



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**

**LA CONSTRUCCIÓN DE PROCESOS AUTOGESTIVOS DE
ATENCIÓN A LA SALUD.
EL CASO DEL GRUPO DE SALUD DE CORONANGO**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:
LIC. PAOLA CARDENAS RUBALCABA**

**TUTOR: MTRO. FRANCISCO RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS**

MÉXICO, D.F., MARZO DE 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

LA CONSTRUCCIÓN DE PROCESOS AUTOGESTIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD
El caso del grupo de salud de Coronango.

UNAM-ENTS

Paola Cárdenas Rubalcaba, 2016

paolarubalcaba@yahoo.com.mx

México D.F.

Dedicada a las víctimas de desaparición forzada, especialmente a los normalistas de Ayotzinapa, desaparecidos los días 26 y 27 de septiembre de 2014 en Iguala, Guerrero.

¡¡¡Porque vivos se los llevaron, vivos los queremos!!!

¡¡¡NOS FALTAN 43!!!

#TodosSomosAyotzinapa

1. Abel García Hernández
2. Abelardo Vázquez Peniten
3. Adán Abraján de la Cruz
4. Alexander Mora Venancio
5. Antonio Santana Maestro
6. Benjamín Ascencio Bautista
7. Bernardo Flores Alcaraz
8. Carlos Iván Ramírez Villarreal
9. Carlos Lorenzo Hernández Muñoz
10. César Manuel González Hernández
11. Christian Alfonso Rodríguez Telumbre
12. Christian Tomás Colón Garnica
13. Cutberto Ortiz Ramos
14. Dorian González Parral
15. Emiliano Alen Gaspar de la Cruz
16. Everardo Rodríguez Bello
17. Felipe Arnulfo Rosa
18. Giovanni Galindes Guerrero
19. Israel Caballero Sánchez
20. Israel Jacinto Lugardo
21. Jesús Jovany Rodríguez Tlatempa
22. Jhosivani Guerrero de la Cruz
23. Jonás Trujillo González
24. Jorge Álvarez Nava
25. Jorge Aníbal Cruz Mendoza
26. Jorge Antonio Tizapa Legideño
27. Jorge Luis González Parral
28. José Ángel Campos Cantor
29. José Ángel Navarrete González
30. José Eduardo Bartolo Tlatempa
31. José Luis Luna Torres
32. Julio César López Patolzin
33. Leonel Castro Abarca
34. Luis Ángel Abarca Carrillo
35. Luis Ángel Francisco Arzola
36. Magdaleno Rubén Lauro Villegas
37. Marcial Pablo Baranda
38. Marco Antonio Gómez Molina
39. Martín Getsemany Sánchez García
40. Mauricio Ortega Valerio
41. Miguel Ángel Hernández Martínez
42. Miguel Ángel Mendoza Zacarías
43. Saúl Bruno García

En memoria de los normalistas asesinados el 26 de septiembre de 2014 en Iguala, Guerrero:

Julio César Mondragón Fontes

Daniel Solís Gallardo

Julio César Ramírez Nava

¡Quisieron enterrarnos, pero no sabían que somos semillas!

AGRADECIMIENTOS

Cuando el fuego del acto amoroso y voluntad sincera, toca la necesidad fáctica o el reposo del alma, enciende en el corazón, una pequeña “flama” que hará recordar lo valioso de la vida y nos obligará a seguir adelante, esa “flama” es el agradecimiento.

*El fuego te es dado. Comparte la flama
¡Enciéndelo todo!*

Vanaquen Navarro Ramón

Esta tesis es resultado de un esfuerzo colectivo ya que no puedo explicar mi existencia y formación académica sin el apoyo incondicional que he recibido a lo largo de mi vida de parte de las personas a quienes mencionaré a continuación y quizá después de imprimirla diré: “me faltaron ella y él” pero principalmente reciban mi agradecimiento más profundo:

Mi madre **Martha Laura Ruvalcaba Rodríguez**, por darme la vida, por ser mi guía y apoyarme e impulsarme durante toda mi vida, por nunca dejarme sola y saber que siempre contaré con ella. Mami, gracias por ser el ejemplo de mujer fuerte, amorosa y perseverante.

Vanaquen Navarro Ramón (mi Vany), compañero de vida a quien, al día de hoy, no encuentro las palabras exactas que me ayuden a describir todo el agradecimiento que le tengo por su amor, entrega, apoyo, paciencia, impulso, dedicación y constancia. Mi amor, esta tesis nunca la hubiera terminado sin ti.

Mi hija **Vanaquen Dení Navarro Cárdenas (mi Schielo)** porque al llegar a mi vida, no has dejado de ser fuente de inspiración y motivación para superarme cada día.

Mi padre **Manuel Cárdenas Bautista “la pila”**, por inculcarme la importancia de la formación académica. Porque, aunque no estás físicamente, siempre estás en mi corazón.

Mis hermanas **Ana Lilia, Gabriela y Esmeralda Carolina** por acompañarme en todo momento y creer en mi.

Mis sobrinxs **Luis Miguel, Karen Vianey, Jaqueline, Fernando, Cristian Michel, Kimani Osvaldo y Yaretzi Mitzari** por motivarme a crecer profesionalmente.

Mi tía **Yola** y a mi tío **Beto** por apoyar a nuestra familia siempre.

Mis amigxs de la maestría **Berenice Unda, Amanda Ayala, David Alarcón y Patricia Morales** por compartir conocimientos y vivencias.

El **“Doc”** por haberme contactado con el grupo de salud de Coronango y por todas las enseñanzas que he recibido de su parte.

Mis amigxs de siempre **Carlos Octavio, Rayo, Yoko, Enrique y María Bernarda**.

El grupo de salud de Coronango, especialmente a **Lucila Cuetlach Coyotecatl** quien me recibió calurosamente en su hogar durante la realización del trabajo de campo.

Jacobo y Gloria por ser ejemplo de lucha y tenacidad.

Mi director de tesis el **Mtro. Francisco Rodríguez Hernández** por su tiempo y compromiso académico en atención a esta investigación.

Mi jurado revisor: **Mtro. Omar Fernando Ramírez de la Roche, el Mtro. Elí Evangelista Martínez y al Mtro. Alejandro Chirino Sierra** por su tiempo dedicado para enriquecer esta tesis.

La **Universidad Nacional Autónoma de México** que gracias a las luchas estudiantiles sigue siendo pública, lo que me permitió formarme en ella y recibir el apoyo de beca para realizar estos estudios de maestría.

“Huelga, huelga, cachún cachún ra-ra,
cachún cachún ra ra, huelga, ¡Universidad!”

México, D.F., a 9 de marzo de 2016.

Mucha gente pequeña en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas pueden cambiar el mundo.

Eduardo Galeano

Índice

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO 1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	10
1.3. OBJETO DE ESTUDIO.....	10
1.4. OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.1. <i>Objetivos específicos</i>	11
1.5. HIPÓTESIS.....	11
1.6. METODOLOGÍA.....	12
1.6.1. <i>La entrada al campo</i>	12
1.6.2 <i>Técnicas de investigación</i>	13
1.6.2.1. Observación directa y participante.....	14
1.6.2.2. Entrevista en profundidad.....	14
1.6.2.3. Entrevista grupal.....	14
1.6.2.4. Selección y descripción de las informantes.....	14
1.6.2.5. Triangulación.....	14
1.6.2.6. Retirada del campo.....	15
1.7. MARCO CONCEPTUAL.....	15
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL: PODER	18
2.1. CONCEPCIÓN TRADICIONAL DEL PODER	20
2.1.1. <i>Punto de partida: liberalismo clásico</i>	21
2.1.2. <i>Max Weber, el poder como dominación</i>	27
2.1.3. <i>Condición del poder: Estado y lucha de clases desde el marxismo</i>	31
2.2. CONCEPCIÓN CONTEMPORÁNEA DEL PODER	38
2.2.1. <i>Foucault y los límites del poder</i>	38
2.2.2. <i>El poder, según Dussel</i>	41
2.3. PODER AUTÓNOMO Y HETERÓNOMO.....	46
2.3.1. <i>Ejercicio dual del poder en el tema de salud</i>	50
2.3.1.1. Heteronomía: la participación social en salud.....	51
2.3.1.2. Ejercicio del poder autónomo: autogestión.....	56
2.4. PODER DUAL DE LA MUJER: RELACIONES DE GÉNERO.....	60

CAPÍTULO 3 MARCO CONTEXTUAL: SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SANTA MARÍA CORONANGO	65
3.1. BREVE ANÁLISIS SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	66
3.1.1. <i>Crítica general al Sistema de Salud</i>	74
3.2. SISTEMA DE SALUD DE SANTA MARÍA CORONANGO	83
3.2.1. <i>Datos históricos, demográficos y económicos</i>	84
3.2.2. <i>Sistema de salud local</i>	88
CAPÍTULO 4 SALUD AUTOGESTIVA EN CORONANGO.....	94
4.1.- ANTECEDENTES DE GRUPOS DE SALUD AUTOGESTIVOS EN MÉXICO.....	97
4.2.- ORIGEN DEL GRUPO: EMPODERAMIENTO	102
4.2.1.- <i>Análisis de la realidad y conformación de grupos</i>	106
4.2.2.- <i>Talleres: consolidación de grupos de la CEB</i>	108
4.2.3.- <i>Declive</i>	109
4.2.4.- <i>Circunstancias de ingreso</i>	111
4.3.- GRUPO DE SALUD: EJERCICIO DEL PODER AUTÓNOMO.....	114
4.3.1.- <i>Comprensión dual del Poder</i>	114
4.3.2.- <i>Relaciones de género</i>	117
4.3.3.- <i>Construcción de identidad colectiva</i>	126
4.3.4.- <i>Cohesión: toma de decisiones y manejo de conflictos</i>	128
4.4.- AUTOGESTIÓN DEL GRUPO EN SALUD	131
4.4.1.- <i>Comprensión de la salud en el grupo</i>	131
4.4.2.- <i>Relaciones con gobierno</i>	133
4.4.3.- <i>Praxis del grupo: necesidades y actividades de poder-curarse</i>	137
4.4.3.1.- <i>Prevención y promoción en salud: red de cuidados y talleres</i>	138
4.4.3.2.- <i>Atención</i>	142
4.4.3.3.- <i>Beneficios del grupo de salud</i>	144
4.4.3.4.- <i>A partir y más allá de la salud</i>	145
4.4.3.5.- <i>Autosustento y Dificultades</i>	147
4.5.- PROYECTO A FUTURO	150
CONCLUSIONES	153
ANEXO: INSTRUMENTOS DE ENTREVISTA	163
1. ENTREVISTA GRUPAL	164
2. ENTREVISTA INDIVIDUAL	165
BIBLIOGRAFÍA	170
<i>Páginas web consultadas/ Mesografía</i>	174
<i>Notas periodísticas de internet</i>	175

INTRODUCCIÓN

El trabajo que presentamos se centra en la importancia que tienen los esfuerzos comunitarios para resolver necesidades vitales como lo es la salud, esfuerzos que surgen desde abajo en comunidades que viven marginadas al contar con menos de lo básico en cuanto a infraestructura para solventar sus problemas de salud y que decidieron tomar en sus manos la atención de la misma. Particularmente les presentaremos a un grupo promotor de salud, integrado por mujeres que tienen como antecedente, haber adquirido cierta participación en su comunidad por la influencia de un representante de la teología de la liberación. Con el transcurso del tiempo han establecido contacto y participación de un proyecto mayor, denominado “La salud en manos del Pueblo” que se integra de diversos grupos de salud en distintos estados del país como en Oaxaca, Veracruz, Puebla, Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Tabasco, Hidalgo¹, que comparten entre ellos sus saberes de medicina tradicional y además son capacitados por el Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas A. C. (CENAMI).

Esta mirada a la atención a la salud es realizada desde el concepto de poder autónomo de Enrique Dussel (2006) que difiere de la concepción clásica de poder, entendido este como dominación, ya que plantea un *poder hacer*, un poder de abajo que se construye a partir de la *voluntad de vida*² que tienen las comunidades para sobrevivir y es así que podemos entender cómo es que a pesar de las condiciones adversas que se viven en zonas marginadas, obtienen las maneras de resolver sus necesidades. Al ser un grupo integrado por mujeres no podemos obviar el tema de género por lo que esta perspectiva transversaliza el desarrollo de la investigación.

¹ Área de salud comunitaria del Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas.

<http://cenami.org/?p=85>

² El concepto de *voluntad de vida* que leemos en la obra de Dussel, permite abordar una comprensión de los esfuerzos comunitarios por solventar necesidades de forma autónoma al Estado cuando éste no alcanza a garantizar la vida misma. “El ser humano es un ser viviente. Todos los seres vivientes animales son gregarios; el ser humano es originariamente comunitario. En cuanto comunidades siempre acosadas en su vulnerabilidad por la muerte por la extinción, deben continuamente tener una ancestral tendencia, instinto, querer permanecer en la vida. Este *querer-vivir* de los seres humanos en comunidad se denomina voluntad.” (Dussel, 2006:23)

En el primer capítulo desarrollamos la metodología con la cual abordamos el tema de la autogestión en salud, así como los objetivos y los supuestos con los que partimos para realizar la investigación.

En el segundo capítulo partimos de un esbozo histórico sobre la manera en que se ha concebido el concepto de *poder* para aterrizar en el concepto central que es el *poder autónomo*, que nos ayudará para proponer una forma de comprender el proceso de organización del grupo de salud de Coronango.

En el capítulo tres hacemos uso del concepto de poder para presentar un bosquejo general del Sistema Nacional de Salud con base en la Ley General de Salud y así, conocer la manera en que operan los servicios de salud en México, así como un acercamiento a la infraestructura y personal de salud existente en el municipio de Coronango para conocer los recursos con los que cuenta la población, lo cual nos servirá de contexto y contraste con el grupo de salud de Coronango.

En el capítulo cuarto desarrollamos el análisis de la información obtenida en el trabajo de campo respecto al grupo de salud de Coronango concatenando los aportes del concepto de poder y las reflexiones obtenidas del análisis del sistema nacional de salud mexicano lo que nos permitirá desarrollar una interpretación del impacto y trascendencia del trabajo realizado por este grupo de mujeres.

Finalmente tenemos las conclusiones en las cuales, de manera muy breve retomamos las preguntas de investigación y las hipótesis con las que se inició este proyecto y se contrastan con lo encontrado en el campo.

JUSTIFICACIÓN

En lo social, es muy importante tener presente hasta dónde las teorías actuales pueden ayudar a entender y comprender la realidad, y hasta dónde se determina que ya están rebasadas o que no corresponden a dicha realidad. Vemos en el conocimiento, un constante proceso de ruptura y desarrollo dialéctico, donde no basta con agregarle algo más a una teoría, sino pensar que el conocimiento es también un proceso de discontinuidad.

La salud en manos de la comunidad es un tema necesario de investigar y debatir dadas las experiencias que se generan en torno a ella, para evaluar el perfil generalizado del Trabajador Social como orientador o facilitador con una visión paternalista-asistencial en consonancia con todas las teorías que fundamentan esa visión, y así tener la posibilidad de una ruptura que vislumbre de forma actualizada, objetiva y empática un hecho social y así una práctica más adecuada; es precisamente en esto último donde radica la importancia, en lo que concierne a qué papeles le toca jugar al profesional del Trabajo Social en comunidades que se empoderan y responden a problemáticas específicas con procesos autogestivos.

De lo anterior se desprende la necesidad de investigar sobre la construcción de autogestión en salud, porque existen algunas aportaciones respecto a la participación social en salud, referida desde los planificadores de salud internacionales y los organismos nacionales de decisión de políticas en salud, que incorporaron dicho concepto en sus programas (Ugalde, 2006:146).

Estas investigaciones que son referentes teóricos para elaborar políticas públicas y que, además, son elaboradas desde el sistema de salud dominante, no brindan alternativas para disminuir las problemáticas y, por el contrario, podemos encontrar evidencias claras para argumentar que éstas han empeorado.

Situación que se refleja en el escaso o nulo acceso a los servicios de salud en zonas marginadas, así como en la discriminación que sufren las personas cuando solicitan un servicio de salud: por su ascendencia indígena, apariencia, lengua, etcétera³.

En el trabajo realizado por parte del grupo de salud de Coronango, es relevante la labor hecha por las mujeres promotoras de salud, que justamente han avanzado en el cuidado de la misma, pero no sólo eso, también se presentan en el ejercicio de poder autónomo que lucha contra la discriminación, iniciando en ellas mismas como mujeres empoderadas y esto representa un aporte importante respecto a la perspectiva de género.

³ Hablan diversos indígenas zapatistas: “Si salimos de nuestra comunidad y llegamos a una clínica de la ciudad, no tengo derecho a pasar rápido en la consulta sólo por ser indígena, no es igual como a los de la ciudad que los pasan rápido en su consulta porque traen buen olor y dinero para pagar”. “A los pobres los dejan sentados todo el día en los centros de salud del mal gobierno, por su mal olor de sudor, por su caminata con su carga de tantas horas, para llegar a la ciudad”. “Cuando hubo promotor del MAL GOBIERNO le dan medicinas caducadas, que ya no sirven para la enfermedad”. (Eladio, Caracol IV: 2008:8)

CAPÍTULO 1

Diseño de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

El tema de salud, donde quiera que se le mencione, es el más importante de todas las preocupaciones humanas, es el aspecto fundamental de la vida para cualquier sociedad y los individuos que la conforman, salud es la condición de bienestar que permite el desarrollo de cualquier actividad. Sin embargo, la salud que es un tema humano, universal de toda sociedad y de cada individuo, en nuestra realidad contemporánea ha sido relegado tanto en su estudio en las ciencias naturales y duras, particularmente de la biología, como en su práctica a las instituciones Estatales y empresariales. Y de ahí que su atención sea más científica que social, más de la investigación especializada que de la cotidianidad, más del Estado que de la ciudadanía, pues salud no refiere a la personal ausencia de enfermedad de un individuo, sino a las formas como la sociedad se organiza para garantizar el bienestar en cada uno de sus miembros, condición primera para cualquier otro tema: política, cultura, economía, educación, ecología, tecnología. El disfrute de una salud adecuada es uno de los aspectos básicos de toda concepción contemporánea del desarrollo humano y en el caso de nuestro país, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 4º de la Constitución Política.

En México, particularmente en las comunidades populares, las de origen indígena y en general aquellas donde la pobreza incide en mayor medida, el derecho a la salud queda obstaculizado por una insuficiente cobertura de los sistemas de salud oficiales, por el deficiente acceso a la atención médica y los medicamentos, por el enfoque curativo predominante, así como por otros factores como la discriminación de los prestadores de los servicios hacia las personas con menos recursos económicos.

Las reformas estructurales de corte neoliberal que el gobierno mexicano ha realizado, en respuesta a convenios internacionales promovidos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, reducen su responsabilidad en cuanto a solucionar las demandas sociales en general, y en particular las relativas a

educación y salud. Se advierte un avance en prácticas que asoman objetivos privatizantes de los servicios de salud a pesar de lo señalado en el artículo 4º constitucional: Reformas de los servicios de salud con la intención de re-articularlo, una incorporación tibia pero progresiva del sector privado al Sistema Nacional de Salud, el manejo del discurso que deja de hablar de derechos y habla de servicios, capacidad de pago de los usuarios del sistema. Al respecto, el caso de Chile es ejemplar en las acciones emprendidas para la privatización de la salud (Tetelboin, C. 2003).

Ante este panorama podemos encontrar en México, casos de comunidades comprometidas con dar solución a sus problemáticas de salud de una manera comunitaria y no individual, lo cual contradice al mismo modelo neoliberal, esfuerzos pequeños pero cada vez más articulados. Estos esfuerzos pueden tener distintos grados de avance en cuanto a la respuesta que tienen frente al proceso salud-enfermedad, desde resolver las necesidades básicas de salud (promoción, prevención y atención a la salud) hasta sistemas más complejos de atención médica que incluso se les puede llamar “Sistemas de salud autónomos”, en los que las comunidades ya no dependen del Estado para resolver sus necesidades de salud en cualquier nivel. La experiencia más conocida es la del “Sistema de Salud Autónomo Zapatista” en los municipios autónomos zapatistas en el Estado de Chiapas.

Otro ejemplo menos conocido es el caso del grupo de salud de Coronango, ubicado en la cabecera municipal del mismo municipio en el Estado de Puebla. El grupo de salud de Coronango forma parte de la red “La salud en manos del Pueblo”. Tiene sus orígenes alrededor del año 1984 y trabajan la atención a la salud, dando más importancia a la promoción y prevención, lo que caracteriza precisamente a los sistemas de salud autogestivos y va totalmente en una línea distinta al modelo médico hegemónico que da prioridad a la curación. El grupo de salud está integrado únicamente por mujeres quienes iniciaron su participación en

salud, organizadas en comunidades eclesiales de base. Dicho grupo de salud será precisamente la unidad de análisis de esta investigación.

El estudio de estas experiencias de construcción de sistemas de salud autónomos y/o autogestivos, es verdaderamente valioso para entender las nuevas realidades que están surgiendo en el terreno de los movimientos sociales, así como para valorar y producir formas alternativas de convivencia que puedan hacer frente a la creciente descomposición y agotamiento del Estado. Por ello, es importante analizar y comprender las experiencias autogestivas de atención a la salud para evaluar su potencial en la solución de las necesidades de este rubro.

1.2. Preguntas de investigación.

1. ¿Qué perspectiva teórica puede posicionarnos conceptualmente de forma adecuada para comprender los procesos autogestivos del cuidado comunitario de la salud?
2. ¿Cómo es el desempeño del Estado en materia de salud, para pensar su relación con los procesos autogestivos de salud comunitaria?
3. ¿Qué factores son relevantes en la construcción de procesos autogestivos que satisfagan necesidades comunitarias?
4. ¿En qué medida estos procesos autogestivos resuelven las necesidades en materia de salud de la comunidad?
5. ¿En qué medida estos procesos pueden evolucionar hacia la constitución de autonomías?

1.3. Objeto de estudio

El proceso de organización para la atención a la salud, representado por el grupo de promotoras de salud de Coronango.

1.4. Objetivo general

Conocer y comprender desde el concepto de poder, el proceso e impacto de organización autogestiva para la atención de la salud comunitaria, en el caso del grupo de promotoras de salud de Coronango, para ampliar la comprensión dentro del Trabajo Social respecto de dinámicas emergentes comunitarias, precisamente, las que apuntan a la autogestión.

1.4.1. Objetivos específicos

- Discutir el concepto de poder como marco teórico que permita una comprensión e interpretación profunda del caso de estudio.
- Revisar el sistema nacional de salud mexicano, así como su impacto en la localidad de Coronango para dar cuenta del contexto en que el grupo de promotoras se originó y opera en la actualidad.
- Identificar, describir y analizar las causas que originan la formación y desarrollo del grupo de promotoras de salud en Coronango, en su aspecto histórico, social y desde una perspectiva de género.
- Valorar el grado de consolidación del grupo de salud de Coronango, desde el punto de vista de la autonomía y autogestión, como forma de resolver las necesidades de salud respecto del sistema oficial de atención médica, así como su potencial de desarrollo a futuro como estrategia alternativa de atención a la salud.

1.5. Hipótesis

1. A través del análisis del concepto de poder, se destaca la capacidad de autodeterminación que todo individuo o comunidad posee de forma inherente para la solución de sus problemáticas.
2. Se percibe un agotamiento del Estado en su capacidad para proteger la vida y satisfacer las necesidades sociales, entonces algunas comunidades apuestan a formas autogestivas para satisfacer sus necesidades.
3. La percepción del agotamiento del Estado es el primer factor hacia la construcción de procesos autogestivos, en este caso para atender la salud,

así como el empoderamiento de la comunidad y el fortalecimiento de su identidad colectiva.

4. Los procesos autogestivos resuelven las necesidades mínimas de salud en las comunidades, iniciando con los mismos participantes, pero su interés es crecer y para ello se deben articular con otros procesos autogestivos para compartir sus conocimientos y difundir sus prácticas, con respeto a la mutua autonomía.
5. Los procesos autogestivos tienen posibilidad de transformarse en procesos autónomos parciales o totales, lo cual depende de la capacidad que tengan para responder ampliamente a las necesidades de las comunidades.

1.6. Metodología

Esta investigación es de corte cualitativo y parte de que la frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor y Bogdan, 1984:20). A este respecto, es nuestro deber aclarar que las hipótesis planteadas en esta investigación, no se elaboraron a priori sino después de realizar los primeros acercamientos en el trabajo de campo y mediante observación participante.

1.6.1. La entrada al campo

El trabajo de campo se dividió en dos etapas.

1. En el transcurso del primer semestre de la maestría (ene-jul de 2010) se hicieron tres visitas a la comunidad de Santa María Coronango, Coronango, Puebla. La primera visita se realizó con el objetivo de establecer contacto con el grupo de salud para exponerles el proyecto de investigación. El acercamiento al grupo de salud de Coronango fue a través de una persona que tenía ideas generales de su desempeño en el tema de la salud. En esa primera visita se tuvo contacto con cinco mujeres del grupo, a quienes se

les explicó que la investigación es de carácter académico y forma parte de la maestría de Trabajo Social en la Universidad Nacional Autónoma de México. Ante la propuesta de investigar sobre su proceso de organización, ellas aceptaron pues hasta ese momento no contaban con ningún tipo de registro sobre el trabajo que realizan. Desde esa primera ocasión se les solicitó tiempo y espacio para realizar visitas periódicas con el fin de entrevistarlas y ellas aceptaron. Posteriormente la segunda y tercera visitas, tuvieron el objetivo de construir el *rapport*. Al ser una persona del sexo femenino quien realizó el trabajo de campo y al explicarle al grupo de salud la confidencialidad de la investigación y el respeto a sus datos personales, no fue difícil la construcción del *rapport*, y esto fue de gran ayuda para que las integrantes del grupo de salud desde las primeras visitas, se mostraran abiertas a contar su experiencia. También se realizó un primer bosquejo sobre los inicios de su trabajo. Para esto último se trabajó con la técnica grupal “Línea de tiempo”.

2. La segunda etapa se realizó durante el tercer semestre de la maestría (ene-jul de 2011) en la cual se efectuaron visitas mensuales a la comunidad de Coronango con el objetivo de realizar entrevistas abiertas y estructuradas. Se definieron dos tipos de informantes a quienes entrevistar: 1) Informantes clave, y 2) Promotoras de salud. Ambos conjuntos se conforman de las participantes del grupo, la distinción está en que el primero, el conjunto de informantes clave se conforma de tres integrantes con participación en el grupo desde sus inicios, es decir, fundadoras del mismo. El segundo conjunto incluye a las demás integrantes del grupo de salud que se fueron integrando posteriormente en tiempos distintos.

1.6.2 Técnicas de investigación

El trabajo de campo se realizó con técnicas etnográficas como la observación directa y observación participante, así como la entrevista en profundidad.

