado. En donde la planificación y decisiones fundamentales tienen lugar a nivel local (aldea o comunidad). Algunas ONG (Organizaciones No Gubernamentales) pueden servir de apoyo para tratar de conseguir la meta que se plantea la educación para la salud en esta clase de población. Es importante principalmente el trabajo con mujeres indígenas, ya que podemos considerar a éstas como el elemento más estable en el hogar, así como el más oprimido. Si revisamos la historia veremos que los hombres siempre han sido dueños de todos los poderes concretos, a la mujer se le ha sojuzgado y

mantenido en un estado de dependencia, ha sido vista como el Otro. Una condición sumamente útil para los machos , donde se benefician sus intereses económicos, morales, sociales y políticos. El hombre trata de apropiarse de la naturaleza, de tener el poder sobre ella y utilizarla a su conveniencia. A la vez que la naturaleza le daría todo al hombre, se encuentra una relación de poder y sumisión donde el queda sólo y supeditado a su propia decisión, el hombre se siente solo, la mujer para él sería como la reencarnación de la naturaleza en humano. Ella no le da el silencio que le da la naturaleza, ni le exige ser reconocida.

Sin embargo, cuando despiertan al poder de su acción colectiva, pueden conseguir mucho. Por ello se plantea la necesidad de reunir grupos de mujeres para hablar sobre problemas de salud y preguntarles que es lo que quieren aprender, dependiendo de sus preocupaciones y necesidades.

He aquí una lista de temas que interesaban a un grupo de mujeres campesinas de México:

**\*-La sangre mala (enfermedades veneréas) y la infertilidad.**

**-El mal de orin y otros problemas urinarios y vaginales.**

**-La primera regla de una muchacha y los problemas relacionados con**

**ello.**

**-La irregularidad y otros problemas de la regla.**

**-El mal parto y aborto.**

**-El dolor al tener relaciones sexuales.**

**-Cómo evitar el embarazo.**

**-La dieta durante el embarazo y después del parto.**

**-Las causas de que los niños nazcan "eclipsados"(con defectos).**

**-El cuidado del recién nacido y niños chiquitos.**

**-El dolor de los pechos.**

**-El cáncer, cómo evitarlo y cómo reconocerlo.**

**-La menopausia. " 1**

**- Reconocimiento de la problemática en la comunidad.**

Nuestro país cuenta con la población indígena más numerosa del continente, constituye aproximadamente el 10 % de la población nacional, teniendo como idioma materno alguna de las 56 lenguas indígenas que se hablan en México. Por razones históricas y por limitaciones económicas, la mayoría de las comunidades indígenas viven en condiciones de desigualdad y marginación en comparación con el resto de la sociedad. Los más altos índices de pobreza, analfabetismo, mortalidad y morbilidad infantil, desnutrición y baja esperanza de vida, corresponden a las poblaciones indígenas.

La salud en este sector de la población se encuentra bastante deteriorada en comparación con los demás sectores del país.

**- Tomar en cuenta que cada sujeto tiene su saber y aprender a valorarlo**

Es necesario aprovechar los conocimientos, prácticas, formas de ser y de pensar de la población para impulsar a las mujeres indígenas, especialmente por el rol que tienen en el cuidado de la salud de sus familiares y en el desarrollo de la comunidad, con el objetivo de que compartan entre si sus habilidades, conocimientos, experiencias e ideas y reconozcan su riqueza cultural y el potencial que ofrece la organización y participación comunitaria para enfrentar su problemática de salud.

- La educación es el factor central para transformar la situación de salud en el pueblo.

La salud está vinculada con todos los factores del bienestar y depende en buena medida de la educación; pues permite la formación de individuos que pueden participar activamente en la solución de problemas. Para lograr esto no es suficiente la transmisión de conocimiento sino además, la reflexión, apropiación e intervención sobre hechos que tienen que ver con la salud.

- Mantener un trabajo educativo en actividades de capacitación con grupos organizados y desarrollar gradualmente una conciencia crítica.

Es importante tener presente que las actividades de promoción y educación para la salud no son suficientes para mejorarla, por lo que, se requiere de actividades prácticas y concretas encaminadas a prevenir problemas de salud como la vacunación, por ejemplo. Para

esto es necesario que la comunidad en su conjunto tome conciencia de su problemática en salud y decida que actividades pueden realizar para encontrar soluciones a través de la organización conjunta. No se trata de transmitir información sobre salud, sino de participar y actuar.

- Hacer un diagnóstico formal e informal de la comunidad en donde la población participe.

Para trabajar en una población indígena, con un programa de educación para la salud comunitaria, es necesario realizar un diagnóstico socio-económico que permita reconocer los problemas que aquejan a una comunidad, identificar alternativas de solución y establecer compromisos y objetivos comunes.

Un diagnóstico de este tipo, se puede elaborar mediante los pasos siguientes:

- 1.- Reconocer junto con la comunidad los problemas, las necesidades y aspiraciones de la población.
- 2.- Seleccionar los problemas y registrarlos en orden jerárquico: a)afecta a muchas personas, b)ocasiona mortalidad, c)es posible resolverlos porque se cuenta o se pueden obtener los medios para hacerlo.
- 3.- Buscar las causas que ocasionan estos problemas o limitan su solución.
- 4.- Hacer una lista general de problemas y causas.

5.- Identificar junto con los habitantes, los recursos humanos, naturales, materiales y de organización con que cuenta la comunidad.

6.- Encontrar por medio del diálogo democrático, las soluciones posibles a los problemas detectados.

7.- Elaborar un plan de trabajo que contenga:

- + Los propósitos que se quieren alcanzar.
- + Cuáles acciones se van a realizar.
- + Cómo, cuándo y dónde hacerlas.
- + Quiénes van a participar.
- + Qué tareas desarrollará cada persona, grupo e institución.
- + Con qué materiales se apoyarán las acciones.
- + Cuántos recursos se necesitan, cuántos se tienen y cómo conseguir los que faltan." 2

Para la realización del diagnóstico es indispensable la participación real de la comunidad. Es importante aprovechar las asambleas ejidales, las reuniones sociales, así como las formas propias de organización como: la faena, las mayordomías, etc.

La gente se puede organizar a través de comites locales de salud, para tratar de encontrar solución a los problemas que les aquejan.

La comunidad indígena organizada, puede resolver problemas por medio del trabajo colectivo y autogestivo.

- Atender prácticas populares y tradicionales que tiene el pueblo para cuidar su salud.

Los científicos de la medicina, pocas veces respetan las formas tradicionales que las comunidades indígenas tienen para curarse. Los procedimientos en medicina tradicional son múltiples y van desde la herbolaria hasta el curanderismo.

Muchos grupos étnicos conciben la salud y los problemas relacionados con ella dentro de un todo formado por el hombre, la sociedad, la naturaleza y lo sobrenatural expresando esta concepción en sus manifestaciones culturales. Desde este enfoque, las enfermedades son hechos naturales que obedecen a desequilibrios ocasionados por el comportamiento individual y social en la interacción del hombre con la naturaleza misma. Este proceso se comprende como algo místico donde intervienen, para su existencia y desaparición, fuerzas divinas y condiciones materiales que escapan a la voluntad de los individuos porque se dan en un ámbito mágico.

De acuerdo con esta forma de concebir la salud y la enfermedad, los pueblos indígenas poseen conocimientos y maneras de clasificación e interpretación de las enfermedades, diferentes del resto de la sociedad. Para la atención y curación de enfermedades o "daños" cuentan con una gran cantidad de plantas y otros medios curativos que ciertas personas de la comunidad han ido transmitiendo de generación en generación.

La recuperación de la salud es un acto místico y natural en donde el curandero implora la fuerza divina para que actúe y haga efectivos

los remedios y las medicinas que aplica a quienes han solicitado su ayuda.

Este proceso de salud-enfermedad entre los indígenas continúa estrechamente relacionado con la vida de la comunidad. A sus prácticas curativas han ido incorporando elementos de otras culturas, adaptándolos a sus características propias coexistiendo así, en nuestro país la práctica de la medicina tradicional y la medicina científica, ya sea institucional o privada.

Es indispensable respetar las creencias y tradiciones de estos grupos. Así como reconocer las formas propias que las comunidades indígenas tienen para curarse o conservar su salud.

- Impulsar y distribuir recursos en zonas rurales de igual manera que en zonas urbanas.

La diferencia entre crecimiento y desarrollo económico se manifiesta en el bienestar de la población. Los grupos socialmente menos favorecidos, entre los que se encuentran los indígenas presentan dificultades de incorporación adecuada a los circuitos productivos y de consumo.

Aún no se ha determinado qué tanto el desarrollo de un país está en función de su nivel de desigualdad.

Las desigualdades sociales se reflejan en el acceso a los satisfactores de salud, al tiempo que las carencias se manifiestan en las necesidades.

" La preocupación por la llamada " brecha de la cobertura " de los servicios de salud, estimada en cerca de 130 millones de personas sin acceso a servicios en el mundo para 1987, se complicó con el reconocimiento de que el sector salud tiene una capacidad limitada para contrarrestar los daños que el propio modelo de desarrollo provoca en la salud de la población." 3

La polarización que existe en las necesidades de salud, en las posibilidades tecnológicas así como en los recursos preventivos y terapéuticos a nivel nacional e internacional, han obligado a la búsqueda de alternativas específicas para el tratamiento de la " brecha de cobertura " en servicios de salud.

En las poblaciones donde la cobertura de servicios médicos es insuficiente, se encuentra la opción de la terapéutica tradicional la cual no ha venido a suplir a la atención médica institucional, ya que ésta ha estado presente desde siempre.

La equidad constituye un criterio de análisis entre niveles distributivos inherentes a la ubicación de los servicios con respecto a la población. En este sentido se identifican dos posiciones:

- 1) Equidad democrática, esto es igualdad de recursos dirigidos a toda la población y se aplica en las mediciones cuantitativas principalmente.
- 2) En la que la distribución se analiza en función de las necesidades diferenciadas.

La equidad nos orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población

Implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos. Distribución y necesidades son los ejes a través de los cuales la equidad toma sentido.

**" En el área de salud la equidad define el grado de ajuste entre las características de la población y las del sistema de salud y explica como sus determinantes profundizan o reducen las desigualdades sociales " 4**

- Tomar en cuenta a la enfermedad como un problema social y colectivo, y no solamente médico.
- Asumir las necesidades de salud curativas y asistenciales, utilizando los recursos humanos y técnicos disponibles y apropiados a cada realidad local.
- Capacitación de grupos como agentes promotores, multiplicadores y ejecutores del programa.
- Realización de actividades preventivas mediante acciones educativas.
- Promover encuentros, publicaciones y aportar información acerca de la experiencia de los grupos.

Por esta razón nos pareció importante describir las experiencias en comunidad, ya que a parte de compartirlas es una manera de aprender y retomar elementos que han sido vitales para desarrollar un trabajo comunitario.