1.6.2.1. Observación directa y participante

En cada visita realizada al grupo de salud se realizó observación y con ella, toma de notas de campo, con la finalidad de realizar el diseño de la investigación, así como la investigación misma.

1.6.2.2. Entrevista en profundidad

Para obtener información lo más veraz posible, se efectuaron controles cruzados en los cuales se cambiaba de un tema a otro para saber si se obtenían las mismas respuestas de parte de las informantes y se comparó la información que daban sobre las mismas preguntas para verificar si coincidían o no. Todas las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento informado de todas las integrantes del grupo de salud.

1.6.2.3. Entrevista grupal

Dado que es un proceso colectivo, decidimos realizar la técnica de entrevista grupal para que la información respecto a su proceso de organización fuera lo más completa posible.

1.6.2.4. Selección y descripción de las informantes

La investigación se llevó a cabo en el municipio de Coronango, más precisamente en la localidad de Santa María de Coronango. El grupo de salud de Coronango, hasta el momento de la investigación estuvo integrado por nueve mujeres, las cuales fueron invitadas a participar pues el método de inclusión que se utilizó fue únicamente el de pertenecer al grupo. Posteriormente se procedió a la elección de las informantes clave y para esto uno de los criterios utilizados fue haber participado en la creación del grupo y el otro se dio manera natural pues fue con quienes hubo una mayor empatía y acercamiento.

1.6.2.5. Triangulación

La triangulación suele ser concebida como un modo de protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar y someter a control recíproco

relatos de diferentes informantes. Abrevándose en otros tipos y fuentes de datos, los observadores pueden también obtener una comprensión más profunda y clara del escenario y de las personas estudiadas (Taylor y Bogdan, 1984: 92)

Las fuentes complementarias de esta investigación fueron:

- Notas periodísticas
- Tesis de maestría y doctorado sobre el tema de la salud popular
- Artículos de internet
- Estadísticas INEGI

1.6.2.6. Retirada del campo

La retirada del campo se realizó cuando se llegó a la saturación teórica que es el punto de la investigación de campo en el que los datos comienzan a ser repetitivos y no se logra obtener información nueva o importante.

1.7. Marco conceptual

El concepto de salud utilizado en esta investigación es el definido por la Organización Mundial de la Salud.

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948⁴.

⁴ Constitución de la OMS: principios, en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Presentamos en este apartado la definición de autogestión pues no es nuestro objetivo discutir este concepto y el presentado es suficiente para nuestra investigación.

La autogestión es un proyecto o movimiento social que, aspirando a la autonomía del individuo, tiene como método y objetivo que la empresa y la economía sean dirigidas por quienes están directamente vinculados a la producción, distribución y uso de bienes y servicios. Esta misma actitud no se limita a la actividad productiva de bienes y servicios, sino que se extiende a la sociedad entera, propugnando la gestión y democracia directa como modelo de funcionamiento de las instituciones de participación colectiva.

La autogestión a la que nos referimos es social, no individual, pues, aunque su meta es el individuo, no lo entiende en su carácter aislado sino como un ente que “convive” con sus iguales, de los que depende y que, a su vez, también dependen de él. En este sentido, la gestión la entendemos como el emprendimiento de diligencias para un asunto de interés individual y colectivo, lo que siempre implica la participación de más de una persona (Méndez, y Vallota, 2006:61).

Nos enfocamos en la categoría de *poder*, como una dimensión de fondo en la constitución del grupo de salud de Coronango y partimos de la distinción de dos tipos ideales de poder, cuyas manifestaciones concretas, aunque parciales, están en constante conflicto, el *poder heterónomo* y el *poder autónomo*. El poder heterónomo sería aquel que se materializa en las estructuras del aparato del Estado, así como en aquellas instituciones que ejercen poder en las comunidades, desde fuera, mientras que el poder autónomo sería aquel que se ejerce desde la comunidad y para la comunidad.

Una vez definidas ambas formas de poder, el presente estudio asume que las comunidades que se organizan en torno a la construcción de autogestión en salud

es una manifestación del poder autónomo. La investigación propone entonces ubicar, a partir del estudio empírico, los motivos que llevaron a la construcción de un grupo de salud en Coronango dejando el camino del poder heterónimo (asistencialismo, dependencia, peticiones al gobierno, etc.) para plantearse formas autogestivas de atención a la salud.

CAPÍTULO 2

Marco teórico y conceptual: Poder

El fundamento teórico que sustenta esta investigación se establece desde el concepto de “poder”. La revisión teórica de este concepto desde la segunda mitad del siglo XX habilita nuevas formas de comprender este fenómeno que, para efectos de esta investigación, sirven para establecer la diferencia entre poder heterónimo y poder autónomo planteado por Enrique Dussel y que desarrollaremos más adelante. Esta doble comprensión del poder, está presente no sólo en los discursos teóricos de las ciencias sociales, pedagogía o la filosofía, sino que permea a las prácticas sociales cotidianas, cuestión que será evidenciada en nuestro estudio de caso: el grupo de salud de Coronango.

En esta perspectiva, no se puede hablar de autogestión sin tener clara la noción de poder autónomo, no obstante, el “poder” a secas, se refiere tradicional y generalmente a características de verticalidad, fuerza y, a últimas, de dominación, que son las del poder heterónimo. Se reconoce que el Marxismo es un planteamiento teórico que cimbra la concepción tradicional del poder, y que aquí no lo retomaremos como una teoría cerrada únicamente a los planteamientos de Carlos Marx y Federico Engels, sino a un tipo de Marxismo actualizado, importantemente desde la filosofía de la liberación de Enrique Dussel que además de tomar en cuenta algunas categorías propuestas por Marx, elabora otras que permiten comprender nuevos fenómenos como el que nos ocupa en relación a los procesos de autogestión en salud.

Podríamos decir que estas dos grandes concepciones del poder son producto del largo debate al interior de las ciencias sociales entre las teorías estructuralistas por un lado, que presentan un individuo pasivo, determinado casi mecánicamente por estructuras sociales que funcionan como moldes del comportamiento y por otro lado, aquellas corrientes que resaltan el papel del sujeto autónomo, independiente de toda estructura, como es el caso de las corrientes posmodernas, o del individualismo absoluto de la teoría de la elección racional. No obstante, cada una de estas perspectivas, por sí mismas, son insuficientes, pues no logran captar ambas dimensiones de la vida social. Pensamos que, como en la mayoría

de los objetos de estudio de las ciencias sociales, para entender el poder y su complejidad es necesario trascender la tradicional antinomia "estructura-agente", pues su poder explicativo yace precisamente en la relación entre ambos polos.

Siguiendo esta lógica, vamos a proponer una concepción de poder que retome precisamente el funcionamiento de éste en ambos polos de la vida social, es decir, el poder que se materializa en estructuras e instituciones que condicionan la agencia del sujeto, que existen como Estado, como los aparatos de gobierno, represivos, ideológicos, etcétera, como instituciones de dominación e imposición, o de liberación y emancipación en niveles de organización social inferiores al Estado; pero también el poder que se ejerce en todos los ámbitos de la interacción social, como es el saber, la identidad, el territorio, etcétera, el poder como disciplina y auto sometimiento, el poder como auto regulación del cuerpo.

2.1. Concepción tradicional del poder

Hablar de una tradición sobre el concepto de poder, refiere inicialmente a la continuidad teórica que diferentes pensadores tienen al desarrollar un concepto, que, sin entrar a detalle a destacar las diferencias entre uno y otro, dependen de una misma perspectiva que va ampliándose con el paso del tiempo. En segunda instancia la tradición es tal, que su discurso no resuena sólo en espacios de especialización teórica, sino que se pone en juego determinando el sentido del término en las demás esferas de producción discursiva: discurso político, medios de comunicación, educación en todos sus niveles, marketing, e importantemente en la cotidiana comunicación social independientemente del nivel socio-económico o cultural o de la escala de comunicación sea masiva, colectiva, interpersonal o íntima. En síntesis, la concepción tradicional del poder es una forma de comprenderlo que se replica de forma dominante, sea en textos filosóficos, o en mensajes de los gobernantes, tanto en las aulas escolares como en la plática informal y cotidiana entre dos personas cualesquiera. Cuestión que desdobra en la

práctica, una forma hegemónica de ejercer el poder, ahora sí leído con todas sus letras: *la forma tradicional del ejercicio del poder*.

Este poder tradicional ha sido el fin último de toda lucha política. Quien conquista el poder, impone su voluntad al conjunto de la sociedad. Partidos políticos, organizaciones campesinas, sindicales o armadas, asociaciones empresariales y muchos otros movimientos sociales se han organizado precisamente en torno a la idea de “tomar” el poder, acceder a él, conquistarlo, asegurarlo, y finalmente, desde ahí (ese lugar en donde está el poder) ejercer la dominación o la liberación. La sola idea de este poder se erige como la panacea de la sociedad. Es en el poder donde empiezan y terminan todas las luchas sociales.

Desde esta perspectiva, el poder es una unidad externa a los sujetos, que pasa de uno a otro grupo dominante a través del conflicto. El poder se deifica y cobra una realidad supernatural, fetichizada. Quien toca al poder se vuelve amo y señor de la vida. Quien es tocado por éste, se convierte en sujeto dominado y no le queda más que plegarse a la voluntad de aquél que lo ostente. Este es el poder de los dirigentes políticos, el poder de los líderes sociales, en fin, el poder en el imaginario popular. Es el poder en la literatura política clásica, en los ilustrados, en Weber, Marx y Lenin, los que ahora vamos a exponer para destacar sus características en un recorrido histórico.

2.1.1. Punto de partida: liberalismo clásico

La Revolución Francesa, las revoluciones burguesas del siglo XVII y XVIII, el surgimiento del liberalismo en los albores de la era moderna: es en este punto de la historia cuando la noción coloquial contemporánea del poder comienza a gestarse.

Antes del siglo XVII, la dominación se ejercía a partir de la fuerza, de la exhibición del músculo del soberano, entendido como el monarca o el Rey. Este gran señor tenía que mostrarse "poderoso" ante sus súbditos, quienes obedecían por una ley divina a su Excelencia. La gradación sistemática de la sociedad estaba atravesada por un ejercicio de poder "natural" legitimado por la noción del designio divino. El poder, en el imaginario popular coincidía plenamente con las relaciones de dominación manifiestas en las gradaciones sociales. El monarca tenía poder sobre los nobles, quienes a su vez tenían poder sobre los vasallos y los siervos. Estos últimos tendrían poder sobre sus mujeres. Nadie cuestionaría entonces la legitimidad de esta cascada de dominación, en tanto que dios mismo habría designado diferencialmente la distribución de poder entre los seres humanos. dios mismo sería en este esquema la última fuente de poder.

La industrialización y las contradicciones ideológicas que ésta llevó en su seno, dieron paso a un periodo de ruptura con dicha concepción "natural" y "divina" del poder. La ilustración y particularmente los momentos revolucionarios que marcaron el siglo XVIII, derivaron en una noción de poder que crearía un nuevo paradigma, del cual hoy todavía heredamos (en los hechos) sus implicaciones en la organización de la sociedad política.

A partir de los escritos de Rousseau, Locke, Kant, Hobbes, Montesquieu, así como de los Federalistas norteamericanos, y el conjunto de los ilustrados del liberalismo, se fue construyendo una concepción de poder que se basaría en la idea de una legitimidad producto de la razón, y ya no de lo divino. A partir de ese momento histórico, ya no podría sostenerse más un "poder" que no fuera capaz de justificarse en algo más que un acto de fe divina.

El poder en la conciencia de los liberales adquirió la forma de un cierto poder "colectivo" (en tanto agregado de individuos), a partir de la idea del "pacto social" o "contrato original". Según esta lógica, hubo (o debió haber) un tiempo en el que el individuo habría vivido libre en un estado de naturaleza, ejerciendo un poder

individual y natural sobre sí mismo y su entorno, cuyos límites estarían definidos por el comienzo de los límites del poder individual ajeno. Sin embargo, llegaría el momento en que el poder del individuo se vería comprometido por los riesgos de permanecer en estado de naturaleza, confrontado ante un agregado de hombres egoístas que buscarían sus propios fines a costa de los otros individuos.

Entonces, los individuos habrían decidido sacrificar su libertad natural, y asociarse en una comunidad política para garantizar su seguridad y su libertad. Este sería el momento del "pacto social"; los hombres habrían llegado al punto en que los obstáculos para su conservación en estado de naturaleza superarían sus fuerzas individuales para contrarrestar esos obstáculos (Rousseau, 1993). El pacto social sería desde entonces, el fundamento de toda comunidad política y el fundamento de un poder que va más allá del individuo mismo, un poder cuya superioridad reside en la legitimidad que presupone el previo consentimiento de todos los individuos al primer pacto social.

En su Segundo Tratado sobre Gobierno, Locke escribía que nadie podría ser sacado del estado natural "y sometido al poder político de otro sin su propio consentimiento. La única forma en la que uno se separa de su libertad natural y se somete a la sociedad civil es por medio de un acuerdo con otros hombres para juntarse y unirse en comunidad, en la que puedan vivir cómodos, seguros y en paz con los demás, disfrutando sus propiedades y una mayor seguridad en contra de cualquiera que no sea parte del acuerdo" (Locke, 2006:86). La legitimidad del poder político ya no emanaba de un dios o una ley natural, sino que suponía el consentimiento activo de quienes fueran sujetos de ese poder, cuyo fin último sería la preservación del individuo y su propiedad.

¿Cuál sería la base de la existencia de un contrato social al que todos los individuos consienten, si no existiera un interés común a cada uno de los miembros? ¿Podría alguien consentir un pacto que no le representara ningún beneficio? Si los individuos autorizan al cuerpo político a hacer leyes a las que se

van a someter, es sólo porque consideran que existe un bien público, generalizable a todos los individuos, y que el cuerpo político responde al interés de ese bien público. El bien público sería la justificación de toda actividad legislativa. Dicha justificación es enunciada en el concepto de "soberanía", o el "soberano" de Rousseau, el cual se refiere a todos los individuos en la comunidad política en tanto hacedores de leyes. El soberano se distingue del "Estado" (todos los individuos en la comunidad política, en tanto sujetos de derecho). En la democracia liberal, "cada individuo, contratando, por decirlo así, consigo mismo, se halla obligado bajo una doble relación, a saber: como miembro del soberano para con los particulares y como miembro del Estado para con el soberano" (Rousseau, 1993:24).

Esta doble relación sería el fundamento a su vez de la "libertad" que subyace a la democracia. Todo individuo es libre en tanto sujeto de derecho, pues de esta forma no puede ser sometido a ninguna voluntad particular. Pero esto supone que el individuo se somete a la voluntad general. Esta voluntad general entonces sería el origen del poder democrático, y el fundamento del Estado moderno, que, en términos de Rousseau sería el soberano. El soberano, en quien reside el poder, deja de ser un príncipe y pasa a ser el agregado de individuos que contratan consigo mismos.

Desde el punto de vista de su materialización, el liberalismo perfeccionó los mecanismos de representación del poder, como posibilidad de su ejercicio práctico, consumando en los hechos una enajenación del poder soberano, como lo entendía Rousseau. Hamilton, Madison y Jay, por ejemplo, pensaban que en una comunidad política amplia, y dividida por las desigualdades en la posesión de la propiedad, era inevitable que se formaran facciones, lo cual impediría el ejercicio del poder democrático. Las facciones, decían los autores del Federalista, han sido la causa del fracaso de los gobiernos populares, y lo eran de las inestabilidades y "calamidades" de la Unión Americana en el siglo XVIII. Según ellos, las facciones se forman cuando un "cierto número de ciudadanos, estén en mayoría o en

minoría (...) actúan movidos por el impulso de una pasión común, o por un interés adverso a los derechos de los demás ciudadanos o a los intereses permanentes de la comunidad considerada en conjunto” (Hamilton, Madison y Jay, 2001: 36).

Según los federalistas, sólo podían existir dos formas de evitar los males del espíritu de partido: 1) suprimir las causas, y 2) reprimir los efectos. Sin embargo, la primera solución resultaba peor que el mal mismo, pues sólo se podían suprimir las causas de la formación de facciones, destruyendo la libertad y asumiendo la homogeneidad de opinión en todo el agregado de ciudadanos. Esto sería prácticamente irrealizable, pues en una sociedad capitalista, “la fuente de discordia más común y persistente es la desigualdad en la distribución de las propiedades” (Hamilton et al., 2001:37). Hamilton y compañía se daban cuenta de que no se podían reconciliar los intereses antagónicos en una sociedad de clases. Admitían que “los propietarios y los que carecen de bienes han formado siempre distintos bandos sociales” (Hamilton et al., 2001). Era evidente que no se podía evitar que, por ejemplo, una facción obrera decidiera de modo diferente respecto a los impuestos o las restricciones a las manufacturas extranjeras, que una facción de propietarios.

La solución, entonces, no consistía en suprimir las causas de las facciones, sino en suprimir sus efectos. La única manera de hacer esto sería lograr que ningún bando tuviera la mayoría, y si así ocurriera, entonces debería imposibilitarse a esa mayoría para imponer su voluntad. Esto se podría llevar a cabo por medio de la representación. Decían estos autores que “una república, o sea, un gobierno en que tiene efecto el sistema de la representación, ofrece distintas perspectivas y promete el remedio que buscamos” (Hamilton et al., 2001:38).

Una república podría entonces comprender un número más grande de ciudadanos y una mayor extensión de territorio, en tanto que la facultad de gobierno no era ejercida directamente por los ciudadanos, sino que recaía en un número pequeño de ciudadanos electos, que serían personas con mayor habilidad para la política y

aptos para representar los intereses del pueblo. Decían los federalistas que así sería "más posible que la voz pública, expresada por los representantes del pueblo, esté más en consonancia con el bien público que si la expresara el pueblo mismo" (Hamilton et al., 2001:38). Sin embargo, un poder que es representado, es propenso a la corrupción. Para evitar su perversión y su transformación en poder absoluto (tiranía), el poder tendría que crear ciertos mecanismos de contención. Es por esto que surge la idea de la "división de poderes". Hasta hoy, los modelos democráticos suponen un gobierno con diferentes niveles de gobierno y con poderes divididos en ejecutivo, legislativo y judicial. Lo que resulta del periodo de la revolución democrática del siglo XVIII es en realidad un movimiento definitorio del poder, como un poder enajenado de sí mismo. Por un lado, se legitima a partir de una razón universal, cuyo fin último es el bienestar de todos los individuos en acuerdo y consentimiento, y por otro lado se materializa en instituciones representativas que presuponen la separación del ejercicio del poder de los individuos, y el ejercicio de este como dominación externa, desde estas instituciones, pues la sujeción del individuo al poder se presenta como la premisa misma para la protección del individuo.

Esta concepción liberal-burguesa del poder, se convirtió en la esencia del paradigma democrático que caracterizaría la política del siglo XX, hasta nuestros días. De hecho, las nociones contemporáneas del poder en el imaginario social derivan de esta concepción. Para el grueso de los individuos, así como de las organizaciones sociales y políticas, el poder es entendido como aquel que se ejerce desde las instituciones del Estado o del gobierno. Asimismo, se le vincula inmediatamente con el concepto de soberanía, que como hemos visto, es el fundamento y la premisa de todo ejercicio de poder democrático. No obstante, esta visión de poder se muestra rápidamente insuficiente para entender la complejidad de los procesos políticos y sociales, ya que responde más a las necesidades históricas de un movimiento liberal que reaccionaba a la dominación feudal, que a las relaciones existentes de dominación, resistencia, tensión,

negociación, imposición y afirmación inherentes a toda forma de organización social.

2.1.2. Max Weber, el poder como dominación

Una primera definición del poder en este autor es "la posibilidad de que una persona, o varias, realicen su propia voluntad en una acción en común, aún contra la oposición de otros participantes en la acción" (Weber, 1995:45). Desde este punto de vista, el poder comienza a verse exclusivamente como dominación o capacidad de dominación, es decir, como la posibilidad de incidir en el comportamiento de un tercero, que puede ser un individuo, o un agregado de individuos. Sin embargo, el poder para Weber no es una relación meramente entre individuos aislados, pues éstos están situados en comunidades políticas que determinan su cuota de poder. El reparto de poder "depende directamente del ordenamiento legal existente en la comunidad" (Weber, 1995:45). El poder entonces no es algo natural a los individuos, sino una capacidad que se deriva de una estructura social. ¿Cómo podría materializarse el poder sino bajo la sanción y determinación de estructuras sociales que definen los alcances y los orígenes de ese poder?

Lo que determina, en última instancia, el reparto del poder entre los individuos, es en realidad la comunidad política en que se manifiesta su poder. Weber propone tres dimensiones para entender el reparto de poder en las comunidades políticas: 1) la clase, 2) el estatus y 3) la afiliación política.

Para Weber, la clase no se refiere solamente a un grupo o comunidad de personas, sino a las "bases de acción en común" de ese grupo de personas. Estas bases de acción en común estarían determinadas por tres elementos: 1) una causa en común que determina las posibilidades de vida, 2) esa causa en común está representada exclusivamente por intereses económicos que tienen que ver con la posesión de bienes y oportunidades de ingresos, y 3) esa posición de

bienes y oportunidades de ingresos se determina en el mercado (Weber, 1995:46). Así, la propiedad y la carencia de propiedad son categorías elementales de toda situación de clase, aunque cada una de estas dos categorías se puede subdividir en diferentes situaciones de clase, por ejemplo, entre los que tienen posesión de propiedad, hay propietarios de bienes inmuebles, distribuidores, terratenientes, etc., y dentro de los que carecen de propiedades, también hay una inmensa gradación, que varía con el tipo de ocupación que éstos desempeñan.

No obstante, para Weber, el concepto de clase siempre debe incluir, como característica general, el hecho de que "el tipo de oportunidad en el mercado es el momento decisivo que condiciona el destino del individuo" (Weber, 1995). Esto quiere decir que situación de clase es en última instancia equivalente a "situación de mercado".

Ahora bien, el segundo elemento que determina el reparto del poder es el "estatus social" de los miembros de la comunidad política. Weber apunta acertadamente al hecho de que la lucha "por el poder no siempre tiene como meta el enriquecimiento económico, el poder puede ser valorado por sí mismo. A menudo es el honor social implicado en la posición de poder lo que motiva su búsqueda" (Weber, 1995:45). Aunque también resalta que "no todo poder otorga honor social (...) en términos generales, el poder puramente económico y particularmente el poder monetario desvergonzado no constituye de ninguna manera un fundamento suficiente de honor social" (Weber, 1995: 45-46).

Entonces, ¿a qué se refiere el honor social o el "estatus" al que Weber le otorga un papel fundamental en la determinación del poder? A diferencia de la clase, el estatus "alude a todo componente típico del destino existencial de los hombres, condicionado por una peculiar estimación social del honor, sea positiva o negativa" (Weber, 1995:54). Por supuesto, las diferencias de clase pueden estar enlazadas con las diferencias de estatus (Weber, 1995:54). Entonces, si seguimos este punto de vista, quienes tienen poder en la comunidad política no son sólo los miembros

de una clase, determinada por su ubicación en términos de mercado, sino aquellos que gozan de una estima particular por su origen social.

Finalmente, Weber apunta a un tercer factor que influye en la cuota de poder de los individuos dentro de una comunidad política, su afiliación política. En este sentido, la acción partidaria logra influir sobre las acciones comunitarias, constituyendo una fuente de poder importante, ya que la afiliación partidaria repercute directamente en la posibilidad de realización de la voluntad de quienes comparten esa afiliación. Sea que el fin último sea algún objetivo planificado, o el interés personal de quien está afiliado, los partidos "pueden conseguir el poder de maneras muy diversas, desde la violencia abierta, la obtención de votos con recursos groseros o sutiles: dinero, prestigio social, la persuasión de la oratoria, la coerción cínica, etc., y también las tácticas toscas o fines de obstrucción partidaria" (Weber, 1995:64).

Ahora bien, también es cierto que los partidos pueden representar los intereses de clase o estatus, y sus afiliados pueden venir de una u otra forma de estratificación. No obstante, los partidos no son solamente clase o estatus, según Weber, sino que forman parte de una forma particular de poder. En términos generales, diríamos que las clases se estratifican según la producción y obtención de bienes (económico), mientras que el estatus se relaciona con estilos de vida específicos reconocidos por la comunidad política (social), y la afiliación a los partidos tiene que ver con la disputa por el gobierno (político).

A partir de esta tipología del reparto del poder en las comunidades políticas, podemos ver un énfasis en el carácter dominador del poder de Weber. Sea en lo económico, social o político, el poder así concebido se entiende como dominación, ya que se define a partir de la imposición de la voluntad propia. Así mismo, para Weber es difícil separar al poder de las formaciones políticas. Esto demuestra una continuidad con la visión liberal del poder, ya que, en todo caso el poder nos

refiere a una cierta autoridad política dentro de la formación política institucionalizada.

Ahora bien, la dominación que presupone el poder, se puede clasificar en torno a tres modelos ideales weberianos, ampliamente conocidos, el dominio tradicional, la obediencia a un líder carismático y la legitimidad que presupone una dominación burocrática. Estos tres modelos ideales no coinciden necesariamente con un movimiento lineal de la historia, pero sí pueden pensarse en términos de las sociedades tradicionales y las modernas. Las sociedades tradicionales, fundamentalmente basadas en las relaciones personales, ejercen la dominación a partir del uso de la fuerza, es decir, el poder se manifiesta como una dominación casi mecánica, la imposición de una voluntad a otra a partir de la coerción. La segunda forma de dominación corresponde a sociedades un poco más "desarrolladas" pero las cuales todavía no pueden caracterizarse como modernas, en tanto que su organización responde más a factores personales que a la razón como criterio de organización social. La dominación carismática ya no necesita del uso de la fuerza, ya que las características personales de un líder hacen que la obediencia sea voluntaria, lo cual se convierte en el factor que legitima a la autoridad carismática.

Finalmente, la dominación burocrática se relaciona con el ejercicio de la razón en la forma de ejercer la autoridad. La dominación en las sociedades modernas no se debe al uso de la fuerza, ni al reconocimiento colectivo de las cualidades de quien ejerce la autoridad, sino al reconocimiento de un conjunto de instituciones racionales, a las cuales se someten los individuos. El uso de la razón se vuelve fundamental tanto en la aceptación de la autoridad, como en la manera en que se organizan las instituciones que ejercen la autoridad. Por supuesto, la "razón" en Weber, como argumentaban Adorno y Horkheimer, no se refiere a lo razonable en términos de los "fines" sino a la razón instrumental, en términos de los medios, es decir, a la forma y no al contenido. En este sentido, la racionalidad de las sociedades modernas se refiere al funcionamiento burocrático de las estructuras

de gobierno, y en general, que incrementan la eficiencia de la actividad gubernamental.

Como podemos ver, el poder para Weber sigue estando muy vinculado con el ejercicio de la autoridad en una comunidad política. La visión weberiana nos presenta una visión de poder que se enfoca únicamente en el poder como "dominación". No deja posibilidad para pensar el poder como resistencia y como capacidad creativa, dos categorías fundamentales para la tipología del poder que proponemos adelante.