En general, pensamos que el problema central relacionado con la salud es el de las condiciones de vida de la población, de los sectores más pobres y marginados en áreas urbanas y rurales. Estos sectores sufren con mayor agudeza y en mayor cantidad, porque es imposible mantener un estado satisfactorio de salud cuando la alimentación, el techo, el abrigo, son deficientes, cuando no hay condiciones de higiene, agua potable, alcantarillado, cuando la atención preventiva y curativa es de dudosa calidad.

Los sistemas de salud sólo atacan los efectos sin ser capaces de dirigirse a las causas. El énfasis se pone en acciones curativas, que por lo general son insuficientes y no se insertan en las prácticas populares y tradicionales que tiene el pueblo para cuidar su salud.

Las principales causas de muerte siguen siendo las enfermedades prevenibles o controlables, enfermedades ligadas a situaciones difíciles, atención insuficiente, ninguna acción preventiva, donde no se ataca el mal de raíz, sino que se limita a acciones curativas, tales como repartir sobres de rehidratación oral o medicinas baratas.

Podemos preguntarnos el por qué de todo esto y vemos que tanta irracionalidad y desorganización necesariamente tiene explicación, ya que la lógica de las acciones estatales responde a un concepto de salud, que se traduce en la imposición del modelo de la economía de

mercado. Siendo un problema de carácter estructural, que afecta a las grandes mayorías del continente.

Las respuestas deben ir hacia una política radicalmente alternativa, que parta por cambiar las condiciones de vida, dando prioridad al problema del hambre, el saneamiento básico y la creación de servicios de salud centrados en la comunidad.

Un sistema de salud no se reduce simplemente a "algunas prácticas", sino que tiene su sustento en la cultura, en las respuestas a los problemas de salud dentro del marco económico, ideológico y cultural de quienes lo practican. Es aquí donde hay rechazo de la población al trabajo del grupo tanto en la parte curativa como educativa.

Las enfermedades son manifestación concreta de las condiciones de vida, es obvio plantear que el mejoramiento de la salud es más un problema social que médico, por lo tanto es necesario implementar las acciones preventivas a nivel socioeconómico, político y cultural de forma que incidan en las condiciones de vida.

La educación es una herramienta básica, una instancia que estimula el desarrollo de las potencialidades propias, problematiza la realidad y favorece la adquisición de información. Lo educativo es un proceso permanente que genera confianza, revalorización de sí mismo y posibilita la participación. Desde el momento que hay interacción con grupos comunitarios, los procesos educativos adquieren especial relevancia. En el trabajo educativo el eje principal es que el pueblo descubra en las estructuras sociales la raíz del problema de la salud y la necesidad de su transformación.

Se reitera que el papel que juega la educación popular en las prácticas de salud es colocar este trabajo en una perspectiva de cambio estructural, de análisis de las causas políticas y sociales de la enfermedad, buscando luchar por una calidad de vida que permita el desarrollo de todas las potencialidades del ser humano.



## 1. PROGRAMA

- Elaborar un programa multidisciplinario de educación para la salud fundamentado en la realidad que dé soluciones en todos los aspectos, es decir que se enfoque a mejorar las condiciones de vida de la población. Tomando en cuenta el aspecto económico, político, social y ambiental subyacente a la vida de la población que determina el estado de salud-enfermedad de la misma.
- Definir los objetivos del programa.
- El participante debe tener conciencia de la realidad. Un criterio abierto y de discusión.
- Atender el aspecto integral del hombre (físico, mental y espiritual).
- Conocer los distintos programas de salud que se han llevado a cabo en esta área, tanto en México como en otros países.
- Planear actividades y acciones reales para situaciones reales.
- Integrar un programa participativo entre capacitadores y capacitandos.
- Determinar el tipo de población a quien va a ser dirigido.

- Determinar el tipo de población a quien va a ser dirigido.

## 2. FINANCIAMIENTO

- Recursos económicos disponibles para la realización del programa.
- Apoyo Institucional. Esto no quiere decir que se adopte una política y mentalidad institucional, de lo que se trata es de aprovechar los recursos económicos que pueden brindar algunas instituciones.

## 3. RECURSOS HUMANOS

- Contar con recursos humanos tanto de la comunidad como del equipo multidisciplinario que esten dispuestos a colaborar en la realización del programa en salud.
- Identificar promotores voluntarios de salud en la comunidad, con la finalidad de que el programa tenga continuidad y participación real de la población.
- Contar con un equipo humano entusiasta, convencido, capaz y dispuesto a destinar tiempo para el programa.

## 4. MOTIVACION

- Fomentar la participación por medio de la motivación para lograr un cambio de vida en cuestiones de salud.
- Establecer una comunicación eficiente y suficiente con la población.
- Despertar el interés de los miembros de la comunidad hacia el cambio y la conciencia crítica.
- Buscar explotar los valores que cada individuo tienen para vivir y no sólo para sobrevivir.
- La eficaz y emotiva capacitación que se brinde a los promotores de salud de la comunidad, es esencial en el programa, porque son ellos quienes van a motivar el cambio de vida en cuestiones de salud.

## 5. DIAGNOSTICO

- Realizar un diagnóstico de la población y necesidades de la población.
- Delimitar los problemas de la comunidad.

## 6. COMUNIDAD

- Hacer participe a la población en el problema, pues son ellos los que van a cambiar definitivamente su situación con la ayuda de asesoramiento.

- Conocer la formación, organización de grupos y saber sus conflictos sociales.

## 7. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- Conocer y delimitar el quehacer profesional del equipo multidisciplinario.

- Determinar quien participará y que intereses tienen cada uno de los participantes.

## 8. PLANEACION, TEMAS Y CONTENIDOS

- Planear y elaborar el contenido temático multidisciplinario de acuerdo a las necesidades de salud, la población, con una metodología adecuada.

- En el tema a enseñar tomar en cuenta la edad, sexo, escolaridad, intereses, ocupaciones, herencia familiar, medio ambiente, disponibilidad de recursos, etc.

- Interrelacionar los contenidos del equipo multidisciplinario.

- Ejemplificar los temas que se den para que estos sean más entendibles y concretos.
- Los temas que se aborden deberán contar con lenguaje sencillo y accesible.
- Respaldar los temas con un buen apoyo didáctico.

#### 9. TECNICAS DIDACTICAS

- Técnicas didácticas que ayuden a que el programa sea comprensible y adecuado a cada población.
- Utilizar diferentes métodos, estrategias y distintos medios de comunicación para ser más accesible la comprensión de nuestro programa.
- Utilizar el ejemplo como medio de enseñanza; un lenguaje sencillo y nunca presuntuoso. Estar dispuesto a aprender antes que enseñar.
- Conocer diversas técnicas de enseñanza.

#### 10. MATERIAL DE APOYO

- Elaborar material de apoyo didáctico atractivo, sencillo, claro y fácil de hacer.

- Tener suficiente material para la población que se trabajará.
- Lugar o espacios donde desarrollar las actividades.

#### 11. EVALUACION Y SEGUIMIENTO

- Se revisará el programa en diferentes etapas con la finalidad de mejorarlo o modificarlo, según sea necesario, así como se mantendrá un plan de seguimiento por medio de la comunicación con la comunidad a fin de conocer los resultados posteriores de nuestro programa cuando este llegue a su conclusión.

- El programa debe ser flexible.

- Mantener la comunicación con la comunidad aún después de concluido el programa.

- Determinar como se evaluará.

#### 4.3 PLANTEAMIENTOS FINALES

- La educación para la salud debe ayudar al desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al sujeto y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

- El éxito de la educación para la salud sólo puede alcanzarse en la

participación de la comunidad en los trabajos de promoción de la salud, y esto sólo es posible si se trabaja en función de sus necesidades, anhelos, e inquietudes.

- Un buen conocimiento previo de la localidad o comunidad permite que el trabajo de educación para la salud se adapte a la realidad local, incrementando así su eficacia.

- Partir de la práctica de lo que la gente conoce, vive y siente; las distintas situaciones y problemáticas que enfrentan en su vida, y que en un programa educativo se plantean como temas a desarrollar.

- El trabajo en educación para la salud cuenta con varios instrumentos que lo facilitan, estas son las técnicas didácticas, que deben ser utilizadas en función de un tema específico, con un objetivo concreto e implementadas de acuerdo a los participantes con los que se va a trabajar.

- Compartir el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar realmente el conocimiento colectivo.

- Promover la reflexión y conciencia crítica de la comunidad para que se organice y trabaje conjuntamente, y así resuelvan sus problemas.

- Las experiencias de salud popular impulsan al desarrollo de organizaciones populares, amplían su horizonte y las fortalecen.

- Al enfrentar los problemas de salud, se constata una tensión entre la satisfacción de las necesidades inmediatas y urgentes de la población y la vocación por cambios estructurales. En esta perspectiva se combinan múltiples tácticas, que en forma simultánea se complementan, poniendo el énfasis de acuerdo a la realidad, a la coyuntura y proceso que viven los grupos.

- Frente al dominio de la medicina que fracciona y descuartiza al ser humano, hay una búsqueda de prácticas de salud que lo comprenden integralmente, en relación con la naturaleza y el contexto político-cultural.

- El papel que juega la educación popular en las prácticas de salud es colocar este trabajo en una perspectiva de cambio estructural, de análisis de las causas políticas y sociales de la enfermedad, buscando no sólo curar, informar y prevenir, sino que luchar por una calidad de vida que permita el desarrollo de las potencialidades del ser humano.

- En el trabajo de salud no sólo son importantes los resultados, sino el camino que se recorre a través de las experiencias de educación popular, donde las técnicas participativas son un valioso aporte si están ubicadas en la intencionalidad señalada.

Generalmente los programas de educación para la salud son diseñados a nivel central y no se adecuan a la realidad local. Ya que las metas perseguidas por los programas no dan respuesta a los

problemas sentidos por la población al no haber sido definidos en función de ésta.

Otra deficiencia en los programas de educación para la salud, son los medios de información escogidos y que no logran llegar a grupos específicos; por ejemplo, el uso de carteles escritos para una población analfabeta.

No ser coherente con la disponibilidad de recursos, es otro factor que hacer fallar un programa de educación para la salud, así como el descuido de la capacitación de las personas, sobre quienes recae la responsabilidad de realizar actividades de educación y promoción de la salud. La mayoría de ellas no dispone ni recibe la formación básica necesaria que le permita planear, organizar y realizar acciones educativas de acuerdo a las necesidades y al contexto sociocultural de la población con que se trabaja.

## NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### INTRODUCCION Y CAPITULO 1

1. Marshall, Teresa. De prácticas y caminos. Salud popular en América Latina. pág. 13
2. Werner, David. Aprendiendo a promover la salud. pág. 63
3. Serrano, Ma. Isabel. Educación para la Salud y participación Comunitaria. pág. 12
4. Ibidem. pág. 13
5. Scheper-Huges, Nancy. The mindful body. pág.3
6. Ibidem. pág. 31
7. OMS. Los objetivos de la salud para todos. pág.10
8. Utilizamos este vocablo para referirnos " al conjunto de representaciones deformadas de la realidad que las clases dominantes requieren para justificar y legitimar su dominación sobre el conjunto de la sociedad. Braunstein, Néstor. ¿ Cómo se constituye una ciencia?, en Psicología: ideología y ciencia. pág. 12
9. Soberon, Guillermo. La salud en México. pág. 20
10. Serrano, Ma. Isabel. Educación para la Salud y participación Comunitaria. pág. 31
11. Ibidem. pág. 32
12. Aput. Colom Canellas, A.J. La educación como sistema. pág. 34
13. Serrano, Ma. Isabel. Educación para la Salud y participación Comunitaria. pág. 32
14. Aput. Panico, S. El rol de l'educació sanitaria en els serveis de salut. pág. 23

15. Serrano, Ma. Isabel. Educación para la Salud y participación Comunitaria. pág. 34
16. Ibidem. pág. 36
17. Ibidem. pág. 39
18. Ibidem. pág. 40
19. Ibidem. pág. 41
20. Acelis y Nava J. " Patología de la pobreza " en revista médica de Hospital general, vol 33. 1970. pág. 371
21. Ibidem. pág. 372
22. Soberon, Guillermo. La salud en México. pág. 249
23. Informe sobre la situación demográfica de México. 1990, pág. 97
24. Soberon, Guillermo. La salud en México. pág. 17
25. Freire, Paulo. La Educación como práctica de la libertad. pág. 12
26. Ibidem. pág. 13
27. Comentarios del Centro de Estudios Educativos al Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. pág. 3
28. Soberon, Guillermo. La salud en México. pág. 33
29. Comentarios del Centro de Estudios Educativos al Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. pág. 2
30. Ibidem. pág. 11
31. Ibidem. pág. 13
32. López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. pág. 39
33. Menéndez, Eduardo. " Continuidad y discontinuidad del Proyecto Sanitarista ". En Salud y Crisis en México. pág. 234
34. Ibidem. pág. 234
35. Soberon, Guillermo. La salud en México. págs. 47-48
36. Ibidem . pág. 56

37. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Diario Oficial del Miércoles 31 de Mayo de 1989. pág. 43
38. López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. pág. 15
39. Soberon, Guillermo. La salud en México. pág. 19
40. Ibídem. pág. 15
41. Ibídem. pág. 16

## CAPITULO 2

1. Menéndez, Eduardo. Morir de Alcohol. pág. 83
2. Ibídem. pág. 87
3. Avila Curiel, Abelardo. Hambre, desnutrición y sociedad. pág. 54
4. Menéndez, Eduardo. Morir de Alcohol. pág. 95
5. Zubirán, Salvador. Principales manifestaciones clínicas de la desnutrición en nuestro medio. pág. 6
6. Menéndez, Eduardo. Morir de Alcohol. pág. 97
7. Ibídem. pág. 98
8. Ibídem. pág. 102
9. Ibídem. pág. 103
10. Engelmajer, Lucien. El Patriarca. pág. 44
11. Ibídem. pág. 104
12. Ibídem. pág. 19
13. Ibídem. pág. 94
14. Ibídem. pág. 278
15. Avila Curiel, Abelardo. Hambre, desnutrición y sociedad. pág. 57
16. Menéndez, Eduardo. Morir de Alcohol. pág. 107
17. Ibídem. pág. 110
18. Ibídem. pág. 111

19. Freire, Paulo. Educación como práctica de la libertad. pág. 7
20. Blumhagen, Dan. The doctor's white coat: the image of physician in modern America. pág. 195
21. Ibidem. pág. 197
22. Ibidem. pág. 198

### CAPITULO 3

1. Del Valle, Laura. C.P.I. mimeo. pág. 1
2. Belausteguigoitia, Ma. Isabel. C.P.I. mimeo. pág. 2
3. Ibidem. pág. 6
4. Ibidem. pág. 7
5. Ibidem. pág. 12
6. Scheffler, Lilian. Magia y brujerías en México. pág. 29
7. Majchrzak, Irena. Cartas a Salomón. Reflexiones a cerca de la educación indígena. pág 64
8. Rodríguez, Nínive. Diario de campo: Mi experiencia en San Sebastián. pág. 24
9. Ibidem. pág. 25
10. Ibidem. pág. 26
11. Ibidem. pág. 27
12. Ibidem. pág. 27
13. Majchrzak, Irena. Cartas a Salomón. Reflexiones a cerca de la educación indígena. pág 11
14. Martínez, Ceferino. " La alianza PT-PRD no es traición ". Periódico Cambio de Teziutlán, 17 de junio de 1991. pág. 4
15. Kroger Axlé, y Luna R. Atención Primaria de Salud. pág. 151

16. Werner, David. Aprendiendo a promover la salud. pág.3
17. Werner, David. Donde no hay doctor. pág. 28
18. Casillas Romo, Armando. Medicina Tradicional Huichola. pág. 31
19. Ibidem. pág. 63
20. Baytelman, Bernardo. De enfermos y curanderos medicina tradicional en Morelos. pág. 22
21. Scheff, T.J. La catarsis en la curación, el rito y el drama. pág. 55
22. Lerner, Gerda. La creación del patriarcado. pág. 302.
23. Ibidem. pág. 314
24. Ibidem. pág. 305
25. De Beauvoir, Simone. El segundo sexo. pág. 197
26. Ibidem. pág. 203
27. Ibidem. pág. 205
28. Tuñón Pablos, Julia. Mujeres en México. pág. 164
29. Lerner, Gerda. La creación del patriarcado. pág. 312
30. Ibidem. pág. 318
31. Salinas de Gortari, Carlos. Iniciativa de Ley para modificar el artículo 4to. constitucional. pág. 23
32. Ibidem. pág. 24
33. Ibidem. pág. 24
34. Ibidem. pág. 25