2.1.3. Condición del poder: Estado y lucha de clases desde el marxismo

Si bien, Weber escribió sobre el poder mucho después de la muerte de Karl Marx, hemos puesto este apartado después de la discusión sobre Weber por dos razones principalmente: 1) consideramos que la concepción marxista del poder está un paso adelante de la weberiana en tanto que su entendimiento del poder es más complejo y amplio. Ambos Weber y Marx van más allá del liberalismo clásico, pues Weber rescata el "estatus" y la "clase", y Marx discute la relación entre la clase (lo económico-social) y lo político (el Estado), pero el marco teórico weberiano no explica el fondo económico de la disputa de poder en las sociedades capitalistas. 2) En términos meramente cronológicos, el marxismo no puede circunscribirse a Marx, pues se ha convertido en una corriente de pensamiento y una expresión amplia del movimiento social que hasta la fecha sigue viva y en constante desarrollo. Este apartado no se refiere exclusivamente a Marx, sino al marxismo en general.

Una de las premisas fundamentales del marxismo es la división de la sociedad en clases sociales. El marxismo define a las clases desde la dimensión de la producción y no de la distribución (mercado), como hace Weber. Las clases sociales son conjuntos de individuos agrupados por relaciones sociales de

producción y con respecto a la propiedad de los medios de producción. Los propietarios de los medios de producción son aquellos cuya riqueza se debe a la constante acumulación de capital que resulta de la apropiación del valor excedente del trabajo ajeno, el plusvalor. Por otro lado, la clase obrera comprende a todos aquellos que están del lado de los desposeídos, quienes carecen de los medios para ejercer su actividad productiva y dependen de la venta de su fuerza de trabajo para sobrevivir. Son estos últimos los creadores de toda la riqueza de la sociedad, pues son quienes trabajan y producen mercancías. Sin embargo, como las relaciones de clase son en sí relaciones de poder, éstos últimos no pueden gozar plenamente del producto de su trabajo.

Esta primera división de la sociedad en clases, se entendió por mucho tiempo como la existencia única de dos grandes clases fundamentales, la burguesía y el proletariado. La burguesía tendría en sus manos la propiedad de los medios de producción, mientras que el proletariado sería el productor de las riquezas, explotado y excluido del fruto de su trabajo. Por supuesto, en la totalidad social existen otras clases, como lo serían aquellos que poseen medios de producción, pero que no necesariamente acumulan capital: la "pequeña burguesía", campesinos, clases gerenciales, o incluso los funcionarios de gobierno. Sin embargo, desde el punto de vista del marxismo, no se podría entender el poder sin hacer referencia a la relación principal entre las dos clases fundamentales, la burguesía y el proletariado. Mucho se ha discutido la pertinencia de estas dos clases fundamentales, pues se ha argumentado que en las sociedades contemporáneas hay una disociación empírica de los conceptos con los hechos registrados. Sin embargo, me parece que una referencia mecánica a los hechos empíricos no invalida necesariamente las categorías de clase propuestas por el marxismo.

No es el espacio aquí para tratar esta discusión, sin embargo, sí podemos decir que la construcción teórica de las clases, como relaciones sociales de producción (y no como conglomerados de individuos que comparten las mismas

características) permite pensar el poder, no como un fenómeno natural, que se deriva de la divinidad, o de la razón, o como el hecho abstracto de la dominación, sino como la disputa histórica entre grupos sociales cuyos recursos y limitaciones están marcados por su posición con respecto a las relaciones de clase. Esta disputa histórica se condensa en el Estado, que incluye no solamente al aparato de gobierno, sino a todos aquellos espacios superestructurales atravesados por la división de clases (Derecho, ideología, medios de comunicación, etc.). Para el marxismo, el Estado no es la manifestación armoniosa del poder político, producto de un consenso, como lo pretende la idea del pacto social liberal. Por el contrario, el Estado es la manifestación del conflicto y las contradicciones de clase, el espacio en donde se condensa la lucha de clases.

...el Estado no es de ningún modo un poder impuesto desde fuera de la sociedad; tampoco es 'la realidad de la idea moral', ni 'la imagen y la realidad de la razón', como afirma Hegel. Es más bien un producto de la sociedad cuando llega a un grado de desarrollo determinado; es la confesión de que esa sociedad se ha enredado en una irremediable contradicción consigo misma y está dividida por antagonismos irreconciliables, que es impotente para conjurar.⁵

Esto quiere decir que el Estado no es esa estructura natural síntesis de las voluntades particulares de individuos completamente iguales, que aceptan igualmente el derecho, de manera mecánica y sin necesidad de ningún tipo de dominación. En “La Guerra Civil en Francia”, Marx escribía con respecto a la estrategia del movimiento proletario en la Comuna de París: “La clase obrera no puede limitarse simplemente a tomar posesión de la máquina del Estado tal y como está y servirse de ella para sus propios fines. El poder estatal centralizado, con sus órganos omnipotentes: el ejército permanente, la policía, la burocracia, el clero y la magistratura -órganos creados con arreglo a un plan de división

⁵ ENGELS, Federico. *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. SARPE. Barcelona. España 1983. P. 34

sistemática y jerárquica del trabajo-, procede de los tiempos de la monarquía absoluta y sirvió a la naciente sociedad burguesa como un arma poderosa en sus luchas contra el feudalismo.” (Marx, 1975:165)

Esto también ha sido criticado como una visión reduccionista del poder, que lo circunscribe al concepto de Estado, y éste a su vez, se presenta como una determinación económica, en tanto que instrumento de una clase determinada económicamente. De esta manera, el Estado se interpretaba como sinónimo de sociedad política o aparato de gobierno, por lo que numerosas organizaciones y movimientos de corte marxista centraron sus estrategias en la conquista del aparato de gobierno, pues ésta sería la única vía para acceder al poder. No obstante, dentro del marxismo, autores como Gramsci, Lukacs, Mariátegui, etc., desarrollaron lecturas críticas alejadas de dogmatismos del Marxismo ortodoxo soviético.

La pretensión (presentada como postulado esencial del materialismo histórico) de presentar y exponer toda fluctuación de la política y de la ideología como expresión inmediata de la estructura tiene que ser combatida en la teoría como un infantilismo primitivo, y en la práctica hay que combatirla con el testimonio auténtico de Marx, escritor de obras políticas e históricas concretas.⁶

Rescatando obras de Marx, Gramsci comenzó a definir una visión del Estado como hegemonía, es decir, como un espacio atravesado por la lucha de clases, pero no sólo como coacción, sino como una sociedad regulada que abarca tanto la sociedad política, como la sociedad civil, y cuyo ejercicio de poder se lleva a cabo a través de la hegemonía. El Estado de coacción, según Gramsci, estaría en un proceso de agotamiento, en la medida en que se desarrollan los elementos de la sociedad civil. Desde este punto de vista, no sería lo mismo pensar en el poder del

⁶ GRAMSCI, Antonio. *Cuadernos de la cárcel*. Casa Juan Pablos. México. 2009. P. 74

Estado zarista de la Rusia pre-soviética, que en el poder de los Estados democráticos occidentales. En estos últimos el poder sería, no sólo dominación como fuerza y coacción, sino obediencia, a partir del consenso y el convencimiento.

Ahora bien, esta concepción Gramsciana de la hegemonía no implicaba una renuncia del marxismo a la concepción de poder como objetivo último de la lucha de clases. Por lo mismo, la idea de la "toma del poder" seguía muy presente en el marxismo. Si bien, las implicaciones del concepto Gramsciano de hegemonía en las estrategias de los movimientos marxistas serían profundas en cuanto a estrategia, éstas no cambiarían el carácter objetivo del poder de la teoría marxista. La guerra de posiciones de Gramsci no implicaba una renuncia a la "toma del poder", sino una estrategia diferente a la del marxismo tradicional, que pretendía un asalto al poder, al estilo bolchevique. El objetivo último de la guerra de posiciones, sería también acceder al poder del Estado (sociedad política y sociedad civil).

Más recientemente, Atilio Borón ha tratado de clarificar la visión marxista de la toma del poder, dado que sigue siendo ampliamente malinterpretada por movimientos marxistas y por teóricos antimarxistas. La toma del poder, según Borón, no puede ser simplemente el acceso a las más altas esferas del gobierno, como sigue siendo la interpretación común. En otras palabras, la llegada al gobierno es sólo un componente de la toma del poder. Si el marxismo concibe al poder como algo más que un simple aparato-instrumento de dominación vertical, sino como un espacio de lucha de clases, entonces el acceso al poder tiene que ser algo más integral y complejo. Por supuesto, las formas de acceder al poder pueden ser muy diversas (vía electoral, insurrección, revolución, golpe de Estado, etc.) pero lo inevitable, según Borón, es acceder a él para lograr cualquier tipo de transformación social profunda.

Ahora bien, tomar el poder, tampoco significa conquistar la sociedad civil. Borón hace una crítica dentro del marxismo a una "lectura defectuosa" de Gramsci que pretendía equiparar el poder con los espacios de la sociedad civil. En este sentido, conquistar el poder sería conquistar aquellos espacios de la sociedad civil preponderantes en la sociedad, como las universidades, los sindicatos, las iglesias, etcétera. Una vez más, esto sería solo otro elemento de la toma del poder. Finalmente, para Borón, tomar el poder tampoco sería, como ha planteado una corriente del marxismo, el control de un territorio o una región. Ahora bien, si esto es lo que no es la "toma del poder", entonces, ¿qué es la toma del poder? Para entender esto, sería necesario ubicar tres dimensiones del Estado según este autor:

1. El Estado como "condensación de las relaciones de fuerza existentes en determinado momento del desarrollo social y político". (Borón, 2002:68)
2. El Estado como "aparato administrativo, político, burocrático, legal, etcétera, que dispone, como uno de sus rasgos decisivos, del monopolio de la violencia legítima". (2002:85)
3. El Estado como escenario en donde se dirimen los conflictos sociales.

Por lo tanto, tomar el poder, querría decir tres cosas:

1. La constitución de una nueva correlación de fuerzas que supondría la construcción de un movimiento social (campo popular) fuerte y arraigado en la base social, es decir, "desde abajo", que logre destituir a las clases dominantes;
2. La conquista del "aparato" del Estado (las estructuras administrativas, políticas y de la sociedad civil), y
3. Finalmente, la "instauración de un nuevo orden económico y social que desarticule los fundamentos de la vieja sociedad capitalista mediante la socialización de la economía, la política y la cultura y dé inicio a un proceso de transición que coloque al país en cuestión, en la ruta del autogobierno

de los productores. Es decir, de la creación de una sociedad sin clases y sin Estado". (2002:198)

Con los primeros dos elementos, el poder tendría la legitimidad del pueblo y la legalidad de una constitución respectivamente, y el tercero sería finalmente el contenido de ese poder al que se logra acceder. Ahora bien, no se debe olvidar que, en la tradición marxista, el acceso al poder es sólo un momento o una condición para el paso a la sociedad sin clases. En esta sociedad, el poder, concebido así, como espacio de lucha de clases, se vuelve irrelevante.

Como hemos visto, a pesar de los avances en la teoría del poder que representa la visión marxista, éste se sigue entendiendo como un objeto, es decir, como algo a lo que se accede y a partir del cual toda transformación es posible. Ningún movimiento social de corte marxista se permitiría ignorar el problema del poder, concebido de esta manera. En este sentido, la dimensión económica no es suficiente para pensar en la reproducción del sistema capitalista, sino que es necesaria una estructura de dominación entendida como aparato de poder, que asegure el cabal funcionamiento del sistema.

Si algo hemos aprendido en los últimos cien años de la historia del capitalismo, es que éste no se sostiene ni se reproduce exclusivamente sobre la base de los mecanismos de mercado, y que la existencia de una estructura de explotación requiere inexorablemente de la existencia de una estructura de dominación.⁷

Para la visión marxista, hay diferentes vías de acceso al poder, pero lo que es inevitable es acceder a él para cualquier tipo de transformación social que beneficie a las clases subalternas.

⁷ BORÓN, Atilio. *Imperio & Imperialismo*. CLACSO. Buenos Aires. Argentina. 2002. P. 45

2.2. Concepción contemporánea del poder

Si bien el marxismo representó una visión ampliamente retomada por los movimientos sociales y populares del siglo XX, su concepción de poder seguía repitiendo el error principal del liberalismo, es decir, concebirlo como un objeto, al que se le puede asignar una particularidad espacio-temporal, con la limitante de la visión weberiana, de concebirlo como dominación. Si bien el marxismo permitía la contestación organizada de las clases subalternas en torno a esa dominación, éste no alcanzaba a ver las formas más sutiles en que el poder ejerce esta dominación en los cuerpos, y al mismo tiempo se convierte en resistencia. Pero el marxismo introdujo una perspectiva que a partir de su ingreso a la historia, permitió desembocar en el reconocimiento del poder como un fenómeno no reductible a relaciones puramente políticas, y gracias a su autocrítica, tampoco reductible a relaciones exclusivamente económicas. La concepción contemporánea del poder que en este apartado vamos a exponer tiene una relación básica con el marxismo, pero trasciende a éste en la necesidad de dejar de ver el poder heterónimo como la única vía de entender el poder.

2.2.1. Foucault y los límites del poder

Fue quizás Foucault uno de los primeros teóricos en romper con la idea objetivada del poder y presentar una visión más aguda que lograra entender la interrelación entre los espacios de dominación y resistencia a nivel macro y microsocioal. Para Foucault, el poder se puede entender como una maquinaria que penetra todos los espacios de la vida, una red de relaciones que se construye a partir de innumerables puntos. El poder no es algo externo a los sujetos, sino algo que trabaja en el interior de ellos, y que se manifiesta como la multiplicidad de relaciones de fuerza, de dominación y resistencia, las cuales son constitutivas de toda forma de organización social. Nos dice Foucault que el poder no está en posición de exterioridad con los fenómenos sociales (procesos económicos,

relaciones de conocimiento, relaciones de convivencia, relaciones sexuales, etc.) sino que son immanentes a estos (Foucault, 2009:112). Este tipo de poder, es lo que Foucault llama “biopoder”, cuyo ejercicio se ubica en el nivel microsocial.

El biopoder por un lado penetra y regula los cuerpos desde su interior, produciendo cuerpos individualizados, dóciles y auto disciplinados, que por otro lado regula la vida colectiva de las poblaciones humanas que dependen de leyes biológicas. Todo individuo perteneciente a una sociedad humana, está sujeto a las necesidades propias de la especie, como la mortalidad, la salud, la alimentación, la vivienda y la educación, y estas sólo se pueden resolver a partir de las relaciones de poder. El biopoder está ahí en los espacios más íntimos de las interacciones humanas, en las aspiraciones individuales, en las formas de relacionarse, en la construcción de los sujetos mismos.

Ahora bien, nadie puede negar que hoy existe todo un entramado político, jurídico, represivo e incluso económico, a partir del cual se ejerce una dominación y un control sobre los grupos sociales. Los Estados capitalistas modernos necesitan de complejos marcos jurídicos que impongan una serie de normas para la vida humana, así como de numerosos ejércitos y cuerpos policíacos fuertemente armados, siempre listos para someter a quien no acate esa serie de normas y regulaciones. Este tipo de estructuras forman parte del macropoder.

Aunque a primera vista pareciera que la noción foucaultiana del biopoder es antitética a un reconocimiento del macropoder del Estado, una lectura más atenta de Foucault revela las relaciones estratégicas que hay entre la microfísica y la macrofísica del poder (Ceballos, 1997:42). El macropoder entra necesariamente en una relación con el micropoder, de modo tal que a partir del macropoder se configuran dispositivos de control, exclusión, normalización y represión, pero que son interiorizados por los sujetos, y comienzan a ejercerse desde la vida de los sujetos mismos. En otras palabras, lo que hay es un dispositivo de poder global que integra a los sujetos y a las prácticas sociales desde ellas mismas.

En su lectura de Foucault, Ceballos Garibay nos dice que el poder “no es una institución, ni una estructura” pero tampoco es sólo “la capacidad de alguien”; ni estructura ni subjetividad, sino una relación entre ambos: “una estrategia compleja de prácticas de dominación en una sociedad determinada” (1997:42). Es a partir de la microfísica del biopoder que se “crean las condiciones de posibilidad para el funcionamiento adecuado de los poderes globales” (1997:43).

Un gobierno autoritario puede someter a través de la fuerza a un individuo, pero esto constituye sólo eso, “fuerza”, en tanto que ese sometimiento no se traduzca en una articulación entre el poder-macro y el biopoder. Ese sometimiento es frágil en tanto que confronte al sujeto desde fuera, como algo ajeno y hostil. Esto se puede entender mejor con el concepto foucaultiano del panóptico, que explica la interiorización de la dominación. Nos dice Foucault que, en una prisión, el panóptico busca inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción. Que la perfección del poder tienda a volver inútil la actualidad de su ejercicio; que este aparato arquitectónico sea una máquina de crear y de sostener una relación de poder independiente de aquel que lo ejerce; en suma, que los detenidos se hallen insertos en una situación de poder de la que ellos mismos son los portadores (Foucault, 1998:121).

De igual manera, el modelo del panóptico funciona como un dispositivo de poder en las sociedades modernas, en tanto que los aparatos del macropoder no pueden ser constantes y permanentes, pero sí lo son en sus efectos a través de los micropoderes. Son estos últimos los que sostienen al macropoder.

Siguiendo a Foucault, Ezequiel Adamovzky argumenta que es precisamente la relación entre el poder macro y el biopoder la que sostiene a las sociedades capitalistas modernas. La continuidad del Estado burgués, y de cualquier otra

forma de Estado, no podría asegurarse si se prescindiera de uno u otro polo. El poder macro es el que, garantiza que las relaciones biopolíticas en las que descansa el capitalismo funcionen fluidamente: corrige desviaciones, castiga infracciones, decide cómo y hacia qué lugar direccionar la cooperación social, se ocupa de realizar tareas de gran escala que el sistema necesita, monitorea todo, y funciona como punta de lanza para que los vínculos biopolíticos capitalistas penetren cada vez más profundo (Adamovzky, 2007).

Como podemos ver, la visión de Foucault nos permite entender el poder como algo que se ejerce en distintos niveles, como un entramado de relaciones que está en el fondo del funcionamiento, tanto de las macroestructuras en torno a las cuales se organiza el Estado moderno, como de las interacciones a nivel microsociales que se presentan como manifestaciones del poder, ejercido desde el individuo, pero sin por ello negar el hecho de la centralización de los aparatos de dominación.

2.2.2. El poder, según Dussel

Para Enrique Dussel, el poder es fundamentalmente un macropoder, en términos foucaultianos. Éste es presentado fundamentalmente como poder político, entendido lo político como un campo de la vida cotidiana. En la construcción conceptual de Dussel, el poder político no emana de una autoridad autorreferida, pues el poder "tiene como referencia primera y última al poder de la comunidad política o del pueblo, en sentido estricto" (Dussel, 2006:14). Este punto de partida es sumamente importante porque nos permite concebir el origen de la corrupción de la autoridad, el cual no es más que la concepción autorreferida del poder. Esto significa que aquellos que ocupan cargos de autoridad piensan que su autoridad se explica desde sí misma, y olvidan que el origen de todo poder política (y por ende de toda autoridad política) es el pueblo como comunidad política.

Este poder de la comunidad política, sin embargo, existe solamente potencialmente, pues no se puede realizar más que a partir de su desdoblamiento o enajenación. Esta enajenación consiste en el ejercicio real del poder, es decir, en la autoridad que ejerce el poder. En términos de las democracias modernas, el desdoblamiento del poder potencial del pueblo estaría materializado en el aparato político o de gobierno. En términos de Dussel, el poder que emana de la comunidad política es la "potentia", mientras que su desdoblamiento (la autoridad que lo ejerce realmente) es la "potestas".

La potentia tiene como fin último la voluntad de vida. Como apunta Dussel, todos los seres humanos somos seres vivientes y somos originariamente comunitarios. Al mismo tiempo, las comunidades humanas siempre han estado constantemente acosadas por la muerte, por lo que han desarrollado una ancestral tendencia a permanecer en la vida (Dussel, 2006:23). Es esta tendencia a la que Dussel denomina "voluntad de vida". Partiendo de esta premisa, la potentia tiene como esencia positiva o como contenido principal a la voluntad de vida. Así, el objetivo primero y último del poder como potentia sería negar aquello que niega la vida.

Esta "voluntad de vivir" del poder implica que el ejercicio del poder debería ser capaz de garantizar los medios para la supervivencia de la comunidad. Todos los seres humanos tenemos necesidades que se presentan como la negación de vida. Por ejemplo, el hambre es falta de comida, y la falta de comida es negación de vida. En este mismo sentido, la sed es falta de agua, la pobreza es falta de recursos necesarios para reproducir la vida, la enfermedad es falta de salud, la exposición incontrolada a la muerte es falta de seguridad. Así pues, el contenido esencial del poder, como potentia, es la negación de la negación, es decir, la negación de aquello que niega la voluntad de vida. Este punto representa un avance importante en la concepción del poder, ya que se comienza a considerar no sólo como medio, sino como contenido.

Dussel propone también tres criterios, o tres dimensiones, a partir de las cuales podemos analizar el poder: contenido material, legitimidad y factibilidad. Entonces, el contenido material de la potentia sería pues, la "voluntad de vivir", mientras que su legitimidad se derivaría de un "consenso racional", es decir, no podría resultar de un acto de dominación o violencia que niegue el "querer-vivir-propio" de la comunidad, a favor del "querer-vivir-del-soberano". Finalmente, la factibilidad del poder estaría implicada en la posibilidad de defenderse de actores externos, la autosuficiencia y la posibilidad de llevar a cabo los propósitos de la vida humana.

Ahora bien, la potentia sólo puede existir potencialmente, es decir, "no tiene una existencia real ni empírica. La potentia se desdobra y se ejerce como autoridad institucional, es decir, como potestas. La potestas, entonces, es una facultad que se tiene o no se tiene (la autoridad). Si el poder como potentia no fuera actualizado por medio de la acción política o institucionalizado, quedaría en potencia, como una mera posibilidad inexistente" (Dussel, 2006:29).

Utilizando las tres categorías anteriores, vemos que el contenido material de la potestas es el ejercicio real del poder en los diferentes campos (económico, ecológico, cultural, etc.), la legitimidad viene de un proceso meramente formal como (el campo del derecho, los sistemas institucionales, etc.), y la factibilidad tiene que ver con la administración del Estado (capacidad real de ejercer el poder del Estado).

La potestas, a su vez, puede ejercerse de dos formas, 1) como poder fetichizado, y 2) como poder obediencial. La potestas como poder fetichizado tiene como característica principal el hecho de que se olvida del origen de su poder, es decir, se olvida de la potentia, y se manifiesta como un poder autorreferenciado, el poder del gobernante se explica desde el gobernante y no desde el pueblo a quien representa, el gobierno es quien manda y no quien representa al pueblo. Se absolutiza la "voluntad del representante, (así lo quiero, así lo ordeno; la voluntad [del gobernante] es el fundamento de la razón" (2006:29).

Por otro lado, cuando la potestas se ejerce como poder obediencial, el poder se entiende como "servicio", y no como "autoridad" necesariamente. Esto quiere decir que el gobernante responde a una vocación ("llamado") que le hace la comunidad al político. En este sentido, el poder emana del pueblo, y el político se convierte en delegado, pues se le delega el ejercicio de la autoridad, pero no se olvida que el poder emana en primera y última instancia del pueblo. Esto se resumiría en la máxima zapatista del "mandar obedeciendo".

El concepto de poder en Dussel es utilizado como una *facultad*, una *capacidad*, que se *tiene* o no se *tiene*, pero con precisión nunca se toma. Los que pueden asaltarse, tomarse, dominarse son los instrumentos o las instituciones que consisten en las mediaciones de su ejercicio. Esto quiere decir que la forma de poder no puede ser una forma enajenada, o incluso desdoblada en potestas como existencia fenoménica y potentia como momento suprafenoménico que carece de existencia real, en tanto que sólo aparece como potencialidad. Esto es así, porque todo desdoblamiento de esta naturaleza implica la institucionalización de un poder delegado diferenciadamente en particularidades (individuos), a quienes se les concede una autoridad, en tanto que deben obedecer a la comunidad política. Aun si la forma que toma esta institucionalización es la del poder obediencial, la corrupción no es sólo probable sino que es inmanente a este desdoblamiento, pues el individuo no puede negar su propia particularidad en favor de la universalidad. Dussel mismo reconoce una ambigüedad en este desdoblamiento, cuando dice que "Se 'delega' a alguien el poder para que 'represente' en el nivel del ejercicio institucional del poder a la comunidad, al pueblo. Esto es necesario pero al mismo tiempo es ambiguo. Es necesario, porque la democracia directa es imposible en las instituciones políticas que involucran a millones de ciudadanos. Pero es ambiguo porque el representante puede olvidar que el poder que ejerce es por delegación, en nombre 'de otro', como el que se 'presenta' en un nivel institucional (potestas) en referencia ('re-') al poder de la comunidad (potentia)." (Dussel, 2006:38).

Las víctimas del sistema político vigente no-pueden-vivir plenamente (por ello son víctimas). Su voluntad-de-vivir ha sido negada por la voluntad-de-poder de los poderosos. Esa voluntad-de-vivir contra todas las adversidades, el dolor y la inminente muerte se transforman en una infinita fuente de creación de lo nuevo. El que nada tiene que perder es el único absolutamente libre ante el futuro. La voluntad de los sujetos singulares en los movimientos, en el pueblo, vuelve a adquirir el ethos de la valentía, del arrojo, de la creatividad. La primera determinación del poder (como potencia) es la voluntad. El pueblo la recupera en los momentos coyunturales de las grandes transformaciones (Dussel, 2006:94).

Se ha olvidado frecuentemente que le toca al político como representante, la obligación responsable de desarrollar la vida de todos los ciudadanos, en primer lugar, de aquellos que han sido puestos fuera de esta posibilidad de cumplir con la satisfacción de sus necesidades, desde las más básicas hasta las superiores (Dussel, 2006:103).

La política, en su sentido más noble, obediencial, es esta responsabilidad por la vida en primer lugar de los más pobres. Esta exigencia normativa fundamental constituye el momento creativo de la política como liberación. ¡Los pueblos que han sabido darse esos políticos ejemplares han podido vencer las dificultades que la historia les ha deparado! ¡Los que han tenido políticos corruptos, egoístas, de horizontes mezquinos han pasado amargos momentos y hasta han desaparecido! El fetichismo de los gobernantes en el ejercicio del poder debilita a los pueblos y los deja inermes ante sus enemigos (Dussel, 2006:103)

Se retoman estos párrafos de Dussel no para decir que la solución es buscar buenos políticos, que sí obedezcan al pueblo, es decir, se queda como una apuesta a la buena fe de los gobernantes, y la liberación sería el resultado de una

buena elección de gobernantes. En realidad, como se veía anteriormente, el problema no es la buena fe de los gobernantes, sino crear los mecanismos de poder que imposibiliten a una sola persona tener la facultad de incidir de esta forma en el destino del pueblo, a partir de una autoridad delegada

2.3. Poder autónomo y heterónimo

Como hemos visto tras revisar a Foucault y Dussel, el poder sólo se ejerce, y al ejercerse puede tener una doble lectura al interpretarse como un ejercicio propio (personal o colectivo), o bien, como un ejercicio sobre otro u otros. Así es imposible no reconocer el poder como algo más complejo, un sistema de relaciones que atraviesa la sociedad en diferentes dimensiones, una configuración particular de fuerza, imposición y afirmación, dominación y resistencia, que se materializa en diferentes formas y en diferentes momentos.

Inicialmente hemos pasado por la concepción tradicional del poder, del poder-objeto del imaginario popular como una unidad objetiva, centralizada y puramente vertical, poseída por un ente dominador, y a partir de la cual se puede someter a todo el cuerpo social. Sirve para pensar el poder únicamente como dominación materializada en las estructuras jurídico-represivas del Estado, o como dominación hegemónica a partir de aparatos ideológicos completamente verticales, cuya imposición ideológica priva de toda agencia a los sujetos cuyo fin último es la reproducción de un sistema de dominación, la auto-conservación.

A esta noción tradicional, le llamaremos con precisión *poder heterónimo*, como el poder ejercido sobre otro o por otro, por ello “se tiene”, es tenido para poder ser ejercido, al igual que se tiene un objeto, de ahí que se pueda tomar, conquistar o arrebatarse; y así es traducido como el poder de imponer, dominar, excluir. La heteronomía distribuye disyuntivamente el poder: algunos tienen poder, y muchos

otros no tienen. Sus características fundamentales, son la verticalidad, pues requiere un arriba y un abajo, autoridad y subordinación; así como la necesidad de ser intransigente, salvo cuando sus mismos intereses le obligan a escuchar o considerar otras posturas diferentes a la suya, para no poner en riesgo su existencia en la deslegitimación.

El poder heterónimo en tanto postura tradicional, es a su vez dominante en el discurso social y pretende ser la noción única y exclusiva que explica al poder en tanto concepto, pero ya no nos es suficiente para explicar con un mínimo grado de profundidad los movimientos sociales contemporáneos, tampoco nos sirve pensar el poder desde una perspectiva microsociedad, dotado de una ubicuidad negadora de toda concentración estructural de la dominación.

Pero, ¿cómo puede existir el poder, heterónimo en este caso, si hemos visto que ni la divinidad ni la razón son elementos empíricamente trascendentales, sino que con el advenimiento de la crítica marxista, lo que existe realmente son las relaciones sociales? o dicho en otras palabras ¿dado que el poder no surge de ningún "ser" ni divino ni abstracto, sino de las relaciones reales entre personas existentes, dónde queda el poder heterónimo?

El poder no emana de una autoridad política autorreferida; el poder "tiene como referencia primera y última al poder de la comunidad política (o del pueblo, en sentido estricto)." (Dussel, 2006:14).

Si Dussel responde así a nuestras preguntas, vemos que ingresa una concepción de poder no referido a la autoridad y su fuerza, ni mucho menos a quien encarna el papel de autoridad, sino a la conjunción de poderes subjetivos en una comunidad política. En este caso sale a relucir el desdoble del poder heterónimo, que es el poder autónomo pensado a partir de las nociones ya vistas de potencia, biopoder y micropoder.

El *poder autónomo* se caracteriza principalmente por su origen, que se encuentra en las voluntades propias de los sujetos y no en voluntades externas, es en esto en que se contrapone al poder heterónimo en tanto que permite la realización de los sujetos determinada por ellos mismos a partir de sí mismos, no como sujetos de una dominación, es independiente y no está atado o determinado por estructuras de poder externas. El fin último es la voluntad de vida de los seres humanos... "poder empuñar, usar, cumplir los medios para la sobrevivencia es ya el *poder*. El que *no-puede* le falta la capacidad o facultad de poder reproducir o aumentar su vida por el cumplimiento de sus mediaciones. Un esclavo no tiene *poder*, en el sentido que *no puede* desde su propia voluntad (porque no es libre o autónomo) efectuar acciones o funciones institucionales en nombre propio y para su propio bien" (Dussel, 2006: 24).

El fin último de esta configuración de poder es la vida y no la dominación, la independencia y no la dependencia, la auto solución y no el paternalismo. El poder aquí, confronta a los sujetos, no como algo ajeno y hostil, sino como la condición de su propio bienestar. Vamos a reconocer en el poder autónomo, las siguientes cuatro características principales:

- Emerge a partir de la voluntad propia de los sujetos y no de voluntades externas.
- El balance de la relación poder-biopoder está cargado hacia el polo de los micropoderes, es decir, se caracteriza por una horizontalidad predominante.
- Los micropoderes funcionan como expresión de la realización plena de los sujetos.
- El macropoder funciona como garantía de vida y no de dominación.

En este sentido, en el poder autónomo, la "voluntad de vivir" es fundamental en tanto al fin y al medio. El poder autónomo se enraíza y tiene su origen en el sujeto, el individuo vivo como tal, todo individuo tiene un poder propio, una cierta

autonomía que no es la del solipsismo que cree que el individuo tiene la entera potestad sobre el mundo, por encima de la colectividad cual sea la dimensión de esta (grupo, colectivo, comunidad, entidad federativa, nación, etc.). El sujeto es la unidad mínima del poder, y este es inicialmente autónomo, tanto que entre sus posibilidades está la de someterse voluntaria, condicionada u obligadamente. El proceso no puede ser inverso, creer que el individuo es inicialmente heterónimo antes que autónomo, implicaría que las facultades y habilidades pueden ser modificadas, sustituidas o eliminadas en cualquier momento por el 'otro' que lo esté dominando, cuando esas facultades y habilidades son inherentes al sujeto, son potencialmente poder a ejercerse en sí mismo y por sí mismo.

En ese sentido el poder autónomo se acerca más al poder como "potentia" de Dussel, en tanto que es una "noción positiva" del poder, aunque no se restringe al "poder político". El poder en potentia existe siempre, aunque no se haya realizado, y esta no realización del poder como potentia, es en sí una corrupción del poder. Desde esta perspectiva, no se trata de una potencialidad inmanente en las formas de poder que existen en las instituciones del Estado burgués, sino que se trata de una forma de poder diferente, que está en abierta contradicción con la forma heterónoma del poder burgués. En este caso, lo que hace el poder autónomo es una vinculación directa entre el delegado y la comunidad que delega, quienes a su vez ejercen parte del poder, dando un carácter meramente técnico administrativo al delegado. De esta forma desaparece la división entre potentia y potestas, en tanto que la potentia deja de ser únicamente un momento hipotético, y se institucionaliza en la práctica misma de la comunidad como todo, aunque al mismo tiempo se delegue parte del ejercicio del poder en particularidades diferenciadas.

En un espacio de construcción de poder autónomo, las estructuras de poder (macro), es decir, las que se materializan en instituciones, como estructuras de gobierno, o de producción, sirven como referencia: sea para proteger el desarrollo pleno de los sujetos, armonizando la diversidad, o bien para hacer frente a esas estructuras macro con una crítica a sus posibles ejercicios verticales del poder que

buscan la homogeneización o la “integración” totalizante, que niega la especificidad del sujeto.

La relación entre el poder heterónimo y autónomo es compleja en tanto que no podemos reducir esta relación a una disyunción donde pretenderíamos negar absolutamente al otro, si podemos rescatar de la lectura teórica contemporánea una noción de poder autónomo, es para insertarse y disputar la dominación discursiva que el poder heterónimo tiene en la producción teórica y en el imaginario popular. Pero tampoco es para borrar con la autonomía, la heteronomía, pues esta noción es necesaria pues desde ella se explica las condiciones y situaciones de dominación, explotación y exclusión en el mundo. En este sentido no podemos ver una autonomía absoluta por ningún lado, pues siempre hay condiciones sociales y ambientales que predeterminan al sujeto en su voluntad, pero ello es harto distinto a decir que lo natural es la heteronomía, pues en toda comunidad por más dominada heterónomamente que se encuentre, persiste en todo momento la posibilidad de construir un poder autónomo en cada sujeto y a partir de ello a grupos más amplios, como en el caso específico de salud, sería crear los mecanismos que permitan construir autonomía para no esperar que los gobernantes solucionen las necesidades de salud que tengan las comunidades, cuando la enfermedad y el malestar de hecho, las acechan.

2.3.1. Ejercicio dual del poder en el tema de salud

Si ya hemos podido ampliar el concepto de poder, para encontrar que él tiene una dimensión vertical tanto como una horizontal, nuestro interés ahora está en revisar cómo se da la forma de ejercer el poder precisamente, en el tema de salud para poder acercarnos al caso del grupo de salud de mujeres en Coronango.

2.3.1.1. Heteronomía: la participación social en salud

Vamos a analizar los esfuerzos gubernamentales del tratamiento de salud que parecen sugerir la inclusión de actores considerando su participación y que parece considerar por tanto y a su vez el reconocimiento de la autonomía de la comunidad, cuando se enuncian programas de “participación social en salud”, pues parece representar una relación positiva entre el poder ejercido heterónomamente, por instancias de gobierno, y el poder ejercido autónomamente, por comunidades que participan en acciones de salud y que de ser así, tendría que incluirse esta perspectiva en lo que al estudio de caso respecta. Veamos lo que plantean y lo que, desde una comprensión de poder autónomo, no es la participación social en salud.

El término de participación social en salud ha sido utilizado por los planificadores de salud internacionales y los organismos de decisión políticas de salud y de hecho en Latinoamérica, hacia la mitad de la década del setenta, la mayoría de los ministerios de salud pública organizaron elaborados programas de participación comunitaria, y en muchos países divisiones de participación comunitaria se agregaron a los cuadros organizacionales de los ministerios (Menéndez, 2006:19).

El punto de partida sobre participación comunitaria en salud es la definición acordada en la Conferencia de Alma Ata en 1978. Es cierto, que mucho antes de Alma Ata existían proyectos que incluían una dimensión de participación (Madan, 1987:615), y que desde hace muchos años sectores tales como agricultura, desarrollo urbano y vivienda habían incorporado la idea de participación comunitaria (Ugalde, 1987), sin embargo, se puede decir que Alma Ata consagró la necesidad de la participación comunitaria en salud. La definición de Alma Ata es lo suficientemente general como para dejar un margen amplio de interpretaciones desde diferentes acercamientos ideológicos:

El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes (...) El sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos. (OPS, 1984: 12)

El antecedente de la participación comunitaria, lo encontramos en los proyectos de desarrollo agrícola y urbano según hizo un recorrido Antonio Ugalde quien plantea que después de la exitosa historia de la reconstrucción de Europa posterior a la Segunda Guerra Mundial, los Estados Unidos asumieron un rol de liderazgo para el desarrollo del Tercer mundo. En Latinoamérica industrialización y desarrollo se convirtieron en sinónimos. Los economistas decidieron rápidamente que la viabilidad de la industrialización dependía de la incorporación de vastas masas de campesinos a la sociedad de consumo. La posibilidad de que el consumismo tuviera un impacto negativo sobre su calidad de vida jamás pasó por sus mentes. También se decidió que el desarrollo o la modernización de los distritos rurales requería entre otras cosas el desmantelamiento de un sistema obsoleto de tenencia y el sacrificio de la oligarquía terrateniente que era su soporte. La conversión de los latifundios en unidades agrícolas familiares viables se consideró un prerrequisito para el incremento del ingreso rural sobre el cual se basaría la ampliación del consumo, y para proporcionar una cuota adicional de alimentos baratos a las ciudades en crecimiento. En otras palabras, los economistas quisieron recrear en Latinoamérica la historia de la industrialización del Oeste. La euforia que se había heredado del Plan Marshall comenzó a ceder cuando los planificadores comprendieron que sus teorías sobre el desarrollo no se verificaban en las comarcas rurales de Latinoamérica.

Las fallas se atribuyeron a una variedad de factores tales como flujos logísticos, escasez de datos básicos, falta de adecuado entrenamiento de los funcionarios civiles; pero los valores adicionales del campesinado fueron identificados como uno, si no el principal, de los obstáculos para el desarrollo. Antropólogos, sociólogos rurales, psicólogos, científicos políticos, fueron llamados en ayuda. Con raras excepciones los científicos sociales de EE.UU. retrataron a los campesinos y pobres urbanos como individualistas, desconfiados, no cooperativos, autoritarios, incapaces de aceptar riesgos, sin interés en la prosecución de beneficios, y faltos de cualquier sentido de empresa (Ugalde, 2006).

Bajo esta perspectiva, la organización comunitaria fue la apuesta lógica para introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda. Así mismo es importante tomar en cuenta que estas políticas que se fueron llevando a cabo en los países de América Latina fueron impuestas bajo presión y guía de las agencias internacionales (Ugalde, 2006). En la introducción de valores que sustituyeran los presentes en las comunidades latinoamericana, está la sustitución de la medicina tradicional por la medicina alopática, lo cual era promovido con la propaganda de que los médicos tradicionales son antihigiénicos, con prácticas que ponen en riesgo la salud y con un pensamiento primitivo, que provocó el cambio de uso de plantas medicinales por pastillas, el autoconocimiento del cuerpo por la delegación del cuidado de la salud a los profesionales, donde si bien es claro que algunas de las prácticas tradicionales podían en efecto tener riesgos cuando pretendían curar males de extremo cuidado, con el ingreso de la medicina alopática tanto los enfermos como los sanos no tienen, en los hechos, información suficiente para curar males menores o para prevenirlos.

El poder heterónimo se cristaliza ahí donde las personas y las comunidades pierden todo poder de cuidar su salud y sólo el médico tiene la capacidad de operar en ella, por lo que ante el padecimiento más ligero han de acudir con aquél por un remedio sencillo, o ante la imposibilidad de comprar medicamento caer en

la automedicación, o en la imposibilidad de pagar una consulta, dejar agravar los males. La situación que deriva de esto, es que la red de cuidados se rompe, ya no sólo al dejar de solventar el cuidado de salud con remedios accesibles y presentes en el mismo entorno, sino que el cuidado de la salud tiene qué ver más con un cuidado personal dejando de preocuparse unos por los otros, y progresivamente destruyendo las redes de cooperación que mantienen una comunidad y se les considera un grupo de consumidores que comparten territorio. En este sentido, lo que sí hacen los programas de salud en su pretendida atención a la “participación social” es hacer participar, voluntaria o condicionadamente, en los programas que son dictados desde las altas esferas de autoridad: planes de vacunación, control de fertilidad, planificación familiar, cambio de hábitos, etc. La participación social entonces, no es una participación real que se reflejaría en participar del diseño y toma de decisiones en el programa, sino la recepción pasiva de acciones programadas que en nada es incluida la comunidad sino sólo en su aplicación, que puede o no ser informada.

Ugalde también hace una crítica al hecho de que las agencias internacionales y de asistencia extranjera continúan impulsando y financiando programas para organizaciones comunitarias y/o participación y plantea las siguientes consideraciones:

1. La participación comunitaria ha sido utilizada como un vehículo para introducir los valores de la sociedad de consumo, incluso al mismo tiempo que provoca la destrucción de los muy ricos valores e instituciones indígenas. Los cambios de valores también pueden facilitar las transformaciones de los campesinos en proletarios rurales y/o industriales. El mundo desarrollado se beneficia por la exportación de bienes de capital y la burguesía nacional con la explotación del trabajador “moderno”.
2. La participación comunitaria también se utiliza para la promoción de programas de autoayuda. La construcción a través de la autoayuda (un eufemismo por trabajo gratuito) de caminos rurales, hace a las tierras

adecuadas para la agricultura, la construcción de sistemas de irrigación, control de las aguas y drenaje, edificios escolares y centros de salud, y en los barrios de emergencia el desarrollo de la infraestructura urbana, pueden liberar capital escaso que puede ser utilizado para trabajos infraestructurales adicionales, que beneficien casi exclusivamente a las clases más acomodadas: aeropuertos, puertos, autopistas, sistemas de irrigación para empresas agropecuarias, universidades para las élites.

Ahora que tenemos claridad en el concepto de poder y su doble lectura, en la parte del poder heterónimo nos ayuda a entender los programas de salud que son impulsados por el gobierno hacia las comunidades, son ejercicios del poder sobre otro, y para ello ha tomado algunos principios como el de participación social en salud para implantar sus programas con algún tinte de participación de las comunidades. Los esfuerzos de los planes de participación social, tienen el objetivo de ingresar a las comunidades el poder heterónimo en el tratamiento de la salud, donde no existe esta forma de ejercicio del poder, es decir, donde no operan instancias gubernamentales y no existe tampoco una forma de vida que le corresponda: consumismo, dependencia y subordinación. La participación social en salud, justamente sólo es referida a la participación de los sujetos en la implementación de programas de salud, es decir, se llama "participación" al hecho de que una persona lleve a su hijo a vacunarlo como parte del plan nacional de vacunación, pero no se refiere a los casos en que son las mismas comunidades quienes definen sus necesidades, elaboran sus programas de salud y se organizan para llevarlos a cabo.

El poder heterónimo como concepto no permite entender el fenómeno social sobre la participación de las mujeres del grupo de salud de Coronango, y en prácticas del poder heterónimo tampoco podemos homologarlas, pues ellas refieren al poder ejercido para incidir en el cuidado de la salud de una comunidad a través de la modificación del sistema de valores, el orillar a adoptar conductas consumistas, el desecho de las prácticas tradicionales en medicina, y la entera

dependencia al sistema alópata y científico de salud que en términos políticos dependerá más de la voluntad de los profesionales y la suficiencia institucional de atención y prevención y que cuando no sucede esto, las comunidades no tienen más opción que padecer, cosa común en ellas.

2.3.1.2. Ejercicio del poder autónomo: autogestión

Hemos visto que el emprendimiento de acciones que sólo cumplen con dictados externos y verticales, corresponden al ejercicio del poder heterónimo, y esta forma no corresponde con el estudio de caso que aquí vamos a revisar. Con el concepto de poder que hemos ampliado, vamos a remitirnos a la forma en que el poder autónomo se ejerce y para ello referimos al concepto de autogestión.

La autogestión, desde el socialismo libertario es un proyecto o movimiento social que, aspirando a la autonomía del individuo, tiene como método y objetivo que la empresa y la economía sean dirigidas por quienes están directamente vinculados a la producción, distribución y uso de bienes y servicios. Esta misma actitud no se limita a la actividad productiva de bienes y servicios, sino que se extiende a la sociedad entera, propugnando la gestión y democracia directa como modelo de funcionamiento de las instituciones de participación colectiva.

La autogestión es un proyecto o movimiento, es decir, no es un modelo acabado. Su estructura, organización y aun su existencia son y serán fruto del deseo, el pensamiento y la acción de los miembros del grupo involucrado (una fábrica, una finca, una escuela, o la sociedad toda) sin preconceptos ni imposiciones, como también lo serán las modalidades que pueda tomar en cada caso.

La autogestión a la que nos referimos es social, no individual, pues, aunque su meta es el individuo, no lo entiende en su carácter aislado sino como un ente que “convive” con sus iguales, de los que depende y que, a su vez, también dependen

de él. En este sentido, la 'gestión' a secas, la entendemos como el emprendimiento de diligencias para un asunto de interés individual y colectivo, lo que siempre implica la participación de más de una persona. Es claro ver que, si esta gestión se realiza en el seno de un grupo que persigue fines compartidos, mediante acuerdos internos y con otros grupos, sin coacciones exteriores, entonces para nada se afecta la libertad individual en que las acciones se acuerda y no se imponen, permitiendo que un compromiso se alcance no sobre la base del sometimiento sino en la co-responsabilidad.

De lo anterior surge la pertinencia de la autogestión como concepto que aterriza el ejercicio del poder autónomo, donde este se entiende desde el biopoder o el poder subjetivo que todo individuo tiene, pero sólo como modelo conceptual que explica la heteronomía y no al revés. Pero es la autogestión quien sin lugar a dudas se pone entre ambos conceptos, para establecer que el ejercicio del poder siempre es colectivo y por tanto no nos nubla en la subjetividad idealmente independiente ni en la macrosociedad especulada que supuestamente determina de cabo a rabo a sus integrantes, ambas concepciones extremas del poder autónomo y heterónimo respectivamente, sino en medio, en las realidades colectivas que en el ejercicio del poder autónomo se aglutinan en torno a necesidades y conceptos para denunciar y criticar a los detentores del poder heterónimo en su incumplimiento con su delegación del poder, y para ponerse en marcha a la solución de sus problemáticas en función de sus propios recursos, buscando acuerdos colectivos en deliberación abierta que funcionen para sus objetivos, asumiendo en el mismo nivel las responsabilidades.

La autogestión es método y objetivo, es decir, su fin es ella misma en tanto plena participación del individuo en el conjunto social, asumiendo en forma directa y colectiva la marcha de su grupo y la única forma de lograr la autogestión es mediante la ejecución de acciones autogestionarias, en la práctica misma. Siendo método y objetivo, no es una práctica que se adopte tras una deliberación y división de tareas, donde estarían los que ordenan y los que ejecutan, sino que la

deliberación y división de tareas es parte de la misma autogestión al igual que la ejecución y el mantenimiento de las acciones, por lo que es en la práctica donde se dirimen sus problemáticas, y no hay ente externo que evalúe, sancione o recompense por los planteamientos o acciones. Lo que queremos decir con esto es que la autogestión es siempre mediante el poder horizontal, nunca directamente por la violencia, sino con argumentos, valores y razones colectivamente valederas, así como consensos y el compromiso personal de asumirlos.

Dado el carácter social de la autogestión, entonces no podemos pensar que una determinada empresa o asociación esté aislada de las acciones e intereses de otras complementarias y del conjunto en su totalidad. De manera que con ellas se han de establecer relaciones, seguramente regidas por los mismos patrones que rigen las relaciones en el interior de cada una, conformando el conjunto un modelo macroeconómico que, a diferencia de los actuales (sean socialistas o capitalistas), no esté desligado de los empeños de todos y cada uno de los individuos, sin importar su particular ubicación en el contexto colectivo. Al contrario, lo refleja y traduce. Por supuesto que esto encierra la idea de un gran dinamismo, ya que los medios y metas serán variables de acuerdo con las cambiantes circunstancias y decisiones, pero fácilmente armonizables si a todos los anima el mismo espíritu de bienestar colectivo.

Siguiendo nuestra dual lectura del poder, la autogestión se opone a la “heterogestión”, que es la forma de conducir las empresas, la economía, la política o la sociedad desde fuera del conjunto de los directamente involucrados. Cuando decimos afuera nos referimos a que no es el conjunto el que asume la dirección sino un sector, que se aparta de la totalidad para usarla en su propio beneficio, tal como ocurre habitualmente en el mundo contemporáneo en el que el capital, o mejor dicho los propietarios del capital, asumen el control en su provecho. Tal el caso en las empresas, igual que los partidos políticos y todos los aparatos del Estado.

Esta distorsión se manifiesta en que este dominio heterogestionario se ejerce siempre mediante el poder vertical: condicionamiento, paternalismo, sometimiento, cooptación o en últimos casos, pero no exento de ello, por la violencia.

Extender la autogestión a la sociedad implica hacer desaparecer todos los centros de poder que ahora se reservan la “gestión” político-social, tales como las grandes corporaciones, los partidos políticos, las burocracias sindicales, el Estado, el ejército, etc.; poniendo en manos de todos los miembros de la colectividad sus asuntos, sin intermediarios, sin dirigentes y dirigidos, organizándose de la manera que a buen saber y entender juzguen más adecuada. Destacamos que, según hemos dicho antes y queremos decirlo mejor, el proceso de autogestión se desarrolla autogestionando (Méndez y Vallota, 2006).

En el tema de salud, resuena con mayor razón la tendencia a la que le denomina Dussel "voluntad de vida", pues es ese sentido en que observamos el trabajo de autogestión en salud, pues son las comunidades mismas que se esfuerzan por satisfacer sus necesidades de salud, como una “voluntad de vivir”, y para ello trabajan en la prevención de enfermedades, promoción de salud, rescate de saberes tradicionales y uso de materiales de manufactura propia, entre otras estrategias autogestivas.

Es con esto que podemos tener ya un marco conceptual en lo que concierne al poder y a la autogestión para acercarnos al caso de Coronango, y tener así una comprensión más aguda y apropiada del mismo que sean de consideración importante para el Trabajo Social en esta tesis.

2.4. Poder dual de la mujer: relaciones de género

El caso que estudiamos en esta tesis presenta una peculiaridad que es necesario tomar en cuenta en el marco teórico, en la construcción del proceso autogestivo de salud de Coronango, resalta que éste tiene como participantes únicamente a mujeres.

El uso de la categoría “mujer” (o “mujeres”) en el discurso teórico, ha dificultado en gran medida percibir la construcción de otras diferencias, de clase, de etnia, de nacionalidad, de edad, de orientación sexual, entre otras, que son fundamentales en la realidad de las mujeres, y ha impedido ver la articulación entre distintos factores de estratificación incluido el género; una articulación que es estructural y que supone la simultaneidad de las formas de desigualdad, que se refleja en las experiencias pero que está sedimentada en las instituciones sociales. Pero como apunta Moore, “la interacción entre varias formas de diferencias siempre se define en un contexto histórico determinado” (Moore, 1991:25), por lo que habría que analizar cada contexto para no dar por supuesto que conocemos la relevancia de un determinado conjunto de intersecciones entre clase y género sin analizarlas previamente, buscando formas de teorizar estas intersecciones y articulaciones. También hablar de cuerpo femenino y de sus características como un universal, tiene sus problemas puesto que cada cultura, cada sociedad produce distintas formas de corporeidad, de subjetividad y de lenguaje para referirse a las diversas manifestaciones y experiencias corporales (Esteban, 2001). Para esto, la categoría de *género* permite elucidar ese campo de relaciones.

Pero, ¿qué es el género? De acuerdo a Julia Chávez (2004), el género es una construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias y representaciones que generan las culturas a partir de las diferencias sexuales, las cuales determinan los papeles de lo masculino y lo femenino. Es una categoría dinámica que se interrelaciona con el devenir histórico. Hablar de la perspectiva de

género implica analizar la incursión de las mujeres en el mundo de lo público durante la segunda mitad del siglo XX y definir el inicio del siglo XXI como el paradigma del conocimiento, la información y los cambios donde las mujeres ocupan un papel de trascendencia. Es un proceso dinámico, complejo y articulado que requiere de una conciencia colectiva para interrelacionar con la particularidad de los sujetos (Chávez, 2001, citado en Chávez, 2004).

El concepto de género lo abordamos desde un feminismo que toma en cuenta que las diferencias sociales entre mujeres y hombres son producto de un sistema patriarcal y con esto, se plantea un compromiso para cambiar esta realidad, es decir, no se queda en la mera descripción de las desigualdades si no que ahonda en las causas y con esto, sugiere que es posible modificar esas condiciones sociales que hasta el día de hoy se perpetúan.