#### CAPITULO 4

1. Werner, David. Aprendiendo a promover la salud. pág. 431
2. SEP. INI. SSA. Manual de salud para zonas indígenas. pág. 22

3. Hernández, Peña (y otros). Equidad y Salud: Necesidades de investigación para la formulación de una política social. pág. 10

4. Ibidem. pág. 12

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### PROYECTO PRODUCTIVO: MOLINO DE NIXTAMAL

NOMBRE: "MOLINO POPULAR DE NIXTAMAL"

ORGANIZACION: "Cihuatequimeh", Mujeres trabajando.

COMUNIDAD: San Sebastián, Teziutlán, Puebla.

FUENTE DE  
FINANCIAMIENTO: Fondos Regionales de Solidaridad.

INSTITUCION: Centro Coordinador Indigenista.

#### INTRODUCCION.

Consideramos que los problemas a los que nos enfrentamos derivan de la situación económica en la que nos encontramos actualmente, creemos que de dicho problema surgen un sin fin de problemas, tales como: la salud precaria de nosotras y de nuestras familias, la falta de acceso a la educación, así como el problema del alcoholismo, presente en nuestra comunidad, lo cual ocasiona desintegración, tanto familiar, como comunitaria. Creemos que los mencionados problemas, sólo podrán resolverse mediante nuestra organización, como Amas de

Casa. ¿Cómo?, pues a través de la alternativa brindada por el programa nacional de Solidaridad, es decir, a través de los Fondos Regionales de Solidaridad, impulsados por el Centro Coordinador Indigenista del Municipio. Es por esto, que nosotras como integrantes de la organización, Unión de Amas de Casa de San Sebastián, nos hemos dado a la tarea de organizarnos por medio de la instalación de un molino de nixtamal en la segunda sección de San Sebastián. Ustedes se preguntarán, ¿ Por qué a través de un molino popular ?, simplemente porque el molino más cercano, se encuentra aproximadamente a 20 minutos caminando, y en temporada de lluvias, afecta la salud de nosotras y nuestros hijos; además los molinos ya existentes en la comunidad dan precios elevados y son ineficientes, ya que no logran atender a la población demandante, éstas son las causas por las cuales, nosotras como amas de casa, nos hemos dado a la tarea de organizarnos por medio de este proyecto productivo, el cual resulta ser una necesidad resentida por más de 200 familias.

#### ANTECEDENTES

Hemos venido organizándonos, asistiendo a las asambleas de los Fondos Regionales, así como la capacitación para la elaboración de proyectos productivos, también hemos leído el folleto del Fondo, así como nos mantenemos en contacto y coordinación con las compañeras de nuestra organización, las cuales elaboraron un proyecto de cerdos.

La organización interna surge de acuerdo a las necesidades que tenemos en nuestra comunidad, siendo una de ellas, el problema para moler nuestro nixtamal. Tenemos más de un mes de venir participando

medidas: 3mts. x 4mts.

## ESTUDIO DE MERCADO Y COMERCIALIZACION

Existe demanda por el 100 por ciento de la población de San Sebastián, así como el 10 por ciento aproximadamente de los habitantes de San Juan Acateno. El servicio se cobra por kilo de nixtamal.

En lo referente a la oferta, se cobra el servicio por kilo, variando el precio en los molinos ya existentes en la comunidad. En el molino popular, el cual se encuentra ubicado en la Primera sección en el ex-curato de la iglesia, lo cobran de la siguiente forma:

### Cubeta de nixtamal

8 kg.	\$ 300.00
10 Kg.	\$ 400.00
12 Kg.	\$ 500.00
14 Kg.	\$ 600.00
16 Kg.	\$ 700.00
18 Kg.	\$ 800.00
20 Kg.	\$ 900.00

Los otros molinos son de un particular, el cual cobra un precio de cien pesos el kilo de nixtamal.

en este proyecto, por medio de asambleas y reuniones, así como de la investigación referente a los molinos de nixtamal, es por todo ello que surge la organización, para este proyecto.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Fomentar la organización en nuestra comunidad, creando las bases para otros proyectos productivos, que mejoren nuestra situación económica, así como hacer conciencia de que mediante la organización podremos resolver en gran parte nuestros problemas de salud, servicios, educación, etc., creando un desarrollo paulatino de nuestra comunidad.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Instalar un molino de nixtamal en la segunda sección de San Sebastián, el cual preste un servicio a la población demandante.
2. Que este proyecto sea autogestor de otros proyectos productivos en la comunidad.
3. Fomentar la colectividad y solidaridad entre los integrantes y la comunidad en general.

#### **METAS**

1. Instalar un molino de nixtamal, el cual tenga la capacidad de brindar un servicio a por lo menos 150 familias de la comunidad.
2. Construir un local, para el molino, el cual tenga las siguientes

## LOCALIZACION

El proyecto de molino de nixtamal popular, tendrá su desarrollo en la comunidad de San Sebastián, segunda sección, Municipio de Teziutlán, Puebla, con la participación de 35 personas. Se ha integrado un comité de 5 personas que ocupan los cargos de: Presidenta, Secretaria, Tesorera, Primera Vocal y Segunda vocal.