Pero, ¿qué tan trascendente es el concepto de género para el tema que aquí nos ocupa? En el libro de Gloria Sayavedra y Eugenia Flores (1997) titulado “Ser mujer: un riesgo para la salud”, las autoras exponen que las mujeres han sido consideradas cuerpo-naturaleza y propiedad de otros. Un cuerpo ocupado, utilizado, cosificado y expropiado. Un cuerpo vivido y circunscrito a la sexualidad. La sexualidad de las mujeres es reducida a la función de la reproducción. Para la ideología patriarcal, el hecho de ser-cuerpo femenino no puede existir para la mujer como acto autónomo, propio, personal, ni como fuente de placer o vitalidad, o como expresión de una sensualidad generalizada que está presente en sus relaciones, acciones y batallas. El cuerpo expresa las representaciones de un conjunto particular de valores culturales que se asocian implícita y explícitamente a la fuerza y superioridad de los genitales masculinos a costillas de la deficiencia e inferioridad de la anatomía femenina.

Es decir que históricamente, debido al género las mujeres no se pertenecen a sí mismas, sino que pertenecen a otros, a sus padres, a sus esposos, a sus hijos y

esto ha tenido como consecuencia en el caso de la salud, que se les asigne el papel de cuidadoras, sanadoras.

Si la mujer es naturaleza, su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual no es dueña, porque sólo existe como objeto para otros, o en función de otros, y en torno al cual se centra una vida que es la historia de la expropiación. Esto ha impedido que la mujer no sea considerada sujeto histórico-social. (Sayavedra y Flores, 1997:59)

Resulta así, necesario y relevante el concepto de género en estudios del campo de la salud ya que como menciona Mari Luz Esteban “El sector salud es el “ejemplo por excelencia” de esta tendencia a separar radicalmente a hombres y mujeres, de tal manera que el feminismo en “pro de la salud de las mujeres” está aquejado de una paradoja que se concretaría en lo siguiente: el punto de partida sigue siendo la negativa a buscar explicaciones biológicas de las diferencias sociales entre hombres y mujeres que nos han permitido denunciar los diferentes niveles de androcentrismo científico; al mismo tiempo, se han ido haciendo lecturas de la realidad distintas a las llevadas a cabo desde el ámbito médico-científico, e identificado niveles de la salud donde la desigualdad entre hombres y mujeres está oculta o subsumida en un modelo de lo humano representado en gran medida por lo masculino” (Esteban, 2001:36).

Para comprender las relaciones de género de las mujeres del grupo de salud tomamos en cuenta que éstas constituyen un sistema de poder en torno a ciertas capacidades y potencialidades de los cuerpos humanos: la sexualidad y la reproducción. Como todo sistema de poder, aísla y separa a las mujeres de los varones, mediante prohibiciones, normas escritas y no escritas. Pero ambos son mecanismos de control, no de eliminación de las capacidades de los cuerpos de las mujeres. Por lo tanto, están permanentemente amenazados de transgresión: las mujeres no pueden manipular los poderes de sus cuerpos, desobedecer las normas, simular obediencia, indisciplinarse, resistirse a la dominación. Al mismo

tiempo, son extremadamente poderosos, pues están en la base de la constitución de la primera identidad, forjada en el hecho de asumir la diferencia corporal, auto percibirse y ser percibido (a) varón o mujer y de la satisfacción de las necesidades afectivas. En su puesta en acción, están directamente implicados con la vida y la muerte y con la autoestima de las personas.

En la consideración contemporánea de los poderes hegemónicos en la sociedad – de clase y género – se articulan con los otros poderes para reproducir la opresión de la mujer, y simultáneamente con otras opresiones. Esto es, una mujer indígena de la clase trabajadora, y que además haya sido desplazada de su lugar de origen por cualquier causa, será más vulnerable a ser oprimida en razón de ser diferente de quienes ejercen el poder: por tener pocos recursos económicos, verbales, lingüísticos, otras costumbres, quizá un color de piel diferente, etcétera (Sayavedra y Flores, 1997)

Ahora bien, con el neoliberalismo se ha iniciado un proceso acelerado de reprivatización de la salud; un retorno a lo privado, de lo que ya era considerado un bien social. Así, por ejemplo, la obligación de la atención a la salud y la crianza de los hijos se pretenden re-asignar totalmente a las mujeres, como parte de su trabajo invisible. En mayor medida entre más desposeídas están de otros poderes y de otros bienes (Sayavedra y Flores, 1997). Y es esto precisamente lo que también se debe investigar con respecto a si las relaciones de género de las mujeres que participan en el grupo de salud se han modificado o no a partir de su participación en el proceso autogestivo de atención a la salud o si éstas tuvieron alguna influencia en la decisión que tomaron de participar en el grupo de salud.

Finalmente, la perspectiva de género nos servirá de guía para comprender de una forma más clara qué elementos facilitaron la constitución del grupo de salud de Coronango y asimismo, identificar los factores relacionados a que éste tenga como integrantes exclusivamente a mujeres ya que como apuntan las autoras Sayavedra y Flores “el papel que tienen las mujeres en esa área refuerza los roles

asignados a mujeres, aumenta su trabajo invisible como extensión de su trabajo de *madresposa*, pero por otro, las ha situado en la práctica política, en el ámbito de lo público, y ellas han logrado una serie de habilidades y destrezas que les confieren otros recursos como reconocimiento social, y finalmente un cierto poderío”.

CAPÍTULO 3
Marco Contextual:
Sistema Nacional de Salud y Santa
María Coronango

En este proyecto es necesario dar un marco de contexto al emprendimiento autogestivo que el grupo de salud de Coronango representa. Si nosotros estamos poniendo atención en el ejercicio autónomo del poder, y para ello lo distinguimos en oposición al ejercicio heterónimo del poder, para el caso de estudio es necesario distinguir aquello de lo que el grupo se aparta que es el sistema nacional de salud y su articulación en la localidad de Coronango, y a la par, tener los datos descriptivos de la localidad para tener un acercamiento suficiente a su dinámica y tener una comprensión más aterrizada del impacto del grupo de salud. En este caso es necesario aclarar que en tanto marco contextual analizaremos los aspectos que así mismo brinde un marco y un contexto al tema que abordaremos de manera ágil y general.

Para este capítulo, primero haremos una descripción del Sistema Nacional de Salud en lo referente a la atención a la salud con la finalidad de conocer la manera en que el Estado Mexicano plantea el ejercicio del derecho a la salud. Finalmente haremos una crítica con base en cifras estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que hay respecto a los servicios de salud existentes en Santa María Coronango y en noticias que dan cuenta de lo mismo y que nos servirán como referencia para conocer el desempeño del Estado en cuanto a la atención a la salud en esta localidad.

3.1. Breve análisis sobre el Sistema Nacional de Salud

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo cuarto, párrafo tercero, sobre la salud:

Artículo 4o. (...) Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

A diferencia de otros artículos, como el tercero, en que referente a la educación se establecen las características del papel del estado en la garantía de ese derecho (pública, gratuita, científica, laica, democrática, etcétera), aquí no se detalla, sino que se remite a la Ley General de Salud.

Ahora, de acuerdo al artículo 5o de la Ley General de Salud (LGS), el Sistema Nacional de Salud está constituido por:

...las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. La coordinación de dicho sistema está a cargo de la Secretaría de Salud y en la misma ley podemos observar que el derecho a la protección de la salud, tiene, entre varias finalidades el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades y la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

El Estado establece el derecho a la “protección” de la salud, que ha de ser coordinada entre entidades de la Administración Pública, personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud. No establece la obligatoriedad del Estado de garantizar la salud de la población, garantiza la existencia de servicios públicos o privados, pero no el uso pleno de ellos, pues de por medio está la infraestructura, accesibilidad y pago de esos servicios. Ahora pasemos a revisar sus objetivos que se enlistan en el artículo 6º de la LGS:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;*

- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;*
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;*
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;*
 - IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;*
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;*
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud; VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;*
- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y;*
- VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.*

De estos ocho objetivos podemos resaltar para esta investigación que lo más importante es que, si en la legislación anteriormente citada se direcciona la protección a la salud a las figuras abstractas de “el hombre” o “la vida humana”, se establece la responsabilidad de proporcionar y mejorar los servicios de salud, concretamente, para toda la población: personas, familias y comunidades, indígenas por igual. En esta Ley, se entiende lo siguiente por servicios de salud:

...todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad (Artículo 23).

Artículo 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;*
- II. De salud pública y*
- III. De asistencia social*

Artículo 25. Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 26. Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;*
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;*
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;*
- IV. La atención materno – infantil;*
- V. La planificación familiar;*
- VI. La salud mental;*

- VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;*
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;*
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y*
- X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.*

Evidentemente, los servicios de salud que el Estado tiene obligación de proporcionar a toda la población con universalización de cobertura, no es la simple relación directa paciente-doctor en casos de enfermedad, éste corresponde a la atención médica, antecedida por la promoción educativa y la prevención y que se extiende a más rubros, señalando especialmente la asistencia social a los grupos más vulnerables. La atención médica se detalla en los siguientes artículos:

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;*
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y*
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.*

Por tanto, la unidad básica que garantiza el cumplimiento de la legislación son los servicios de salud. No obstante, la ley contempla la inclusión de todos los sectores involucrados no sólo de los prestadores de servicios de salud, de los sectores

público, social y privado, sino también de los usuarios en el cumplimiento de promover la participación en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 10. La Secretaria de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan. Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

Artículo 57. La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Artículo 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;*
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;*
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;*

- IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;*
- V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud; V bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos;*
- VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y*
- VII. Otras actividades que coadyuven a la protección a la salud.*

La participación de las comunidades y personas usuarias de los servicios, pueden participar en la promoción de salud y colaborando en la prevención, así como voluntarios en tareas simples. Fuera de estas actividades concretas, las otras formas de participación radican en informar cuestiones particulares a las autoridades o emitir sugerencias. El siguiente artículo señala la estrategia general para cumplir la participación social en salud:

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos.

Habiendo visto lo anterior, es necesario resaltar que, de acuerdo a la legislación, el Estado está comprometido a cubrir la protección a la salud de toda la población, por lo que en su artículo 77 establece:

...todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

Según dicho artículo, la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

De acuerdo con esto, las personas que no son derechohabientes de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o de cualquier otra de seguridad social, tienen derecho a incorporarse a ese sistema de protección que opera a través del Seguro Popular.

Sin entrar a detalle con dicho programa y de acuerdo a la misma Ley, los beneficiarios, tendrán que cubrir una cuota denominada "cuota familiar" que tendrá un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. Dicha cuota no se cobra al momento de recibir la atención, pero sí debe ser cubierta cuando el paciente egresa de la unidad donde recibió la atención. Para la determinación de las cuotas de recuperación según la ley, se toma en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socio-económicas del usuario y se fundan en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios.

En el apartado bis.9 del mismo artículo 77 señala que la Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;*
- II. Aplicación de exámenes preventivos;*
- III. Programación de citas para consultas;*
- IV. Atención personalizada;*
- V. Integración de expedientes clínicos;*
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;*
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y*
- VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.*

3.1.1. Crítica general al Sistema de Salud

Con lo expuesto, podemos redondear en las características principales del Sistema General de Salud.

Durante el proceso de modernización del país que supuso todo el trascurso del siglo XX, el Estado ha asumido cada vez más la responsabilidad de garantizar a la nación de calidad de vida, precisamente en la salud, llegando a establecer la meta

de satisfacer las necesidades de salud de toda la población, cosa que hoy podemos leer en la legislación vigente que ya hemos citado.

Sin embargo, en ese nivel teórico hay ciertas implicaciones que quitan ese carácter sólido y armónico de la primera impresión. En primer lugar, el Estado no establece responsabilidad u obligatoriedad en garantizar la salud de la población, sino que a lo que se responsabiliza en la letra, es a proporcionar los servicios de salud. Es decir, no se habla de derecho a la salud sino el derecho a la protección de la salud. Este es un punto que puede depender de la interpretación, pero si le prestamos atención, podremos ver que el primer punto a considerar es que el Estado no se pone en crisis, ni pierde legitimidad por la mala salud de sus habitantes. Si nos permitimos aquí este ejercicio de interpretación, podemos decir que no se trata de asegurar la salud de todos y cada uno de los habitantes por los medios necesarios, sino de asegurar los mecanismos de protección a la salud independientemente de si se aplican o no, la obligación del Estado está en proporcionar y mejorar esos mecanismos que concretamente son los servicios de salud.

Entonces, si estamos hablando de servicios y no de un derecho, la visión de la salud se remite a ciertas características que la siguiente cita resume sucintamente:

El modelo médico hegemónico presenta los siguientes rasgos: Biologismo, concepción teórica evolucionista positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normalización de la

salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlación a la tendencia a escindir la práctica de la investigación (Menéndez, 1992).

El párrafo anterior presenta características que, si las desglosáramos una por una, sería necesario al menos duplicar el volumen de esta tesis. Para esta investigación sirvan mejor las siguientes: relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico.

La protección a la salud ha sido un bien de intercambio entre el gobierno y el pueblo, entre prestadores de servicios y consumidores, que cada vez más revelan estrategias privatizantes en su acción legislativa y mediática:

Hasta la década pasada, la estructura del sistema de salud en México tenía dos dimensiones: los grupos sociales y las funciones del sistema (Frenk et al., 1994:42; Frenk, 1997:348). En relación a los grupos sociales, aun en la actualidad existe una distinción fundamental entre los que son cubiertos por la seguridad social y los que no. Desde el punto de vista político-social, el modelo que predominaba en los servicios de salud, antes de la reforma, era del tipo "corporativista", en donde se priorizaba la protección de los trabajadores formales organizados con el fin de mantener la estabilidad política del país y sustentar su desarrollo económico (González et al., 1995: 41).

Entonces, los servicios de salud que sumados son la protección a la misma, han tenido desde siempre una proporción desigual en su acceso y atención para la sociedad civil. Hay autores que identifican que ahí están las condiciones para la emergencia de un modelo de atención de mezcla público-privada, cuyo principal propósito es aumentar las posibilidades de expansión del sector privado en detrimento del público. (Tamez y Valle, 2010:283). Siguiendo a estas autoras, en

términos generales, las características generales del SNS en México antes de la reforma y los antecedentes económicos sirvieron de argumento a la necesidad de reestructuración del sector, precisamente hacia la reestructuración del acceso a los servicios de salud, haciendo hincapié en la estructura financiera relacionadas con la reorganización y características de los servicios. En última instancia se promueve una estratificación del sector y sobre las tendencias de cobertura, recursos y servicios proporcionados por el sistema de salud.

En cuanto a las funciones del sistema, el principal problema es que segregaba a los grupos sociales en subsistemas separados. Así, el sistema podía caracterizarse como de "integración vertical", pero de "segregación horizontal" (Frenk et al., 1994: 43). Es decir, cada grupo institucional (seguridad social, población abierta y sector privado) ejercía las funciones del sistema por separado. (Tamez y Valle, .. 2010: 323)

Entonces la separación entre servicios y consumidores, nos pone de frente a una realidad que deja de tener la cara de responsabilidad y operación estatal, y se vuelve más bien, un sistema de mercado de salud. Y ¿cuál es la consecuencia más evidente de la existencia de un mercado en una sociedad desigual? Sencillamente, que unos tienen acceso y otros no. Ese es un comportamiento obvio de todo mercado, pero cuando se trata de derechos fundamentales, ello no debiera ser susceptible de mercantilización pues si una o muchas personas no tienen acceso a la salud simplemente mal viven o mal mueren, sólo hay dos opciones. Y ahora cobra todo su sentido el que señalemos el discurso legislativo que no contempla la simplicidad y contundencia del "derecho a la salud" sino el manejable "derecho a la protección a la salud (proporcionar servicios)", mal vivir o mal morir puede ser trágico y el Estado debiera hacer algo, pero, no es su responsabilidad en el tema de salud.

"...la reestructuración del Sistema Nacional de Salud en México, como consecuencia de las reformas realizadas durante la década pasada, ha ocasionado un aumento de la desigualdad social, al afectar de manera negativa las posibilidades de la población de acceder a los servicios de

salud, y ha favorecido su segmentación de acuerdo con el nivel socioeconómico de los grupos sociales. En este contexto, la población pobre ha visto disminuida su capacidad de acceso, en tanto que los estratos medio y alto acceden a través de una gran diversidad de opciones de acuerdo con su capacidad de pago...” (Tamez y Valle.: 2010:134)

En el recorrido de la legislación que hemos hecho, la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, y tiene en el Seguro Popular una instancia en la cual los no-derechohabientes tienen acceso a los servicios de salud. Sin embargo, cualquier consulta médica que tenga que ver con el tercer nivel de atención que corresponden a atención especializada, como cardiología, neurología o trasplantes, no son cubiertas por este Sistema de Protección a la Salud o del Seguro Popular más precisamente.

Asimismo, no es raro que en las farmacias de estas instituciones donde en teoría deben surtir las recetas, se informe del desabasto de medicamentos y los usuarios deban adquirir medicamentos con dinero de su bolsillo. También es común conocer casos en los que el seguro popular no tiene en sus cauces determinados estudios y tengan que pagar por ellos o que están descompuestos los equipos y deben (quienes pueden) realizar sus estudios en algún laboratorio privado. Por último, las citas para las consultas se agendan con mucho tiempo de espera pues están sobresaturados de trabajo. Aun así y dada la capacidad del poder adquisitivo del salario en México, muchas personas no pueden cubrir estas cuotas por mínimas que sean y tampoco es fácil que el personal de las instituciones otorgue pases de exentos a los pacientes, ya no digamos cuando ni siquiera tienen dinero para acudir a alguna unidad médica pues no les alcanza siquiera para pagar su transporte.

Claro, sería necesario un análisis de campo, encuestas o algún registro fehaciente para fundamentar los apuntes livianos anteriores de situaciones en que hipotéticamente falla el SNS. Simplemente vayamos a las estadísticas que son publicadas desde el mismo gobierno.

Todo esto cobra relevancia cuando, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) concluyó que en 2014 el porcentaje de población en pobreza alcanzó el 46.2%, 55.3 millones de personas con un ingreso por debajo de la línea de bienestar –ingreso de 2 mil 542 pesos por persona al mes en zonas urbanas y mil 614 pesos en zonas rurales– y al menos una carencia social de educación, alimentación, salud o vivienda⁸. Once personas de cada veinte son pobres.

Hablando de salud, todos los temas tienen relevancia como la alimentación, vivienda, servicios, educación. Sin embargo, como hemos insistido el Estado sólo se reconoce la responsabilidad en cuanto a servicios de salud. Pues bien, el mismo organismo citado anteriormente, la CONEVAL, registra para el mismo periodo que el 18% de la población, 21.76 millones de personas no están “afiliada o inscrita para recibir servicios de salud por parte del Seguro Popular, y que tampoco es derechohabiente de alguna institución de seguridad social”⁹. En el lapso de 6 años, el porcentaje de población que no tiene acceso a servicios de salud pasó del 38.4% en 2008 al 18.2% al 2014, esto quiere decir que se redujo importantemente, más de la mitad, esa carencia en los sectores más vulnerables, cosa que se ha revertido con la implementación progresiva del Seguro Popular, que sólo alcanza el primer nivel de atención. Esto puede hablar de una progresiva cobertura de las necesidades de salud que en efecto avanza hacia cubrir a toda la población, pero si vemos que no hay eficientes programas de prevención y

⁸ CONEVAL, Resultados de medición de pobreza, 2014.

http://www.coneval.gob.mx/SalaPrensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf

⁹ Lineamientos y Criterios Generales para la Definición, Identificación y Medición de la Pobreza, 2010.

http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/DiarioOficial/DOF_lineamientos_pobreza_CONEVAL_16062010.pdf

promoción en salud, lo que se puede deducir si invertimos la perspectiva, es que la gente se cura a sí misma cada vez menos.

Por otro lado, en lo que respecta a la carencia de acceso a la seguridad social, población que no recibe servicios médicos, incapacidad con goce de sueldo, Afore, jubilación, pensión ni tiene familiar directo que sí los reciba, pasó del 65% al 58.5%, aunque tuvo una reducción importante, el nivel de carencia en este rubro es impactante, 70.1 millones de personas en el país, bastante más de la mitad, carece de acceso a la seguridad social.

Las estadísticas anteriores sólo señalan la disponibilidad de los servicios de salud en tanto personas derechohabientes, que si ponemos atención en los derechohabientes, esta denominación implica sólo el derecho a acceder a servicios de salud no que en efecto lo hagan; un dato para contrastar ello lo aporta la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE):

En el 2012, el gasto total en salud en México representó el 6.2% de su PIB, este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países de la OCDE (sólo por encima de Estonia y Turquía) y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE de 9.3%. Como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados que comenzó en el 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en el 2012. Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es del 72%), y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.¹⁰

En comparación internacional México ocupa la mayoría de últimos puestos en los demás rubros sobre la salud, está por debajo del promedio en esperanza de vida

¹⁰ Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

(infantes, hombres, mujeres, mayores), mortalidad por cáncer, consumo de tabaco y alcohol, obesidad, gasto del PIB en salud, así como el número de médicos, enfermeras y camas de hospital.

Con base en la tabla no. 1 (en la página siguiente) podemos reconocer que México, en todos los índices, al cabo de 12 años reporta avances positivos en cada rubro, salvo en el consumo de alcohol y obesidad en adultos, los cuales muestran avances negativos, es decir hay más consumo de alcohol y una mayor tasa de obesidad en el curso de 12 años.

Sin embargo, las estadísticas son apabullantemente pésimas al respecto de las condiciones de cuidado de la salud, ya sea que se les contraste con el promedio que representan los 34 países de la OCDE, donde México ocupa los últimos puestos en la mayoría de los índices y en todos ellos está por debajo de la media o que se analice punto por punto el desempeño del país. Por ejemplo, sólo hay un índice donde México ocupa el primer puesto, y es en el gasto por cuenta propia para el cuidado de la salud, en 2012 el 45.2% de la población pagó por sus medios el cuidado de su salud (19% la media internacional), cosa harto congruente con que México es el penúltimo lugar del gasto estatal en salud per cápita; es decir, el Estado invierte poco para la salud pública, lo que obliga a que cada persona se haga cargo de ello con su propio bolsillo.

Tabla No. 1

Hechos claves para México de las Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014

Indicador	México		Promedio-OCDE		Posición entre los países de la OCDE ¹
	2012	2000	2012	2000	
Estado de salud					
Esperanza de vida al nacer (años)	74.4	73.3	80.2	77.1	34 de 34
Esperanza de vida al nacer, hombres (años)	71.4	70.5	77.5	74	33 de 34
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	77.3	76.1	82.8	80.2	33 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, hombres (años)	16.7	16.5	17.7	15.6	28 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, mujeres (años)	18.6	18.4	20.9	19.1	31 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes)	272.9	298.1	296.4	428.5	14 de 34
Mortalidad por cáncer (tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes)	125.1	140.2	213.1	242.5	34 de 34
Factores de riesgo para la salud (conductuales)					
Consumo de tabaco entre adultos (% de fumadores diarios)	11.8	12.9	20.7	26	34 de 34
Consumo de alcohol entre adultos (litros per cápita)	5.7	5.1	9	9.5	32 de 34
Tasas de obesidad entre adultos, reportada (%)	15.4	11.9	..
Tasas de obesidad entre adultos, medida (%)	32.4	24.2	22.7	18.7	2 de 16
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	6.2	5	9.3	7.7	32 de 34
Gasto en salud per cápita (EE.UU. \$ PPP)	1048	497	3484	1888	33 de 34
Gasto farmacéutico per cápita (EE.UU. \$ PPP)	70	97	498	300	33 de 33
Gasto farmacéutico (% del gasto en salud)	6.8	19.9	15.9	17.9	32 de 33
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	50.6	46.6	72.3	71.4	32 de 34
Pagos por cuenta propia para el cuidado de la salud (% del gasto en salud)	45.2	50.9	19	20.5	1 de 34
Recursos para el cuidado de la salud					
Número de médicos (por cada 1,000 habitantes)	2.2	1.6	3.2	2.7	31 de 34
Número de enfermeras (por cada 1,000 habitantes)	2.6	2.2	8.8	7.5	33 de 34
Camas de hospital (por cada 1,000 habitantes)	1.6	1.8	4.8	5.6	34 de 34

Ello, desgraciadamente es el reflejo de una realidad que nosotros podemos constatar en nuestra vida cotidiana, en los espacios públicos y privados. En este sentido, desde la perspectiva del poder, la gente cada vez menos tiene el poder de curarse pues cada vez más depende de los servicios de salud, pero si son insuficientes los del Estado y son de alto costo los privados, y los hábitos alimenticios son cada vez peores al ser dictados por la mercantilización, entonces el poder cuidar la salud de la población, precisamente el de las clases más bajas, va quedando en un vacío.

Estadísticamente podemos comprobar, junto con las intuiciones y experiencias cotidianas de muchas personas en alta vulnerabilidad, que el emprendimiento del Estado Mexicano por la salud de la nación, se halla hartamente distante de siquiera cumplir con su propia legislación, más lejos aún de estar en los estándares internacionales y ya no digamos de un efectivo aseguramiento a la salud de toda la población. No es descabellado concluir de este tema que la respuesta de parte del Estado a garantizar la protección de la salud es insuficiente desde su planteamiento ante las condiciones estructurales de la población. Para aterrizar mejor todo esto veamos ahora la situación concreta de la localidad de nuestro estudio desde la perspectiva de la salud estatal.

3.2. Sistema de salud de Santa María Coronango

El lugar geográfico de ubicación del grupo de salud es la localidad de Santa María Coronango la cual es cabecera municipal de Coronango, en el estado de Puebla.