Nota: Este proyecto se envió junto con un estudio financiero al Centro Coordinador Indigenista para su aprobación. La brigada asesoró a las señoras en su elaboración y el contenido refleja sus necesidades sentidas.

## ANEXO 2

### PROMOCION DE LA SALUD COMUNITARIA A TRAVES DE LA CLINICA CAMPESINA EN LAS VARAS, NAYARIT.

Actualmente, la Casa Campesina en las Varas Nayarit, sólo tiene la capacidad para promover servicios directos en cuidados de salud. Es evidente para el equipo clínico y los líderes comunitarios que muchos de los problemas de salud están enraizados en las condiciones sociales subyacentes, exacerbadas por la reducción del soporte gubernamental. Es nuestra intención expandir la función de la clínica para enfocarla en estos asuntos que buscan consolidarla : 1) Transformar la función de la clínica de modo que funcione como un centro de cuidados primarios operado por la comunidad y 2) favorecer el desarrollo de una clínica-asociada como ONG (Organización No Gubernamental) en el pueblo de Las Varas.

El principal objetivo es expandir la función de la clínica para incluir servicios en cuidados preventivos a través del entrenamiento de promotores de salud. El concepto ONG busca formalizar la participación ciudadana para proporcionar capacitación en la planeación, implementación y evaluación de programas de salud. Este elemento ha sido ignorado en muchos proyectos de participación comunitaria y en consecuencia ha afectado a los líderes locales, quienes carecen de amplias herramientas educacionales que protejan las iniciativas centradas en la comunidad de las élites de poder local y de los funcionarios.

El reclutamiento de participantes locales para su capacitación en cuidados de salud y el desarrollo del Consejo de la clínica/ONG requerirá conocimiento y sensibilidad de las realidades locales. Aunque las poblaciones rurales de campesinos son frecuentemente vistas desde afuera como desorganizadas y dependientes, cuando la amenaza externa de represión y manipulación es removida, fuertes herramientas organizacionales y una variedad infinita de redes de ayuda mutua informal surgen en Las Varas, así como en otras partes, sin embargo, hay renuencia para participar porque se teme un conflicto con los poderes locales.

El crecimiento de una experiencia democrática puede ser mejor y resultar asegurada por el reconocimiento de la estratificación social de los pueblos y el desarrollo de estrategias motivacionales para involucrar individuos y grupos de todos los niveles socio-económicos en el favorecimiento de los diferentes componentes.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Mejorar el nivel de salud física y social de la población de Las Varas, Nayarit.

OBJETIVO 1. La Clínica Campesina situará la base para un centro de cuidados primarios operado por la comunidad (Community Operated Primary Care Center), después de capacitar a un núcleo de 12 trabajadores de salud comunitaria.

SUB-OBJETIVO ADMINISTRATIVO 1.1: La Clínica Campesina reclutará 12 promotores de salud en tres meses.

SUB-OBJETIVO ADMINISTRATIVO 1.2: La Clínica Campesina desarrollará el curriculum de capacitación para los trabajadores de salud en tres meses.

SUB-OBJETIVO ADMINISTRATIVO 1.3: La Clínica Campesina entrenará a 12 promotores de salud en 10 meses.

SUB-OBJETIVO ADMINISTRATIVO 1.4: La Clínica Campesina proporcionará servicios educacionales al 5 % de la población de Las Varas a través del programa de promotores de salud al final de 20 meses.

SUB-OBJETIVO EDUCACIONAL 1.1: Los promotores de salud comprenderán las destrezas en cuidados básicos de salud preventiva/curativa y la asociación de aspectos sociales en las enfermedades.

SUB-OBJETIVO EDUCACIONAL 1.2: Los trabajadores de salud adquirirán habilidades básicas de organización y movilización comunitaria.

SUB-OBJETIVO EDUCACIONAL 1.3: El 70 % de los miembros de la comunidad que fueron visitados por los promotores de salud aprenderán habilidades en cuidados de salud preventiva/curativa.

SUB-OBJETIVO DE CONDUCTA 1.1: Los promotores de salud tendrán la capacidad de enseñar habilidades básicas en cuidados de salud preventiva/curativa.

SUB-OBJETIVO 1.2: 60 % de los miembros de la comunidad visitados por los trabajadores de salud practicarán las habilidades básicas en cuidados de salud preventiva/curativa, incluyendo la utilización de servicios clínicos cuando sea necesario.

OBJETIVO 2: La Clínica Campesina podrá ser utilizada como un medio a través del cual se establezca una pequeña Organización No Gubernamental para realizar el desarrollo comunitario y mejoramiento al concluir el primer año del proyecto.

SUB-OBJETIVO ADMINISTRATIVO 2.1: Desarrollar un programa de capacitación dirigido al Consejo de Directores en tres meses.

SUB-OBJETIVO EDUCACIONAL 2.1: Al finalizar doce meses, los veinte miembros del Consejo habrán recibido mensualmente doce sesiones de entrenamiento metodológico.

SUB-OBJETIVO DE CONDUCTA 2.1: Al finalizar doce meses los veinte miembros del Consejo clínico habrán adquirido habilidades en metodología para establecer metas a largo plazo, desarrollo organizacional, políticas financieras y evaluación de sistemas.

C.f.r. Laura Del Valle.