3.2.1. Datos históricos, demográficos y económicos

La historia de Coronango se remonta hasta el México prehispánico teniendo conocimiento de que tlaxcaltecas y cholultecas se establecieron en este lugar. Coronango es una palabra náhuatl y significa “Arriba donde da vuelta el agua”: *atl*, agua; *coloa*, dar vuelta; y *ahoco*, arriba. De 1521 a 1707 se construyó la iglesia de Santa María de la Asunción, patrona del pueblo. A partir de 1895, Coronango, es reconocido como municipio libre del estado de Puebla. (Ransoli, 2004)

Coronango es predominantemente agrícola, con una fuerte presencia de industrias maquiladoras y hornos de ladrillo. Se produce maíz, frijol, tomate, alfalfa, pera y tejocote. La industria incluye la maquila de prendas de vestir, la elaboración de ladrillos, tabiques y tejas refractarias, además existen molineras de nixtamal, tortillerías. Existen otras actividades de producción en menor escala, entre las que se cuenta la explotación de madera para construcción. El comercio es menor y se refleja en establecimientos pequeños de abarrotes, misceláneas y alimentos para animales. Existen limitados establecimientos de servicios. La agricultura, maquila de prendas textiles y elaboración de tabiques son las principales actividades económicas para el desarrollo de la comunidad. Aunque también, se deben tomar en cuenta todos aquellos grupos que no forman parte de los datos oficiales y que están interesados en elevar sus posibilidades económicas dedicando sus esfuerzos al autoempleo, comercio y sector servicio. Coronango es el municipio número treinta y cuatro del estado de Puebla. Se encuentra localizado en el valle del centro del estado. Tiene una superficie aproximada de treinta y siete kilómetros cuadrados divididos en cuatro localidades: Mihuacán San Antonio, Ocotlán San Francisco, Zoquiapan y la cabecera municipal, Santa María Coronango, que es la localidad que aquí nos ocupa.¹¹

¹¹ Ransoli Osio, Ivonne. *Metodología de un diagnóstico comunitario para fundamentar el trabajo de un telecentro rural en las necesidades comunitarias: propuesta y piloteo*. Tesis, Ciencias de la educación, UDLAP, Puebla, México, 2004. P. 104-106
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/ransoli_o_i/capitulo4.pdf

Según cifras del INEGI¹², para el año 2010 Santa María Coronango cuenta con una población de 14,859 habitantes, con una proporción más o menos equitativa entre sexos donde 7,692 son mujeres (51.76%) y 7,167 son hombres (49.24%). Hay 856 habitantes entre 0 y 2 años, 4,738 entre 0 y 14 años, 9,159 entre 15 y 64 años de edad y 804 con más de 65 años de edad, lo que muestra una localidad bastante estable en relación de edad.

Esta cabecera municipal no cuenta con un fenómeno migratorio importante donde el 96.60% de sus habitantes registrados son nacidos en la misma entidad, es decir no han salido de la localidad, lo que asciende a 14,354. Más bien podemos esperar un alto grado de arraigo local entre los pobladores, que se complementa con una mayor presencia de población con religión católica que representa el 89.38% (13,282) y una ocupación de viviendas por hogares familiarmente constituidos que asciende al 98.32%, es decir 3,046 hogares censales frente a un total de 3,098 de viviendas habitadas; el 11.94% (370) de los hogares son indígenas. La composición tradicional de los hogares con jefatura masculina responde a un 79.16% (2,411) y el 20.84% (635) tienen jefatura femenina, donde el 41.73% de la población total está casada o unida. Por lo tanto, estamos frente a una población con características tradicionales y arraigadas de relaciones sociales marcadas por la familia y la figura paterna como autoridad.

Aunque cuenta con un bajo índice de analfabetismo que corresponde al 3% (458), el nivel promedio de escolaridad llega a la secundaria trunca, 7.47 grados cursados en el caso de mujeres y 8.28 en el caso de hombres, lo que corresponde con un predominio en actividades laborales que no implican mayor preparación académica como agricultura, maquila y la elaboración de materiales de construcción. El 15.51% (2,306) ostenta una escolaridad mayor a la secundaria,

¹² En adelante, todas las cifras y porcentajes respecto a estadística poblacional mencionando en este capítulo se obtienen en su totalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en su página web.

www.inegi.org.mx/

que poco más de la mitad, el 8.7% (1,296) son jóvenes entre 15 y 24 años que asisten a la escuela. La población económicamente activa es el 33.52% (4,982), donde la población femenina trabajadora corresponde al 7.9% (1,180), poco más de la cuarta parte de los trabajadores son mujeres.

El nivel de ocupación de viviendas es del 85.79%, donde del total de ellas 3,611 están habitadas 3,098. El 7.26% son viviendas particulares habitadas con piso de tierra, es decir, 225, y son 73 las que no poseen ningún bien de los considerados por el censo, el 2.35%. Otro dato importante, es que el número de viviendas que no disponen de luz eléctrica es de 28, el 0.9%. Con todo esto, sólo considerando las estadísticas, daría la apariencia que en el tema urbano y de servicios se expone un nivel adecuado de vida.

Sin embargo, ello contrasta con el tema de agua, donde el número de viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada asciende a 2,996, es decir, el 96.71%.

Este último dato, tomándolo aislado puede sonar alarmante, pues ya con su número de habitantes puede ser considerada ciudad pequeña, de carácter urbano. Sin embargo, este sólo dato tampoco colma el carácter de la población que en su actividad económica perteneciente al primer sector, así como la poca diversificación de ella, nos pone de frente con un medio semi-rural. De tal forma que en el tema del agua hay un abasto no entubado, sino directamente de manantiales y pozos de manufactura, gestión y acceso civil.

El tema del agua merece especial atención, ya que como veremos, las mujeres del grupo se han visto involucradas en luchas para la defensa de éste recurso. La falta de mantenimiento de los pozos, así como la acumulación de prácticas anticológicas de los habitantes que van perdiendo arraigo cultural a la tierra, se suma al mal manejo gubernamental de este recurso.

Mientras en comunidades del área metropolitana de Puebla padecen escasez de agua, cinco de los siete manantiales del municipio de Coronango se encuentran contaminados, a falta de mantenimiento por parte de las autoridades locales. (...) Hace un lustro todavía la gente acarrea el agua que ahí nacía, con cubetas y cazos, para el consumo en sus hogares.(...) Los colonos que habitan en las inmediaciones de estos manantiales, en la calle Morelos, expusieron que estos “ojos de agua” no han recibido limpieza ni desazolve desde hace más de cinco años. (...) “Aquí, por lo mismo que hay mucha agua, todo mundo tiene pozo en el patio de su casa; pero eso no quiere decir que estamos de acuerdo que el gobierno no haga nada por limpiar los manantiales, que mucho años dieron vida a este pueblo”, destacó un sexagenario, dedicado a vender frutas y verdura.¹³

Esta situación se torna más grave aún, en el tema de la contaminación tóxica de los mantos freáticos que son los que sanean y renuevan los ameyales. En este sentido se ha señalado la responsabilidad entre el gobierno local y empresas extractivas de materiales para la construcción, concretamente constructoras que extraen tepetate.

En los últimos meses habitantes de Coronango han alertado la sobreexplotación del tepetate y el relleno de fosas con desechos industriales, lo que significa un riesgo ecológico y de salud. (...) Hermelinda Macoto Chapuli –presidenta municipal de Coronango- está permitiendo la extracción irracional del Tepetate, que no es para la producción de ladrillo, sino que lo está vendiendo a constructoras irresponsables, dañando la ecología y la salud de la población; porque están rascando hasta más de 20 metros de profundidad, llegando a los mantos acuíferos, dónde luego de encontrar agua, los rellenan con

¹³ La Jornada de Oriente. *Cinco de los siete manantiales del municipio de Coronango están contaminados.* 25 de mayo de 2015. Por Yadira Llaven. http://www.lajornadadeoriente.com.mx/noticia/puebla/cinco-de-los-siete-manantiales-del-municipio-de-coronango-estan-contaminados_id_8166.html

escombros, desechos industriales tóxicos y material extraño, contaminando el agua, la tierra y el aire. Los daños a la salud irreversibles, que pueden ser causados por dos elementos químicos, que contienen los desechos tóxicos como el cadmio y el plomo, son: Diarreas, dolor de estómago, mareos, vómito, debilitamiento óseo, afectaciones a la fertilidad e incluso al grado de la infertilidad... daños al ADN y posible cáncer... Daño cerebral, aborto espontáneo... (etc.)¹⁴

Esta situación ha significado una serie de protestas sociales, pues la preocupación es alta ante una situación tan evidentemente dañina para la población y el medio ambiente.

3.2.2. Sistema de salud local

En virtud de la legislación existente, y que en el primer tema de este capítulo hemos citado para dar contexto, la caracterización del sistema de salud de Coronango depende de esos mecanismos, así que para describir las condiciones de salud de la localidad nos atenemos a los servicios de salud, pues estos son la forma como el Estado toma el tema en sus manos.

Del total de la población, el porcentaje con derechohabiencia del IMSS corresponde al 11.81% (1,755), en el caso del ISSSTE es el 1.3% (200) y de parte del ISSSTE estatal sólo el .58% (86). Con la legislación vigente y el Seguro Popular puesto en marcha desde hace varios años, la población derechohabiente por este programa es de 4,390 lo que representa el 29.54% del total.

En total suman 6,509 personas con derechohabiencia a servicios de salud y que en contraste con el total de la población son 8,172 quienes no cuentan con este acceso a servicios de salud estatal. En porcentaje, esta diferencia representa el 43.81% de derechohabientes frente al 56.19% sin acceso, lo que en pocas

¹⁴ Metropolitano. *Crimen ecológico en Coronango; responsabilizan a Hermelinda Macoto y constructoras*. 7 de abril de 2015. Por Marisa Nolasco <http://www.metropolitanopuebla.com/noticia.php?id=1249>

palabras es que más de la mitad de las personas en Coronango no tienen garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud por parte del Estado. El acceso a los servicios de salud está materializada por la existencia de la infraestructura de salud que corresponde a los diferentes tipos de espacios destinados a ese servicio, casas y centros de salud hasta hospitales que presentan diferentes grados de equipamiento y atención que cubren en suma todas las formas de servicios.

Es importante aclarar, que en la práctica, dichos espacios de salud atienden a todas las personas que requieran servicios aun no contando con derechohabencia, sino pagando la cuota correspondiente al servicio requerido. Por supuesto ello sucede en la medida de la capacidad de respuesta que los diferentes espacios infraestructurales de salud, es decir, si tienen personal médico disponible, equipos adecuados para las diferentes necesidades y disponibilidad en uso de camas, consultorios, ambulancias, etcétera.

De tal manera que es importante aquí rescatar no sólo la descripción de los servicios de salud que desde el Estado se proporcionan en el caso de Coronango, sino también el proceso que en los últimos años ha sucedido en los esfuerzos por dotar de más y mejor infraestructura de salud a la cabecera municipal.

De acuerdo a la normativa de la Secretaría de Salud de Puebla, a Coronango, como cabecera municipal, le corresponde contar con un Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), Hospital General y un Hospital Comunitario¹⁵; a las tres localidades que dependen de esta cabecera, les corresponde según la misma Secretaría, un CESSA y/o casa de salud. Antes de desglosar la situación de la cabecera municipal cabe mencionar, que de las tres localidades sólo cuentan dos de ellas con casa de salud y la tercera no tiene ninguna unidad de servicios médicos.

¹⁵ Secretaría de Salud del Estado de Puebla. <http://ss.pue.gob.mx/>

En el caso de Coronango, había contado hasta el año 2014 con una casa de salud, así como con una técnica en salud, que es una persona de la misma comunidad capacitada para otorgar los servicios básicos de salud.

Casa de Salud: *En tu localidad, encontrarás una Auxiliar de salud, que puede detectar los síntomas y darte tratamiento para enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, curaciones, darte medicamentos para alivios de dolor y en caso de que tu padecimiento requiera de valoración médica te enviará al centro de salud más cercano.*¹⁶

La casa de salud, desde su definición brinda servicios básicos de salud como atención a padecimientos menores, difusión de información y campañas de prevención. En su momento contó con dos unidades médicas, que son locales acondicionados para brindar los servicios de salud básicos a su alcance. Por lo que en 2014 se anunció la construcción de un Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA).

Un Centro de Salud con Servicios Ampliados: *Es una unidad médica diseñada para ofrecer atención primaria a la salud integral con alta capacidad resolutive. La consulta externa que otorga el Centro de Salud, se extiende a especialidades con alta demanda por la población, como: Estomatología, Psicología, Salud Mental, Atención obstétrica prenatal y Nutrición. Ofrece además servicios de laboratorio clínico y diagnóstico de imagenología. Así como procedimientos quirúrgicos de baja complejidad en pacientes ambulatorios y área de telemedicina. Su capacidad de atención es de 20,000 a 30,000 habitantes para los que cuenta con una capacidad de 6 a 12 consultorios.*¹⁷

En este sentido es un esfuerzo por llenar el gran déficit que se cuenta en este municipio y en particular con la cabecera que de corresponderle uno o dos hospitales y la CESSA apenas se concretó éste último para 2014.

¹⁶ Secretaría de Salud del Estado de Puebla. <http://ss.puebla.gob.mx/index.php/servicios-hospitales-y-centros-de-salud-puebla/diferencias-entre-casas-de-salud-centros-de-salud-y-hospitales#1>

¹⁷ *Ibídem.*

Debido al rezago en el sector salud en el municipio, el regidor de Salubridad y Asistencia Pública del municipio de Coronango, Manuel Benítez Ochoa, anunció la construcción de tres nuevos centros de salud y la ampliación de dos más para la localidad. Informó que los tres Centros de Salud con los que se cuentan en la actualidad (en cabecera municipal, San Antonio Mihuacán y San Francisco Ocotlán) serán demolidos, mientras que las nuevas unidades clínicas ya se comenzaron a edificar. Una de ellas, precisó, es la que se construye desde hace un par de semanas en la cabecera municipal, pues será entregada a la población en el mes de octubre.¹⁸

La administración en su logro por construir un nuevo CESSA que ampliara los servicios de salud ya insuficientes, decide demoler desde antes de su culminación, la casa de salud existente y migrar sus instalaciones a espacios inadecuados para la atención.

La presidenta municipal, Hermelinda Macoto Chapuli, afirmó que los servicios médicos que reciben alrededor de seis mil personas de la cabecera municipal no se suspendieron por la demolición y ampliación del centro de salud. Explicó que antes de que iniciara el derribo del antiguo inmueble, el gobierno estatal y el ayuntamiento se coordinaron para trasladar al auditorio los dos núcleos de medicina general que funcionaban regularmente. Macoto Chapuli informó que el nuevo Centro de Salud estará listo para finales de noviembre.¹⁹

El diez de diciembre de 2014 es inaugurado el nuevo CESSA.

Con una inversión de 6 millones 903 mil pesos, el gobernador Rafael Moreno Valle inauguró un Centro de Salud en el municipio de Coronango. Asimismo, entregó una ambulancia de traslado en Santa María Coronango, con una inversión de un millón 92 mil pesos, (...) El Centro de Salud beneficiará a una población de más de 16 mil

¹⁸ Metropolitano. *Demuelen centro de salud de Coronango; en total dismantelarán tres*. Por Quezalli Long. 14/07/18. <http://www.metropolitanopuebla.com/noticia.php?id=666>

¹⁹ Másnoticiasdiario. *Reubican por cuatro meses centro de salud de Coronango*. Extra. 14/07/23. <http://www.masnoticiasdiario.com/2014/07/reubican-por-cuatro-meses-centro-de.html>

habitantes de las comunidades de Santa María Coronango, San Francisco Ocotlán, Analco, las Barrancas, pertenecientes al municipio de Coronango. (...) El Centro de Salud cuenta con tres consultorios de medicina general, uno de medicina preventiva, y un consultorio de estomatología. Tiene área de estimulación temprana, farmacia, sala de expulsión para atender partos, sala de observación con dos camas, sala de espera, oficina de promoción a la salud; entre otros espacios, además, personal calificado para brindar atención eficiente.²⁰

Después de ser inaugurado, no se iniciaron las actividades sino hasta un mes y medio después en que se reportó también que no contaba con suministro eléctrico y que para ello, se había habilitado un área para refrigerar medicamentos en una escuela cercana²¹. Cuestión que en septiembre de 2015 se agravó al revelarse la mala calidad y diseño de la construcción.

A menos de un año de haber sido inaugurado el Centro de Salud de la cabecera municipal de Coronango, cuya inversión ascendió a 6.9 millones de pesos, ya presenta grietas en su infraestructura. Además, por las lluvias de las últimas semanas el inmueble se ha inundado, de acuerdo con un recorrido en el lugar, y la información que proporcionaron los trabajadores. (...) En el recorrido que hizo este medio en el lugar, pudo constatar que las grietas fueron recién cubiertas con cemento y pintura blanca, pero aún quedaron las marcas. El funcionario consideró que fue hecha con material de mala calidad. Cabe citar que en diversas ocasiones, los pobladores de Coronango se han quejado de este Centro de Salud, al asegurar que no brinda los servicios necesarios.²²

²⁰ Sexenio Puebla. *Inaugura Moreno Valle Centro de Salud en Coronango*. Por Fabiola Reynoso. 14/12/10. <http://www.sexenio.com.mx/puebla/articulo.php?id=38442>

²¹ Municipios Puebla. *Operan a medias centros de salud en municipios de Puebla*. Corresponsales. 15/01/22.

<http://municipiospuebla.com.mx/nota/2015-01-22/interiores/operan-medias-centros-de-salud-en-municipios-de-puebla>

²² Diario Cambio. *Se cuartea centro de salud construido bajo esquema peso a peso en Coronango*. Por Ixchel Rivera. 15/09/25. <http://www.diariocambio.com.mx/2015/regiones/angelopolis/item/24024-se->

En la crítica al discurso gubernamental y la legislación que realizamos anteriormente, salió a la luz la ineficiencia del Sistema Nacional de Salud para cubrir sus obligaciones, en general. Ahora tras el análisis del sistema de salud local en Coronango, se confirma esta conclusión ahora particularizada a esta localidad. La cantidad de población con derechohabencia a servicios de salud no llega siquiera a la mitad, el equipamiento de infraestructura es menor al establecido por la propia Secretaría de Salud del Estado de Puebla, y la dotación de la nueva unidad médica, Centro de Salud con Servicios Ampliados, no sólo es insuficiente de por sí sino ineficiente desde su misma constitución material que tiene problemas estructurales, de servicios y de diseño al inundarse en temporada de lluvias.

Aquí que hemos hecho un análisis estrictamente enfocándonos en lo que el mismo Sistema de Salud pone de manifiesto como su constitución que son los servicios de salud, pues como hemos dicho en la crítica a su discurso no involucran la salud en sí misma, por lo que no podemos profundizar en la real situación de salud en el pueblo. De igual manera no incluimos las causas de la mala respuesta que el gobierno tiene hacia la salud, particularmente a Coronango, si sean causas de falta de recursos, corrupción o simple y dañina desatención.

Por lo tanto, en este capítulo, podemos concluir un que el sistema de salud se presenta ineficiente e insuficiente particularmente también para la localidad de Coronango, en el caso de la legislación y parámetros oficiales de respuesta a esta necesidad. Aquí ejemplificamos el ejercicio del poder heterónimo siendo incumplido de sus propios parámetros establecidos en las diferentes normativas y leyes.

Ahora pasemos al análisis del grupo autogestivo de salud.

CAPÍTULO 4

Salud autogestiva en Coronango

El actual grupo de salud de Coronango es la continuación de un proyecto inicial que tiene raíces bien definidas, sin embargo, desde su primera constitución, ha tenido periodos de estancamiento y reorganización que, si bien mantiene a la fecha su original fin, sus objetivos y conformación han ido cambiando a lo largo del tiempo. Tiene sus orígenes alrededor del año 1984 y comenzó a trabajar únicamente sobre la nutrición de los habitantes de la comunidad; con el paso del tiempo y sin dejar de lado la nutrición, ampliaron sus actividades a la promoción, prevención y atención a la salud, dando más importancia a las dos primeras, lo que además caracteriza precisamente a los sistemas de salud autónomos y es totalmente contrario al modelo médico hegemónico que da prioridad a la curación. El grupo de salud está integrado únicamente por mujeres quienes iniciaron su participación organizadas en una comunidad eclesial de base en Coronango.

Para comprender la constitución de las comunidades eclesiales de base en el municipio de Coronango es necesario conocer el contexto en el cual florece la Teología de la Liberación en varios países de Latinoamérica y que responde a situaciones de pobreza y violencia estatal. Nos dice Enrique Dussel que la Teología de la Liberación surge como un repensar, como una reformulación de la interpretación cristiana, de toda la cuestión de “fe y política” a fin de posibilitar una nueva visión de los “hechos” del cambio social y aun revolucionario en la que el compromiso con los “pobres” y el participar en sus luchas significa un construir el “Reino de Dios”, tal y como el fundador del cristianismo lo había enseñado (Dussel, E. 2003: 59)

Asimismo, una definición de lo que son las comunidades de base eclesiales es que son pequeñas comunidades conducidas por un laico, motivadas por la fe cristiana, que se consideran a sí mismas como parte de la iglesia y que están comprometidas en trabajar juntas para mejorar sus comunidades y para establecer una sociedad más justa (Berryman, P. 1987: 61) Con este primer antecedente que es determinante, sus fundadoras nos narran el origen del grupo.

*Somos salidos de la pastoral, de las Comunidades Eclesiales de Base (CEBs) pero nos fuimos enfocando a lo que nos gustaba, yo me metí a la pastoral de salud, éramos de diferentes ramas pero a la vez también nos gustaba la salud y también participábamos en esto. (gr.)*²³

Para recabar la información se aplicó un instrumento de entrevista grupal y una individual, contemplando las perspectivas teóricas del poder y el género, que se exponen en el apartado anexo a la tesis y que por supuesto, entre ambas, cada una tiene preguntas diferentes.

Con base en ellas es que hacemos aquí una reconstrucción histórica del grupo, así como una sistematización de la experiencia que nos permita vislumbrar, desde el punto de vista del ejercicio del poder, la constitución esencial de un grupo autogestivo de salud de mujeres.

Las entrevistadas que prefirieron mantener reservas de su identidad, se han integrado al grupo en distintos momentos del mismo, identificando *fundadoras* las que estuvieron desde los grupos de la CEB en el año '84 con una duración de 17 años, *refundantes* las que reiniciaron el proceso en 2003 tras un periodo de inactividad y de *reciente ingreso* las que desde el reinicio del grupo se han integrado en él ya sin interrumpir sus actividades.

Gr. – Entrevista grupal con 9 miembros.

1 – Reciente ingreso de hace 4 años. Trabaja en el campo, 60 años, casada, 2 hijos, viven en casa propia con todos los servicios.

2 – Fundadora, participa desde hace 28 años. Ama de casa, 63 años, casada, 6 hijos, viven en casa propia con todos los servicios.

3 – Reciente ingreso de hace 5 años. Ama de casa, 51 años, casada, 7 hijos que sobreviven 5, vive en casa propia con servicios menos drenaje.

²³ En lo sucesivo citaremos las entrevistas realizadas en la investigación de campo, señalando al final de la cita y entre paréntesis la entrevista a la que corresponde, siendo (gr.) la entrevista grupal y entre los numerales del (1) al (9) las entrevistas individuales.

4 – Reciente ingreso de hace 4 años. Ama de casa, 50 años, casada, 5 hijos, viven en casa de los suegros con todos los servicios.

5 – Refundante desde hace 10 años. Ama de casa, 53 años, casada, 5 hijos, viven en casa propia con todos los servicios.

6 – Reciente reintegro hace 5 años, al haber participado hace 21 años. Vendedora de zapato, 46 años, soltera, vive con sus padres y cuenta con todos los servicios.

7 – Refundante, participa desde hace 10 años. Ama de casa, 59 años, casada, 4 hijos, viven en casa propia con todos los servicios.

8 – Reciente ingreso de hace 4 años. Ama de casa, 28 años, en unión libre, 4 hijos, viven en casa prestada con todos los servicios.

9 – Fundadora, ingresó desde hace 22 años, se reintegró hace 10. Ama de casa, 47 años, casada, 4 hijos, vive en casa propia con todos los servicios.

El grupo de salud de Coronango es una experiencia que se suma a un trayecto de colectivos, proyectos y redes que se han conformado en México y el mundo durante el siglo XX, en que se ha intentado promover la salud de forma comunitaria y/o autogestiva en diferentes formas con relación al Estado: subordinado a éste, en diálogo con él, independiente, o a pesar de él; pues en todo caso es el Estado quien ostenta la responsabilidad histórica de salvaguardar a sus ciudadanos. Veamos una breve exposición histórica de la autogestión en salud.

4.1.- Antecedentes de grupos de salud autogestivos en México

La presencia de grupos organizados de salud popular ha existido, por lo menos a partir de los años cincuenta, en Asia, África y América Latina. Aunque el saber popular curativo tiene raíces antiguas en nuestra nación, al parecer:

...las primeras experiencias de participación social en salud²⁴ se

²⁴ La autora emplea la noción de “participación social en salud” en forma muy distinta a la forma de los distintos programas oficiales de atención vertical a la salud desde el gobierno a la que hicimos crítica en el

*remontan a los años sesenta (1964), con el proyecto impulsado por el biólogo norteamericano David Werner en el norte del país, autor del famoso libro Donde no hay doctor, obra que se encuentra entre las más ampliamente utilizadas en el campo de la promoción de la salud comunitaria y la rehabilitación basada en la comunidad. Si bien en un inicio se realizó en este lugar un trabajo ciudadano de atención parecido al del sector oficial, poco a poco se incorporaron actividades de prevención y educación con una visión más social, capacitando a la población para tal fin.*²⁵

El punto clave de cambio de visión en estas experiencias fue la *transferencia* de conocimientos y terapéuticas a la población afectada. Es decir, que por medio del rescate, revaloración y difusión de los sistemas curativos culturales de las mismas comunidades (así como de la incorporación de los avances científicos y terapéuticas alternativas)²⁶, se capacitó a promotores de salud comunitarios con el fin de que fueran capaces de prevenir y curar la enfermedad, evitando que sus localidades dependieran sólo de la presencia de médicos o enfermeras. Otro elemento clave fue la comprensión de que la mayoría de los problemas que afectaban a estas poblaciones eran resultados de una marginación económica y social.

En general, los esfuerzos de salud popular, se pueden sintetizar en rescatar las prácticas culturales de salud que son eficientes y armonizarlas con las técnicas médicas modernas; es decir, partir de que la gente desde siempre ha tenido el

tema 1.3.1.1. Por el contrario, la autora lo define como: “los esfuerzos por construir grupos autogestivos en salud” y la hace sinónima al término “salud popular”, para enfatizar las características de ambos: “indica lugar social (entre los pobres), pero también la resistencia y lucha de este sector, y por último, señala los recursos socioculturales de esta resistencia y lucha (música, teatro, educación, saber curativo).” Cahuich Campos, Martha Beatriz. *Salud Popular. Un estudio sobre participación social en salud México (últimas décadas del siglo XX)*. Tesis Doctoral, ENAH, México, 2008. p. 2

²⁵ *Ibídem.* 5

²⁶ Al respecto, comenta la autora citada “... he observado que para muchas personas el término “medicina tradicional” remite a terapéuticas de origen prehispánico, cuando en realidad los sectores populares (por lo menos los investigados) emplean prácticas de muy diversos orígenes, algunas con raíces coloniales, decimonónicas o contemporáneas.” *Ibídem.* p. 7

poder de curarse a sí misma con sistemas curativos culturales endógenos, y desde ahí corregir y aumentar ese poder con los avances de la medicina moderna. Es importante aclarar que lo anterior no fue una norma general. En varios lugares, los esfuerzos civiles se limitaron a reproducir centros de atención a la salud semejantes al del sector estatal, aunque basados en la auto organización, que ofrecieron un servicio importante para la población, pero con un proceso participativo más restringido.²⁷ Esto evidencia una disputa que los macropoderes del Estado y el mercado han plantado frente a las prácticas culturales, en que es necesario desplazar las tradiciones en salud para poder insertar la medicina moderna. Se emprendió desde el Estado una campaña de desprestigio contra curanderos, parteras, sobadores, yerberos y demás figuras sociales arraigadas en la tradición, desechando totalmente sus conocimientos al difundirlos como “peligrosos” para insertar progresivamente el dominio de los profesionales de la salud.

Siguiendo la opinión de la autora, es muy fácil encontrar históricamente de entre los tipos de esfuerzos de salud popular, dos de ellos que tienen presencia mayoritaria en el conjunto de grupos surgidos en México:

En el primero de ellos, el trabajo en salud era considerado parte de una misión, vocación o sentido de existencia, bajo un compromiso cristiano, es decir, las personas lo consideraban expresión de la dimensión social inherente de su fe. En varios casos había un discurso que relacionaba lo anterior con el pueblo pobre con influencia de la Teología de la Liberación. Además, varias de las experiencias analizadas habían surgido en ámbitos eclesiales católicos (como diócesis, parroquias, Comunidades Eclesiales de Base -CEB-, equipos pastorales, entre otros). Mientras que para el segundo, la salud popular estaba ligada a

²⁷ Aunque en México hubo una sensibilidad hacia el saber curativo indígena desde la antropología, así como esfuerzos gubernamentales importantes como la formación de médicos rurales en los años cuarenta, los inicios de la participación social en salud en México se remontan a 1964, [si tomamos como punto de arranque la experiencia de Piaxtla]. *Ibidem*. p. 5-6

*movimientos sociales ciudadanos como el Movimiento Urbano Popular (MUP). Pero no existía un discurso religioso de por medio, se trataba de una motivación más humanitaria, vinculada a una noción de justicia social en un sentido laico.*²⁸

Sin embargo, todos los grupos surgidos en este sentido, comparten necesariamente la realidad de México de la segunda mitad del siglo XX, que está marcada por un aumento corto en los niveles económicos que pronto empezarían su declive con el ingreso de políticas nacionales neoliberales. Esta característica histórica que implica en pocas palabras, la progresiva reducción en la calidad de vida para las clases trabajadoras y campesinas, es una situación determinante, no sólo para comprender un periodo auge en el surgimiento de este tipo de grupos, sino también para entender las dificultades de su continuidad, al punto que muchos de ellos han desaparecido en nuestros días.

La emergencia de la salud popular se dio en la época de la Guerra Fría y del Estado Benefactor. En el caso de México, la salud popular no es responsable de los importantes cambios en los niveles de vida y el incremento de la población. Su surgimiento se dio en un contexto de desigualdades y polarizaciones evidentes, donde había sectores acomodados que alcanzaban condiciones de bienestar históricos, mientras que una gran porción de la población quedó total o parcialmente fuera de lo anterior. Aunque varias experiencias de salud popular desaparecieron en los setenta, otros colectivos se formaron o se fueron consolidando. A todos ellos les tocó un contexto de crisis económica bajo el sexenio de López Portillo y el inicio de las medidas de ajuste a los programas sociales impuestos por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), que afectó notablemente al sector salud, restringiendo su presupuesto para la creación y mantenimiento de hospitales, clínicas, centros de salud y adquisición de medicamentos. Hay que precisar que los programas de ajuste estructural dictadas por el FMI y BM, se aplican en lo económico-estructural de la nación,

²⁸ *Ibidem.* p. 3-4

afectando completamente los programas sociales, aunque estos puedan presentarse como medidas compensatorias ante los efectos o insuficiencias de los programas de ajuste, la orientación del modelo económico está dada por estos, y de ellos depende la modificación en la calidad de vida de extensos grupos de población. La fuente oral muestra que el periodo de auge de muchos de estos colectivos, junto con el nacimiento de articulaciones como *Movimiento Nacional de Salud Popular* (MNSP), *Movimiento Nacional de Microdosis* (MNM) o la red indígena *Salud en Manos del Pueblo* (SMP), sucedió justo en la denominada *década perdida*, es decir en los años ochenta. Es factible que estos intentos ciudadanos correspondan con momentos de agravamiento económico para las familias mexicanas, si bien los relatos no refieren un periodo de bonanza previo a esta década, plasman el problema de la salud como algo crónico.

El surgimiento de OSC [ONGs] y de redes como la asociación civil Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP) o el Centro Nacional de las Misiones Indígenas (CENAMI²⁹), va de la mano con la consolidación de políticas neoliberales en los años noventa que impulsaron la privatización del sistema oficial de salud, limitando su presupuesto y ofreciendo una relación mucho más restringida. En esta década también se debilitaron varios proyectos de salud popular.³⁰

Aunque nos remitimos a fuentes que hablan de grupos organizados de salud popular a partir de los años sesenta, pues son los que están ampliamente documentados, es posible caracterizar el grupo que nos ocupa en esta tesis con esta breve exposición de los antecedentes de los grupos de salud autogestivos. Ahora entremos de lleno al estudio del mismo.

²⁹ “CENAMI es una institución fundada por la Iglesia católica mexicana en los setenta para promover servicios sociales y pastorales en las etnias. A fines de los ochenta, este centro se independizó del Episcopado, convirtiéndose en una organización civil y profundizó en su acción popular siendo el único referente clave para una amplia gama de instituciones y organizaciones que hace un trabajo en salud con este sector social. CENAMI brinda atención sobre todo a poblaciones indígenas y campesinas, pero básicamente rurales. En menor medida a zonas semiurbanas o pequeñas urbes.” *Ibidem*. p. 8

³⁰ Cahuich Campos, Martha Beatriz. *Una visión distinta del mundo. Ensayo historiográfico sobre el proceso de la salud popular en México a finales del siglo XX*. Tesis de Maestría, ENAH, México, 2002. 205–206

4.2.- Origen del grupo: Empoderamiento

Aquí vamos a localizar, más que fechas y personajes, el proceso que origina al actual grupo de salud y que siguiendo nuestro marco teórico, el evento precursor está en el *empoderamiento* de las mujeres que a continuación vamos a describir desde la constitución de comunidades eclesiales de base en Coronango. Este tipo de comunidad tiene que ver con el ingreso de clérigos seguidores de la teología de la liberación que en este caso, las fundadoras reconocen y recuerdan quién y cómo fue que inició este proceso.

A partir de un sacerdote, el padre Francisco Herrera y él es el que nos puso a cambiar el municipio, al pueblo. Nos dio, por las compañeras las anteriores, que entraron en primeros auxilios, en diferentes alternativas para ayudar al pueblo, en catequesis, en bautismales, en todo abarcó muchas líneas. (9)

...digamos el hacía misas en las tardes y luego, luego después de misa nos reunía en el salón y ahí nos empezó a, a pues ahora sí que a platicar y a animarnos y a decirnos... él tenía como 35 años, fue su primera parroquia aquí. (gr.)

... estuvo aquí 17 años aquí, el padre Mache, como que ese más a la política (...) con sus grupos de comunidad... (2)

Es el padre Francisco Herrera, o padre “Mache” de cariño, un clérigo joven en su primera responsabilidad parroquial, inicia una labor profunda en el pueblo, la de creación de grupos de la comunidad y para la comunidad con una conciencia social fundada en la teología de la liberación.

...el sacerdote que estaba antes no lo quiso, por las ideas que traía, porque decían que era de comunismo y desde ahí también los cantos que nos traía en la misa, cantábamos y todo y muchos nos hablaban de los problemas de Nicaragua, del obispo que mataron (Monseñor

Romero), del Salvador y de Nicaragua, porque los cantos son de allá y entonces de ahí vino a hacer el cambio total porque era desde la misa, ya los cantos que teníamos ya no, van a cantar estos cantos y reflexionen lo que dice el canto. Él no quería que le besáramos la mano, él quería que le habláramos de tú, que éramos todos iguales, él tenía su sacerdocio, él tenía algo especial, lo traía en, digamos en la parroquia o en la iglesia y nosotros éramos como él... (gr.)

Hacer comunidad requiere que los individuos se hagan comunes, semejantes entre sí lo que va desde compartir ideas hasta prácticas, esto no supone la derogación de roles previos, que son profundos, sino que por encima de los roles se inicia el reconocimiento recíproco y la horizontalidad en las relaciones que en este caso no puede ser mejor expresada que como lo dicen las entrevistadas “... que todos éramos iguales... y nosotros éramos como él”. Esta sola frase implica una transgresión en las relaciones de poder que constituye a la misma iglesia, la subordinación de la congregación a la autoridad del párroco, decimos transgresión pues no se derogan esas relaciones sino que se reconfiguran y cualifican en distinta forma, cosa que no era del total agrado de la comunidad eclesial alrededor del joven padre, ni de toda la congregación.

Había pocos sacerdotes con la misma idea de él, porque el pueblo también (...) digamos que no estaban de acuerdo con lo que hacía pero él nunca tuvo miedo, le decíamos, es que se van enojar... (gr.)

En referencia a esa sencilla frase pero llena de sentido, a la vez implica otra transgresión clave, la de los roles de género, en que las mujeres se identifican con el párroco independientemente de su sexo, que el mismo padre buscaba al no dar preferencia en cuestión de género al trabajo que realizó en la Comunidad Eclesial de Base (CEB).

... y desde entonces él su idea fue eso pues sí quiso la liberación y luego nos juntaba y nos decía: “y a ver díganme a quién su esposo no la deja venir, dígame que venga también porque no nomás están invitadas ustedes”. (gr.)

En este caso no podemos seguir hablando de “individuos” sino ya de las “mujeres” pues en principio la misma CEB se componía mayoritariamente de mujeres. Las transgresiones que hemos mencionado pasan así de un reconocimiento en comunidad al reconocimiento de las capacidades individuales.

...le digo que esa confianza que nos dio, pues ya encantados todos porque pues ya no de que lo que diga el padrecito porque hasta nos puso una vez un ejemplo, nos empezó a decir:

- miren esto, ustedes qué dicen, ¿está bien?

- Sí padrecito

- Pues ¡no está bien! -azotaba la mano en la mesa- ¿qué no piensan? Aunque sea yo un sacerdote, no me acepten todo lo que digo porque lo que les estoy diciendo no está bien, es que deben de pensar ustedes y aunque sea el sacerdote, contéstenle porque ustedes van a contestar con la verdad y con lo que ustedes piensan que es lo correcto. ... que nosotros reflexionáramos y pensáramos y de ahí con esa confianza que él nos dio y nos reunía este diario, diario. (gr.)

Este reconocimiento de la voz, no es otra cosa que el empoderamiento que las personas incorporan en el reconocimiento de su propia capacidad: hablar, pensar, comunicar. Esta característica es el verdadero inicio del grupo en cuestión, y el inicio del ejercicio del poder autónomo, como ellas mismas lo relatan.

... de que nos abrieron los ojos como dicen pues nos gustó y nos gustó también que nosotros estamos también luego otros señores que conocimos, que venían, lo de Marcos y todo eso, nos metimos en los problemas, yo fui a los cinturones de Chiapas cuando había los cinturones de los diálogos. (...) Le digo que cuando yo veo u oigo algo que no está bien, pues yo sí respondo, yo sí hablo, de verdad que el padre hizo por nosotros, nunca lo olvidamos porque ya no nos dejamos, ya no, ya hablamos, antes hasta miedo teníamos de contestar, nos agachábamos, pero es una cosa muy bonita, es algo que cómo agradecemos a dios que nos haya mandado a este sacerdote. (2)

Las mujeres reconocen su poder-hablar en el ejercicio público, pues en el espacio privado, íntimo, solitario y hermético es donde se ejerce un poder-pensar, pero la palabra vale ahí donde se comparte, debate, comunica, coincide, ese ejercicio siempre es público y por lo tanto se configura políticamente.

Claro que sí y nos hemos metido también, en la política, en derechos humanos, ahora sí que personalmente, yo más antes me sentía responsable porque le comentaba que el sacerdote que nos metió a esto nos dijo, ustedes deben de hacer política, Jesús vino a hacer política, no vino nada más a estar en su casa, no tengan miedo a los problemas, no tengan miedo al gobierno, no tengan miedo a nada. Si se tiene uno que morir va a ser cuando dios diga, no por el miedo y que por eso no se quieren meter en problemas, no, ustedes deben de hacer lo que tienen que hacer y de todos modos se tiene uno que morir. ... En todo lo que sea, defenderse... (2)

De tal manera que se llega a extender del auto reconocimiento del individuo a la praxis del individuo, la labor emprendida por el padre Herrera tenía ese primer paso pero su intención esencial está en el hacer, un poder-hacer, consciente y activo.

Nos han enseñado cómo alimentar a nuestros hijos, cuando iniciamos, iniciamos con nutrición (...) le seguimos porque quisimos aprender más, en el de medicina preventiva. (...) Todo esto lo que nosotros hemos aprendido, son cosas nuevas para nosotros que nunca lo habíamos intentado, tal vez pensamos que no lo requeríamos tanto porque siempre que nos enfermábamos, todo el tiempo el doctor y ahora no es igual porque ahora hasta nuestra propia familia ya nos lo pide, lo que vamos aprendiendo y ya lo van aceptando, tanto como nuestros esposos, igual nuestros hijos. (gr.)

¿Cómo se puede entender el ejercicio del poder autónomo en las promotoras que no fueron parte de este proceso de empoderamiento en la constitución inicial de la CEB? Pues el grupo como tal es un espacio de ejercicio del poder autónomo, ahí

mismo se desarrolla, y en las nuevas participantes ello sucede incitándoles a reconocer y externar sus inquietudes, deseos, ideas, propuestas en un espacio que de ello vive, de ello se nutre.

Para mí era muy curioso aprender lo de medicina, (...) a mí sí me gusta aprender y saber para qué sirve, no sé, beneficios para mí, y si yo ya puedo pues beneficios talvez a los que están a mi alrededor y pues a veces entre la misma familia es muy padre y muy difícil acoplarse... (8)

Con esto caracterizamos un primer momento, el empoderamiento progresivo de las mujeres de la mano de un agente de transformación que tiene su papel concreto en la inserción del padre Francisco Herrera en la comunidad y más abstracto en la teología de la liberación, que consiste en la transgresión de roles y simbolismos, a partir de lo cual reconocen sus capacidades de hablar y hacer, en un contexto público que opera con relaciones de poder opresivas para ellas, y que finalmente ese empoderamiento se consolida en la emergencia de la participación productiva y política del grupo dentro de la comunidad.

Al principio, empezamos haciendo ferias de la salud, las hicimos en diferentes lugares, diferentes partes y también hemos hecho, cuando se trata de por ejemplo de un apoyo en cualquier tipo de defensa social, digamos que también ahí estamos participando y seguimos aquí también con la gente del pueblo, vamos a promover los baños secos y pues sí hemos hecho varios cursos para compartir nuestras experiencias a nuestra gente del pueblo. (gr.)

4.2.1.- Análisis de la realidad y conformación de grupos

El empoderamiento que se materializa individualmente se caracteriza esencialmente con una concientización, que no es otra cosa que el “darse cuenta” de la realidad en que uno vive, es decir, una suerte de poder-conocer las circunstancias, condiciones y necesidades propias en la comunidad y medio. Este

“darse cuenta” surge en la CEB de Coronango como un proceso orgánico dentro de ella y un trabajo realizado desde la teología de la liberación.

Más o menos como un año, porque medio año que empezó a hacer los grupos, que se hizo un análisis de la realidad con los jóvenes, por eso digamos que con eso empezó porque primero, tuvo que ver en el pueblo lo que había, lo que necesitaba, lo que tenían... (gr.)

El análisis de la realidad es como su nombre lo indica un análisis realizado sobre las características y condiciones concretas de la realidad, desde las cuestiones más particulares del lugar y la gente hasta las más generales como el país y la historia. Esta herramienta caracteriza las CEB en general, pues así los habitantes se “dan cuenta”, se concientizan de las necesidades y posibilidades en función de sus propias capacidades. Es un proceso importantísimo y vital pero realizado en colectivo, que brinda conclusiones y parámetros para ser compartidos en la comunidad y no un proceso de mera concientización individual, por lo que en la experiencia de las mujeres entrevistadas no participaron propiamente del proceso, sino los jóvenes, pero se informaron de sus resultados interiorizando el análisis.

Por las mismas necesidades y por el análisis que se hizo de la realidad del pueblo, pues ahí ya nos dimos cuenta porque aunque vivíamos en el pueblo, no sabíamos de todo alrededor cómo estaba y el padre nos dijo ustedes necesitan esto (el análisis) y por eso las necesidades que tenía el pueblo y por eso son los talleres, que nos dijo que participáramos, porque nos hacía falta la salud, curarnos, que había pobreza, para defendernos de derechos humanos, para el campo los que trabajan en el campo, por eso traía a quienes nos ayudaban para organizarnos. (2)

En este contexto, el paso natural del análisis de la realidad es la conformación de grupos de trabajo para atacar las situaciones que salieron a la luz de dicho proceso.

... y así nos reunía ya nos empezó a decir pues ¿quién quiere formar parte de este grupo de pre-bautismales?, ¿quién quiere formar grupo de esto, quién? ... ya de ahí empezamos y ya hubo grupos acá, eran como

cuarenta grupos, ... no nomás eran de aquí del pueblo de Coronango, si no que eran los pueblos que pertenecían a la parroquia, venían de Cuanalá, de San Lucas, de Ocotlán, de Zoquiapa... (1)

4.2.2.- Talleres: consolidación de grupos de la CEB

...los grupos nos hemos ido conformando, bueno cuando yo entré éramos más de ochenta personas... y luego dice, bueno ahora les voy a traer personas que les van a dar talleres, desde ahí ya luego él luego porque él, su idea era que en el tiempo que, él sabía que él tenía una enfermedad y este que en cualquier momento se moría, entonces él por eso vino con (...) ese objetivo (...) entonces él nos trajo, pero así – chasqueando los dedos- y rápido lo logró (...) casi, casi luego en el mismo año que vino. (gr.)

Las entrevistadas comentan que en ese mismo año, con base en el análisis de la realidad y de la inclusión de toda la comunidad eclesial de base, se conformaron diferentes grupos de trabajo y en particular se conformó el de nutrición, antecedente del actual grupo de salud. Para poder consolidar los grupos de trabajo, es indispensable dotarles de herramientas, por lo que este proceso se culmina en su fase inaugural con la impartición de talleres ahora sí prácticos sobre las diferentes temáticas de los grupos. Estos talleres fueron impartidos por personas externas a la comunidad que compartían principios con el padre.

(Talleres) de medicina, como de herbolaria, (...) rápido nos trajo primero una cosa y luego nos trajo de eso de nutrición, porque como va relacionado (...) y vinieron el Doctor Arturo Aldama y su esposa y esos ya nos trajeron de nutrición y ya nos empezaron a enseñar esto de la soya y ya nos dijo que es lo mejor, recibimos ese curso, también lo terminamos y ya empezamos también a animar nosotros a los del pueblo (...) y nos trajo de Derechos Humanos, todos venían de CENAMI, también nos trajo un ingeniero para ver lo de las tierras, cómo

cultivarlas, cómo sembrarlas, de lo que teníamos, de los árboles frutales.

(gr.)

Llegados al punto de la capacitación y consolidación del inicial grupo de nutrición es que inician un periodo de trabajo que duró 17 años

4.2.3.- Declive

...casi nomas el tiempo que estuvo porque después que se enfermó, se fue a Cholula y luego él dice ustedes síganle y ahora sí que ayudábamos a personas que necesitaban así como a grupos. (...) Dice es que los grupos de comunidad deben de ayudar a los más necesitados. (gr.)

En efecto, las entrevistadas reconocen que la separación y muerte del padre Francisco Herrera fue el punto inicial para el declive del grupo de nutrición formado en la CEB de Coronango.

Digamos quienes estaban desde antes, que ya el padre se murió y vinieron los otros sacerdotes, de ahí que ya no se pudo trabajar con los que llegaron, con los sacerdotes porque dependíamos de allá de la parroquia, hasta eso, todo lo hacíamos allá, en la parroquia... (gr.)

...pero como que hubo un tiempo de crisis y nos alejamos. Pero no mucho tiempo fue, entonces ellas tomaron otro rumbo, no sé qué pasó, las asesoras que estaban con nosotros, se embarazaron y otra chica, otra compañerita se fue, como que quedamos abandonadas... (9)

De esta manera, el grupo empieza una fractura al perder el apoyo en la parroquia, perdiendo así el espacio en el cual se reunían, con lo que las integrantes se ocupan de su vida privada.

... después que llegó el otro padre, los otros dos nos interrumpieron, por eso nos alejamos. (2)

... yo lo aprendí desde que estaba soltera y luego me alejé y después me casé y tampoco ya no, apenas ahorita, de nuevo vine, ya tres años que llevo acá con las compañeras. (1)

Se daban pláticas a una iglesia, ahí empezamos a ir, pero ya después se cambiaron los padres, entonces ahí ya no dieron permiso, por eso fueron a darse las reuniones en la casa de una tía. (6)

...pues yo me fui y nada más busqué lo de la salud de mi niño y se compuso y me retiré, qué sería, hace veinte años y volví a regresar pues hace diez años que estoy participando ya de muy continua, ya no lo he dejado. (9)

Pero finalmente, con la semilla plantada por el padre precursor y en nuestra perspectiva, el empoderamiento que ya había sido interiorizado por algunas mujeres de la comunidad, resurge el grupo a los dos años, ahora sin ligas con la iglesia que ya no había quien defendiera ideas de liberación, y más bien arrojadas a su propia constitución autónoma que localizan alrededor del año 2003.

Digamos que se desintegró mucha gente, pero no murió, sino que quedaron unos cuantos, y que siguieron, yo también me alejé y de nuevo los que quedaron me llamaron y ya le seguimos, pero la interrupción fue por eso, no se dejó definitivamente. De ahí de nuevo se fueron integrando otras personas, de las que empezamos, ya nomás quedamos como cuatro o cinco y ya todas las demás se fueron integrando... (gr.)

Para finalizar este tema, recapitulamos:

En nuestra perspectiva desde el poder, vemos un paso intermedio del paso entre relaciones de poder heterónomo hacía el ejercicio del poder autónomo que es el *empoderamiento*; si bien el empoderamiento resuena desde el reconocimiento de autonomía, él se presenta como un proceso constructivo desde el auto-reconocimiento de la propia voz, aprendizajes, capacidades y actitudes, así como de su articulación en relaciones de horizontalidad con la comunidad que comparte

tiempo y espacio. El empoderamiento es una direccionalidad de la propia existencia hacia la autodeterminación y participación comunitaria, hacia la solución de necesidades desde las propias capacidades y la politización activa. Para nuestro caso de estudio el empoderamiento es posible de la mano de un agente de cambio que toma su papel en el padre Francisco Herrera y una metodología política que es la teología de la liberación. El ejercicio del poder autónomo siempre en colectivo, supone un empoderamiento individual en cada miembro del mismo a través de un agente de cambio frente a un entorno determinado por relaciones heterónomas. Entendido esto, podemos continuar con el siguiente tema.

4.2.4.- Circunstancias de ingreso

Considerando que la CEB fundada a mediados de los 80's es el origen concreto del grupo, su actual conformación incluye mujeres que posteriormente ingresaron en condiciones distintas, teniendo todas ellas diferentes motivaciones en su ingreso.

... estamos aquí yo creo que por diferentes situaciones de la vida que nos va poniendo ¿no? (...) nadie entró y dijo "pues yo voy a ir porque mi pueblo lo necesita", eso es mentira, eso no, es porque nosotros primero sentimos la necesidad de estar en este grupo. (5)

En efecto, las condiciones personales son distintas pero todas son individuales, para este caso, la concientización y el interés colectivo surgen en el colectivo y tras el empoderamiento que tiene una condición del auto reconocimiento basado en circunstancias personales que cada una nos explica:

De soltera ya había participado y ahorita porque me llamaron, vente que tú ya sabes de la nutrición y todo (...) Yo me voy porque ahí como que aprendo otra cosa, como que me despeja, llego y me apuro más, me desestreso. (1)

Por la invitación del sacerdote y luego por curiosidad, por gusto, por saber porque me dijeron que es de medicina. Me gustaba participar en todo. Ya estaba casada. (2)

Yo iba a un curso de soya texturizada, ahí en el DIF de aquí de Coronango (...) ya cuando acabó ese taller, nos hicieron la invitación de aprender de medicina alternativa (...) siempre tenía yo esa curiosidad de aprender... (8)

Las motivaciones para integrarse en las tres entrevistadas, tienen qué ver con un interés creativo: aprendizaje, participación, conocimiento y convivencia; y por supuesto, hallarse en condiciones de desarrollar los intereses creativos y hacerlo es manifestación del empoderamiento. Veamos otras:

Yo me sentía muy mal, me dolían mucho las plantas de los pies y yo le platicué a una muchacha y ella dice, te voy a mandar a mi mamá a que venda unas plantas, y pues ya de ahí, bueno te las voy a vender dice, pero también vente, y ya fue como me integré al grupo.(4)

Yo ya lo conocía, antes yo sufría mucho de gripa y eran temperaturas y hasta que no fuéramos con el médico, y el médico nos cobraba 300 pesos la consulta, en ese tiempo hace 20 años. Y era nuestro médico, era en Puebla y aquí no. Entonces empecé y nos enseñaron, con frotaciones de toalla y con ese nomás (...). Y tiene como 20 años que ya no conozco una temperatura... (6)

Yo por mi salud, la mayor parte de mi vida me la he pasado enferma. Por lo mismo de que tuve una vida muy triste con mi pareja, (...) entonces, con lo de mi enfermedad me invitaron, la mamá de una nuera que tengo, de saber que yo estaba enferma me invitó a los cursos, me interesaron. (7)

En primera mi salud, yo estaba muy mal. En seguida la situación en que yo vivía –con mi esposo-, yo buscaba como resolver, yo pensaba que al

entrar ahí, dios me iba a ayudar y me iba a resolver los problemas, yo entro aquí y dios me va a decir “como estás aquí, tú ya no vas sufrir” pues mentira, porque fue más sufrimiento, pero fue la fortaleza que él me dio. (5)

En este otro bloque vemos la coincidencia en un malestar individual que ante la invitación al grupo, se pensó como opción a la cura de los males, de los cuales tratado convencionalmente con el sistema de salud representaba una gran carga económica. Pero también son malestares diferentes, inicialmente los físicos: dolores en los pies y temperaturas que ambos en efecto tuvieron remedio con los conocimientos adquiridos en el grupo. En el otro sentido vemos que junto con enfermedad está localizada una situación conyugal problemática que se traduce en un malestar emocional, mismo que a partir del grupo ha sido trabajado y como veremos en el tema de relaciones de género, tuvieron una transformación manejablemente positiva. Veamos el último bloque de respuestas:

A partir de la enfermedad de mi hijo, migraña... (Una persona) me invitó a los cursos de nutrición en la parroquia que iban a dar. Y dice “con eso a lo mejor le ayudas a tu niño para curarse”. Y se curó... en tres meses él estaba sano, y nada más como que fui y tomé lo que necesitaba y good bye, ya no te necesito y me voy, pero desde cuando traes de nuevo y nos volvimos a enfermar, y volví a retomar y dije “si esto era bueno, entonces por qué dejarlo”.(9)

Porque mi hija estaba enferma, (...) de cáncer en la cabeza, (...) si lo he hecho para salir adelante, yo la buscaba y pos encerrada pues más me voy a deprimir, tons traté de salir, tenía yo un grupo de la iglesia y luego vi que ese grupo como que se alejaba, y me invitaron también acá y pues ya que me voy y ya ahí me quedaba, hasta ahora. (3)

Aquí vemos que la preocupación es por los hijos, en que en el primer caso hubo remedio de forma rápida y que al tiempo fue considerado importante de tal manera que la señora en cuestión decidió integrarse definitivamente al grupo. Y en el último caso, fue un aliciente al padecimiento físico de la niña a la vez que un

aliciente moral y emocional ante la depresión que la madre tenía, finalmente, ella nos comentó que la niña falleció por la gravedad del cáncer, pero ella se mantuvo en el grupo hasta ahora.