## BIBLIOGRAFIA

- Acelis, R., y Nava, J., Patología de la pobreza, Revista médica del Hospital General, Vol. 33, México, 1970.
- Aguirre Luna, C., Caracterización Cultural y Migración, INI, Edo. de México, 1991.
- Almada, I., Salud y crisis en México, Siglo XXI, México, 1990, 393 pp.
- Amorós, C., Mujeres, Feminismo y poder, Fourum de Política Feminista, Madrid, 1988.
- Avila Curiel, A., Hambre, desnutrición y sociedad: La investigación epidemiológica de la desnutrición en México, Editorial Universidad de Guadalajara, México, 1990, 175 pp.
- Baytelman, B., De enfermos y curanderos. Medicina tradicional en Morelos, INAH, México, 1986, 183 pp.
- Blumhagen, D., The Doctor's white coat: the image of the physican in Modern America, " Annals of Internal Medicine ", N.Y., 1979, 111-116 pp.

Bookman, A., and Morgen, S., Women and the politics of empowerment, Temple University Press, Philadelphia, 1988, 324 pp.

Braunstein, N. A., Psicología: ideología y ciencia, Siglo XXI, México, 1986, 419 pp.

Casillas, A., Nosología mítica de un pueblo. Medicina tradicional huichola, Universidad de Guadalajara, 1990, 160 pp.

Castro, M., La organización social comunitaria en el pueblo de San Sebastián, Municipio de Teziutlán, Puebla, Tesis profesional de Trabajo Social, UNAM, México, 1992, 215 pp.

" Comentarios del Centro de Estudios Educativos al acuerdo Nacional para la Modernización Básica: ( Sus propósitos, sus retos y agenda para su instrumentación ) ", México, 1992.

CONAPO., Informe sobre la situación demográfica de México, 1a. ed. México, 1990, 97 pp.

Crandon, L., Grass roots, herbs, promoters and preventions: a revaluation of contemporary international health care plainnig, The Bolivian case, 1983.

De Beauvoir, S., El segundo sexo. Los hechos y los mitos, Editorial Alianza Siglo Veinte, tomo 1, 4a. ed. 1992, México, 308 pp.

Donner, F., El sueño de la Bruja, Editorial Planeta, Barcelona, 1985, 219 pp.

Engelmagen, L., El Patriarca. Experiencia con jóvenes toxicómanos, 6a. ed. Madrid, 1989.

Estados Unidos Mexicanos., Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, Diario Oficial del Miércoles 31 de Mayo de 1989.

Foster, G., y Anderson B., Medical antropology, Willey, New York, 1978.

Freire, P., La educación como práctica de la libertad, 37a. ed. Siglo XXI, México, 1987, 151 pp.

Hernández, P., y col., Equidad y Salud: Necesidades de Investigación para la formulación de una Política Social, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, enero-febrero Vol. 33, No. 1, México, 1991, 9-15 pp.

INEGI., Resumen General del Censo General de Población y Vivienda.  
México, 1990.

INI, SSA, SEP., Para cuidar la vida...Manual de salud para zonas  
indígenas. México, 1992, 189 pp.

Kroeger, A., y Luna, R., Atención primaria de salud. Editorial Pax y  
OPS, México, 1992, 639 pp.

Lerner, G., La creación del Patriarcado. Editorial Crítica,  
Barcelona, 1990, 390 pp.

López, D., La salud desigual en México. Siglo XXI, México, 1980,  
247 pp

Majchrzak, I., Cartas a Salomón. Reflexiones acerca de la educación  
indígena. Instituto de Cultura de Tabasco, Villahermosa, 1988  
176 pp.

Marshall, T., De prácticas y caminos: Salud popular en América  
Latina. Consejo de educación para adultos de América Latina,  
Montevideo, 1986, 73 pp.

Menéndez, E., Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. 1a.  
ed. Alianza Mexicana, México, 1990.

Pramod, P., Grassroots Movements, Development Discourse and Popular Education, Vol. XIX, No. 2, Washintong, D.C., 1986.

Salinas, C., Iniciativa de Ley para Modificar el Artículo 4to. Constitucional, México D.F., 1991.

Scheff, T.J., La catarsis en la curación, el rito y el drama. Fondo de Cultura Económica, México, 1986, 198 pp.

Scheffler, L., Magia y brujería en México.

Scheper-Hughes, N., The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology, Medical Anthropology Quaterly, 1985, 6-39 pp.

Secretaría de Salubridad y Asistencia., Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983. Vol. 1, México, 1974.

Secretaría Técnica de Consejo Superior de Planificación Económica., Plan Nacional de Desarrollo 1974-1978, "Plan de Salud y Nutrición", Tomo 7, Tegucigalpa, 1973.

Serrano, M.I., Educación para la salud y participación comunitaria. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990, 222 pp.

Showalter, E., The female Malady. Women, madness and English culture, 1830-1980. Virago Press, London, 1985, 308 pp.

Soberon, G., La salud en México: testimonios. Fondo de Cultura Económica, México, 1988.

Tuñón, J., Mujeres en México. Una historia olvidada, 1a. ed., Grupo Editorial Planeta, 1987, 190 pp.

Ugalde, A., Ideological dimensions of community participation in Latin American Health Programs. Department of Sociology University of Texas, Austin, 1985, 41-53 pp.

Venegas E., Decision making process and community participation in Zarzal regional health. University of Texas, Austin, 1981.

Werner, D., y Bower, B., Aprendiendo a promover la salud. Centro de Estudios Educativos, México, 1985, 622 pp.

Werner, D., Donde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. Editorial Pax, México, 1975.

Werner, D., Health Care and Human dignity; A subjective look at community-based rural health programs in Latin American. special issue no. 3, 1980.

Zubirán, S., Principales manifestaciones clínicas de la desnutrición de nuestro medio. Revista de investigación clínica. México, 1954.