Con esto vemos que el grupo reúne motivaciones distintas en sus participantes, pero que confluyen en la salud, y que por la misma dinámica del grupo van dejando la estricta atención en lo individual, que nunca se pierde, pero se trasciende al interés comunitario, y en este sentido, podemos ver en cada caso un proceso de empoderamiento en que a partir del interés creativo, malestares físicos, conyugales y de los hijos, surge deseo de poder sacar adelante cada situación y con ello, el ingreso y permanencia en el grupo.

4.3.- Grupo de salud: Ejercicio del poder autónomo

Siguiendo el hilo de nuestra disertación sobre el eje del “poder”, es justo ahora que vamos a dar más consistencia a este concepto desde la comprensión y praxis del grupo de salud que ha sido constituido por un proceso de empoderamiento y que ahora toca ver la puesta en juego efectiva de ese poder construido en las mujeres del grupo de salud.

4.3.1.- Comprensión dual del Poder

Vamos a ver inicialmente la concepción que de este concepto tienen las promotoras entrevistadas. Para ello se les preguntó individualmente “¿Qué significa para usted la palabra “poder”?” Vamos a exponerlas en orden de las respuestas más sencillas a las más extensas³¹:

El que tiene dinero... (6)

³¹ La persona entrevistada que corresponde al número (2) no respondió esta pregunta.

Es dinero, imposición, discriminación. (7)

*Es como por decir, el presidente que nos puede gobernar, a todos.
Nosotros no tenemos poder. (8)*

*Pues es como que el que tiene el mando, el que tiene y ejerce el poder,
como que tiene la superioridad. (9)*

*Pues lo que estamos haciendo, que tenemos ora sí que poder de hacer
pues lo que estamos haciendo orita en las medicinas y lo de nutrición.
(4)*

*Pues es poder, de poder, de que yo tengo ese poder, de que yo puedo
hacer. (5)*

*Pues tiene muchos significados ¿no? el significado del poder del
presidente, tiene un poder, le dan un poder también. Y para nosotros
pos que podemos también, tenemos nuestro poder, porque podemos
realizar nuestras actividades, orita podemos estar acá y pos nos
sentimos que sí, como que sí podemos realizar algo por la comunidad.
(3)*

*Para mí significa poder, ¿de poder hacer algo o de poder como el
presidente, que tiene el poder para mandar todo? -¿Me puede explicar
las dos?- Poder del que tiene el presidente es pues luego que votamos
por él y todo eso y luego después ya llegó al poder ya soy yo y ya no
nos quiere, lo que le pedimos ya no nos quiere ayudar, ese es el poder
de ellos y el poder de nosotros, es, nosotros no lo utilizamos como
poder de que nomás nosotros no, nosotros llamamos a más para que
también puedan hacer lo que nosotros ya estamos haciendo, eso es
poder y poder también es tener ganas y más que ganas, echarle ganas
para hacer todas estas cosas.(1)*

En seis de las ocho respuestas, el primer significado remite al poder heterónimo, de las cuales cuatro tienen ese único sentido: el que *tiene* el poder (el poder-objeto es una expresión tradicional del poder heterónimo), imposición, mando, el que manda y gobierna, el que tiene dinero. Salta a la vista que en dos de ellas se expone en seguida un segundo significado que remite completamente al poder autónomo.

Para poder indagar más en el significado de esta palabra para las mismas promotoras del grupo se planteó otra pregunta al respecto que orilla a una auto-reflexión distinta de la heteronomía que fue “¿*Ustedes tienen poder?*”. La elección de las palabras para la pregunta atiende a solicitar una respuesta del poder tenido por el grupo y no del poder tenido como objeto. Vamos a exponerlas con el mismo criterio que la anterior:

Sí. (4)

Sí, sí tenemos poder. (5)

Sí. Como un poder compartido. (9)

Poder de hacer, de organizar, tenemos el poder de trabajar. (7)

Considero que sí, para poder realizarlo pero no nos arriesgamos. (3)

Pues tener poder, porque me doy un tiempo para venir porque si no lo tuviera no viniera, no me interesaría. (6)

Tenemos poder en nuestro grupo, porque podemos hacer lo que queremos, pero a beneficio de nuestro pueblo. (8)

Pues yo para mí, poder, poder de que yo tenga un poder para hacer estas cosas sí, porque yo puedo, yo ya aprendí, ya hago en la casa todo

lo que puedo y yo siempre lo estoy practicando en casa. Todo lo que aprendo, todo lo hago, sí. (1)

En este caso sólo una entrevista, la (3), parece tener en mente el poder heterónimo cuando dice “no nos arriesgamos” en el sentido que este tipo de poder les ponga en peligro por determinada situación, y sólo da la apariencia de ser considerado, pues desde la heteronomía más bien se esperaría una respuesta del tipo “no, no tenemos poder porque no gobernamos ni tenemos dinero”. Muy por el contrario, se manifiesta afirmativamente la existencia de un poder en el grupo desde un simple “sí” hasta la vinculación con otros términos: de nosotros, realizar algo, hacer, organizar, tener tiempo, aprender, compartir y “yo”. Todos estos términos corresponden de alguna forma y medida, con la caracterización que destacamos en el primer capítulo sobre el poder autónomo. Entonces aquí corroboramos como en el marco teórico que en efecto el poder tiene una doble expresión articulada por pares conceptuales vertical-horizontal, externo-interno, macro-micro, objeto-sujeto, dominación-equidad.

Y corroborando esa doble lectura, vemos que el polo del poder que las entrevistadas asumen como propio corresponde con el ejercicio del poder autónomo, esto resulta capital, cuando decimos que para ejercer el poder autónomo debe haber un cierto reconocimiento de ello y que vemos puntualmente salir a flote en las preguntas realizadas. Estas conclusiones corresponden con los resultados de nuestro marco teórico.

4.3.2.- Relaciones de género

Yo sí empecé a ir mi esposo y yo, estábamos cerquita, ahí enfrente. Entonces sí íbamos a las pláticas, por eso nunca me prohibió que me comprometiera yo a un grupo, a alguna parte... (gr.)

Cuando el padre Francisco Herrera hacía la invitación a toda la comunidad, diciendo a las mujeres que “si no las deja ir el marido díganles que también ellos

están invitados”, en la cita anterior vemos un ejemplo en que ambos cónyuges participaron en un inicio, sin embargo es un caso excepcional.

Partimos de que el grupo está constituido únicamente por mujeres. Aquí coinciden varios factores para que suceda así, inicialmente con la presencia mayoritaria de mujeres en la CEB inicial, que deriva de la ideología de que la iglesia es “para mujeres”. Por otro lado, con base en los datos socio-demográficos, estamos tratando con una comunidad tradicional predominantemente católica y con jefatura masculina en los hogares, es decir, los hombres trabajan y poseen la autoridad familiar, esto quiere decir que su rol está determinado con aportar el sustento de la familia y difícilmente disponen de tiempo o energía para involucrarse activamente con una actividad no laboral. Pero esta situación se vuelca en el discurso en una forma de opresión.

...ahora como decir que yo tengo derecho a esto y mi esposo me dice que no, la mujer trabajadora, aguantadora pero en su casa. (gr.)

Pues porque sigue reinando aquí en la comunidad, el machismo. Los hombres dicen “pues ese es trabajo de las mujeres”. Y como nuestra formación fue pastoral (...) entonces dicen “la iglesia es para las mujeres, son las que luego anda ahí siempre a llorar a buscar a dios” y los hombres, como ellos mandan y disponen de todo y sienten que no les hace falta... (7)

...entonces a él le molestó eso, que yo estuviera en este grupo, porque decía que yo no lavaba, que no estaba yo en mi casa y que hacía lo que quería, entonces sí hubo problemas... (5)

Por esta razón se les preguntó si los hombres también podrían realizar las actividades del grupo, a lo que contestaron:

Sí, claro que sí. Porque hemos visto que en otros grupos existen hombres y lo hacen muy bien... (Aunque) Por una parte no nos hemos dado a la tarea de invitar a hombres. (5)

Sí, sí han estado hombres, pero han sido dos que tres, un poco menos. Porque para ellos como que lo de las plantitas, y como para los preparados, como que a ellos no tanto, pero sí ha habido, ya ahorita tenemos en el otro grupo, en Ocotlán, tenemos uno. (9)

Sí, yo más antes lo había tomado y eran hombres, eran tres señores que nos iban a dar a la casa y nada más éramos tres mujeres... (6)

Claro que sí, sí las pueden hacer nomás es que quieran. (7)

Aquí queda claro que la postura del grupo no es hermética o sexista, no es que se excluya a los hombres o que sólo se busquen mujeres para el grupo, sino que está la condicionante de una construcción histórica de género sobre la mujer que le asigna el papel de “cuidadora” de la casa y de la salud. Las entrevistadas comentan al respecto:

Porque las mujeres somos más las que cocinamos, somos más las del hogar, los hombres no quieren porque dicen eso es para mujeres no para hombres. (1)

Como que las mujeres tenemos más esa idea para beneficio de nuestra familia, por eso lo hacemos y por eso seguimos aprendiendo. (8)

Porque somos las que, a pesar de mucho trabajo, somos las que más estamos porque vemos las necesidades desde nosotros mismos, desde nuestra casa, vemos qué necesidades tenemos, entonces eso es lo que nos lleva a estar ahí. (9)

Puras mujeres, amas de casa. Se necesitan ganas y querer aprender cosas que luego estamos en la casa y no sabemos, como yo que aprendí y me he ayudado mucho a criar a mis hijos, a darles leche de soya, de las plantas medicinales. (1)

En este respecto parecería que las relaciones de género se siguen replicando en tanto que los roles dentro de la familia son los tradicionales, sin embargo, la

participación en el grupo está mediada con un acuerdo entre cónyuges que puede tener diferente carácter en cada caso:

Porque nos dan permiso, porque no nos prohíben. Los hombres no quieren. Mi esposo me decía, si tú te vas a comprometer, no podemos estar ahí los dos, o tú te vas o yo, pero tú tienes el permiso de ir todo el tiempo que sea, a donde quiera que van a ir porque yo no puedo estar pero como que los vemos que son más alejados en hacer las cosas, no quieren estar aquí... piensan que es de mujeres, háganlo ustedes; más nos apoyan con el permiso. Yo no me quejo porque mi esposo es responsable, ahorita ya no trabaja muchos años trabajo, nunca me ha dejado sin gasto. (2)

Porque nosotras como que tenemos más espacio para estar aquí, y los hombres pues, no pueden, no quieren porque no tienen tiempo, porque llegan cansados y uno como mujer se da uno su espacio, por ejemplo, como orita cuando sale uno, pues es voy a salir, voy a ir a mi grupo a reunirme con mi grupo, entonces cuando nos apuramos rápido y a darle y nos venimos pero ya dejamos preparado... pues sí ya me apuré, ya sé que es lo que tengo que hacer lo que ya dejé hecho, preparada la comida y todo. (4)

Sí porque dice que ya nomás te vas, tú ya esto, ahora ya no me pides permiso, tú cuando dices te vas es porque ya te vas y leve es que mi esposo es medio, es malito, es como todos los hombres, pero aguanta, me aguanta. Luego a veces me dice nomás te lo digo de broma que ya nomás te vas, pero yo dejo hecho todo, todo para que no me regañe, le dejo preparado comida y todo y ya me vengo. (1)

Como podemos ver, a partir de la participación en el grupo, la iniciativa de las mujeres en el espacio conyugal llega a ser tomado en cuenta y se le da su lugar, pues en esa separación de roles, responsabilidades y actividades, se le reconoce al hombre tanto su responsabilidad con el sustento y su imposibilidad de participación, como a la mujer su responsabilidad con el cuidado de la casa, pero

lo importante aquí es que no se le niega actividad fuera de casa para mantenerse recluida en el control patriarcal, sino que asciende a legítima esa posibilidad de desarrollarse fuera de la casa, cumpliendo sus actividades domésticas.

En este sentido se empieza a ver que la mujer aún que replica el discurso de autoridad sobre ella cuando dicen “me da permiso”, pero no se le subordina ni cosifica, pues ese “permiso” tiene su contraparte en cumplir sus responsabilidades en la casa en el entendido que el hombre también cumple las suyas, por ello es que identificamos una especie de acuerdo mutuo y un reconocimiento recíproco de los roles sobre la base de equidad de condiciones, lo que horizontaliza las relaciones que tradicionalmente son verticales. Para profundizar en esto, es relevante la pregunta realizada en la entrevista “¿cómo se ha modificado su relación con la pareja?”:

Al contrario, como que hubo más distanciamiento, no mejoró... últimamente está mejorando porque yo he buscado alternativas, estoy estudiando la salud mental (...) porque anteriormente yo tenía muchos problemas con él. Yo estaba muy mal emocionalmente, (...) yo siempre lo culpaba y ahora me doy cuenta que no, que yo colaboré mucho para que mi vida se hiciera así, entonces estoy acudiendo a los grupos de autoayuda. (7)

Se modificó en decir, tu no me tocas porque yo no quiero, tú no me lastimas porque no lo puedes hacer, tú no me corres de esta casa porque esta es mía y estos son mis hijos y este es mi hogar, tú eres libre y puedes hacer todo lo que quieras, pero a mi déjame, a mi déjame tranquila. (...) respétame, porque yo te respeto, porque yo no te faltó en ningún momento ni te estoy exigiendo nada, pues a mí me dejas, y eso es lo que yo estoy viviendo así... hay que entender que si una persona busca otra persona es porque a ti ya no te quiere, entonces ¿qué reclamas?, ¿tú le puedes exigir a esa persona que te quiera si no te quiere? entonces, eso me lo he metido aquí en la cabeza, entonces, yo no puedo exigirle a él que me quiera si está teniendo otra persona, si

tiene otro hijo con esa persona, entonces, yo ¿qué voy a exigir? entonces, yo en mi lugar es este, y es su lugar de él, y así, así vivimos, y él me respeta, y yo no permito que se pase de ahí. (5)

Han sido fundamental esos tipos de problemas con él. (Se ha modificado la relación) en el sentido de que por ejemplo, pues primero era como desacato como desobediencia, y ahora es como pasividad, como “pues ya, si te vas, pues vete, has lo que quieras hacer” como que un poco de indiferencia. (9)

Sí, antes era él que todo, todo lo decía y todo lo que decía, todo se hacía y ahora ya no porque ahora somos los dos, ahora yo también entro ahí, que yo también digo que se hace esto, que me voy o que todo eso. Ahora también yo porque antes nomás era él y él. Sí, se va cambiando todo eso, pero cuesta, cuesta un poco. (1)

(Antes eran cotidianos los problemas...) Sí, porque él ya ha entendido, porque llevo la medicina y ve que se curan también y ya no se enoja. (3)

Del grupo de salud, no, no se ha enojado. (2)

No, a lo contrario, él sí me ha apoyado. Luego de que así, ya mis nietos, ya tienen tos (...) y ya les doy esto, o mi mamá (...) “no ps esto es para esto y esto pa'l'otro” y entonces él sí me apoya, o sea no ps sí vete. (4)

Hasta ahorita no, del tiempo que ya vamos 4 años a hacer, él le digo “yo me voy a ir, y yo quiero seguir aprendiendo” y él “sí”, ya se acostumbró de lo que yo aprendo, y me exige también, que haga yo esto que prepare yo esto, que necesita gotas de esto, ya pues sabe que también a él le sirve... Sí porque, él sabe a dónde voy y nunca es de que me esté regañando, al contrario, él sabe que tengo que salir. (8)

Vemos que en todos los casos hay una modificación de las relaciones de género en el ámbito matrimonial y que presentan un amplio rango de sus formas. Y así

hemos ordenado la exposición, iniciando con los conflictos mayores aquí detectados en que las primeras dos mujeres padecen una relación destruida, en la primera apenas iniciando un proceso de recapitulación y la segunda tras la infidelidad del hombre la mujer toma fuerza y valor a partir de su participación grupal para poner un alto y reconfigurar su vida al grado de mantener una estable relación doméstica, pero sin vínculos amorosos. En el otro extremo hay una relación más bien sana, en que el hombre se involucra como paciente y que es una valoración del conocimiento y trabajo de su pareja. Entre estos dos extremos está la indiferencia del hombre, la aceptación, el compartimiento de toma de decisiones, o el apoyo moral. Pero en cada caso, es esa participación en el grupo lo que obliga a la transformación de las relaciones, como consecuencia necesaria del empoderamiento de las mujeres, y que se da en diferentes rangos.

Es algo fundamental, porque de ahí, como madres como esposas, nuestra casa, vemos las necesidades que tenemos, pero también en el grupo nos dan otra alternativa de vida, saber que sí importamos a los demás, nos dan nuestro valor como mujeres, nos dan nuestro tiempo, nuestro espacio. (9)

No podemos exclamar aquí una “liberación de la mujer” mucho menos ponerle el adjetivo de “radical”, pero tampoco podemos decir que no hay cambios sustanciales cuando persiste el reconocimiento del “permiso” o en el particular caso de la mujer que vive con el cónyuge teniendo éste otra familia. Más bien estamos en un punto medio que no está guiado por exigencias teóricas, sino un original acomodo de relaciones de género en las condiciones propias de las mujeres en el lugar y tiempo suyo. En este sentido el avance en el rompimiento con prácticas tradicionales de opresión y discriminación es evidente y a su vez es condición para el ejercicio del poder autónomo. Y que sucede desde nuestra perspectiva a partir de la participación política y comunitaria, en el auto reconocimiento dentro de una colectividad: empoderamiento.

...cuando yo entré aquí a esto, entonces él se había ido con otra persona, como que me acogieron -no en este grupo sino en otro anterior

que yo tuve- entonces yo me sentí como, como fortalecida, como que yo ahí sentía que iba a resolver mis problemas... gracias a dios yo logré como que tomar (...) la vara ¿no? con la que yo me voy a defender, y (...) me siento con la capacidad de que sí lo puedo hacer, de que yo no cuento con el permiso de nadie, ni de mis hijos ni de mi esposo, de que yo puedo hacer y puedo ir a donde yo quiera (...) y como que estoy diciendo “tienes la bandera, tu ganaste y eres triunfadora y sigues triunfando, pero tienes que luchar” ¿no? tienes que seguir luchando...

(5)

Entonces, es evidente la modificación de las relaciones de género para las mujeres dentro del grupo. Para enfatizar esto se planteó la pregunta *¿Qué cree que harían las personas que actualmente atiende el grupo si este no existiera?*

Ver televisión, ver telenovelas, ir a platicar con los vecinos. (6)

En la casa, viendo tele. Ora sí que no hay actividad pues se queda uno en la casa. (4)

Pues en las casas, mirando televisión, en cosas que no nos ayudan en nada, no nos benefician. (7)

Pues en su casa, viendo televisión, si se enfermaran pus yendo al doctor tomando medicina, (3)

Pues estarían en su rollo de las telenovelas, de estar con las amigas o simplemente de estar con su familia, lo que es su entorno familiar. (5)

Estaríamos en la casa, estaríamos nada más viendo nuestra familia y que estemos contentos nosotros, qué nos importan los demás. (2)

Más que nada, yo las veo señoras que no están en grupo, están en la tele casi todo el día, que no me pierdo esto o que salen a hacer una cosa y que la tele y todo y ahorita nosotros casi tele, no, ya no, hacemos nuestras actividades que ya tenemos, sí. (1)

Pues si no existiera el grupo, estaríamos en nuestra casa, o sea, yo bueno, digo, que sufriendo (...) nosotros como mujeres en nuestra comunidad, y ver a las otras, no, es un total, no nononono no, a la vez como que no he pensado en eso y no concibo el quedarme en mi casa ya, no. El ser, soy mamá, soy esposa, soy hija, soy, ahí que estoy, cumplo. Pero a mí me mueve esto, lo que estoy viviendo, y digo “yo no me veo encerrada en casa y viendo telenovelas” no, no, no. (9)

...ahora ya de que estamos en este grupo, pues ya venimos y ya no somos como antes, que no sabíamos ni siquiera nuestros derechos, un ratito de libertad tantito salir afuera de nuestra casa, y ahora es diferente yo por decir, mi esposo me dice “no vas a ir” y le digo “sí, ahora me toca ir con las compañeras, voy a ir hoy”, pero ya no me dice, ya tengo un poquito de libertad tal vez. (8)

Con estas respuestas, podemos ver que los cambios en las relaciones de género no sólo son las del hogar con los cónyuges las cuales corresponden al espacio privado y son las más importantes en términos de cotidianidad, también se extienden al espacio público iniciando con apartarse de las prácticas normales que recluyen a la mujer al espacio doméstico, pues ahí donde todas comparten un rechazo a ver televisión, en la perspectiva que aquí tenemos, ello plantea una crítica a permanecer en la casa, precisamente, en los tiempos que no implican labores. Pues bien, con ello se marca no sólo una distancia de las actividades normales que se han construido genéricamente en el patriarcado, sino también una posibilidad plena de desarrollarse en los términos y objetivos que de forma autónoma el grupo establece como colectivo.

...de que como mujeres pues sepamos exigir nuestros derechos, como mujeres que le digamos al marido, yo me voy a ir a tal parte porque tengo mi reunión, yo me voy a ir como por ejemplo a una invitación porque sé que yo voy a ir. Entonces, asumir mi compromiso, pero también ser responsable, no nada más porque ya tengo esa libertad pues adiós nos vemos si no que asumo mi compromiso como ama de casa, como madre, como esposa, bueno así no puedo decir yo, pero en

labores de la casa pues sí. Entonces ese es el cambio como mujeres que tenemos, otra mentalidad, de que no nada más estamos atentas a lo que diga el marido, entonces ese es el cambio del grupo. (gr.)

4.3.3.- Construcción de identidad colectiva

Ese es el cambio porque tenemos otra idea, porque no somos personas que nomás quiero para mí, sino es para compartir... (gr.)

Con un empoderamiento y la modificación positiva de las relaciones de género que gradualmente van de lo individual a lo compartido, podemos encontrar la concreción de una identidad colectiva.

Hablar de identidad, sin requerir un apartado para su discusión teórica, es un hecho dado automáticamente en la existencia y primordialmente en la existencia individual. Pero aquí no nos referimos a las características estáticas que hacen “diferente de los demás” o “idéntico a sí mismo” un ser cualquiera, sino a la afirmación dinámica como la que reflexiona Bolívar Echeverría:

La identidad no reside, pues, en la vigencia de ningún núcleo substancial, prístino y auténtico, de rasgos y características, de “usos y costumbres”, que sea solo externa o accidentalmente alterable por el cambio de las circunstancias, ni tampoco, por lo tanto, en ninguna particularización cristalizada del código de lo humano que permanezca inafectada en lo esencial por la prueba a la que es sometida en su uso o habla. La identidad reside, por el contrario, en una coherencia que se afirma mientras dura el juego dialéctico de la consolidación y el cuestionamiento, de la cristalización y la disolución de sí misma (Echeverría, B. 2001: 169-170).

En efecto, identidad como la vemos aquí corresponde a la del grupo y no a la de alguna de sus miembros. Y esa identidad es una construcción que afirma el colectivo, le da coherencia a partir de las dinámicas internas que le van

cristalizando y disolviendo en ese juego dialéctico, que se ha resuelto cada vez en el fortalecimiento y cohesión del mismo hasta hoy.

Entonces han sido experiencias muy favorables, pero también muy tristes porque como compañeras pues nos hemos conocido y vamos conviviendo y viviendo estas etapas, entonces es algo muy útil, muy nutritivo, el aprendizaje ha sido bueno, tanto para mí, para los que me rodean y tanto para mi grupo pues aquí yo me siento con ellas en confianza, participando lo que uno ya ha aprendido, no es enseñar si no es compartirlo. Yo les digo a las compañeras, yo aprendo de ustedes y ustedes, lo poco que puedo pues también lo doy, eso ha sido una experiencia muy grata. (gr.)

En ese sentido, la identidad es una construcción progresiva que transcurre hacia adelante, pero a la vez recuperando un arraigo a lo propio.

Es como recordar nuestras raíces, nuestros antepasados, recordar que curaban a los niños con hierbas, natural, masajes y ahora no porque ahora es puro doctor, pura medicina, entonces este grupo es como para recordar y ver que ya no se usa ese medicamento. (gr.)

Ese arraigo a lo propio, está más presente en el cuidado que ya no sólo se manifiesta en un espacio donde coinciden personas que coinciden en el cuidado individual o familiar, sino que se abre con el principio de solidaridad a actuar en la comunidad entera.

Es un grupo donde nos reunimos, compartimos experiencias, las problemáticas de nuestro pueblo, a veces de nuestra familia y es un grupo que se entiende y se solidariza y que ha ido superando retos de tener diferentes pensamientos porque cada mujer piensa diferente, actúa diferente y al estar aquí pues es un grupo solidario. (gr.)

Hablar de identidad colectiva, también se revela como un constituyente esencial del ejercicio del poder autónomo, que siempre es colectivo, ¿cómo ejercer colectivamente el poder si no hay un reconocimiento coherente entre las participantes del grupo? Pues entonces, la construcción de identidad es un paso

que sólo surge en el ejercicio del poder, pues en este caso, aunque las mujeres son católicas y reconocen la CEB como el origen de todo, no es precisamente la comunidad eclesial lo que las aglutina ni motiva actualmente, antes bien, la fractura de ella significó un declive en el grupo y en su reinicio, fue el empoderamiento, la concientización desde el análisis de la realidad, y el compartir tanto condiciones como necesidades lo que unido a su misma dignidad humana les llevó a dar un empuje que hoy va en aumento.

La identidad sólo puede concebirse como un acontecer, como un proceso de metamorfosis, de transmigración de una forma que sólo puede afirmarse si lo hace cada vez en una substancia diferente, siendo ella cada vez otra sin dejar de ser la misma. La identidad sólo puede ser tal si en ella se da una dinámica que, al llevarla de una de-substancialización a una re-substancialización, la obliga a atravesar por el riesgo de perderse a sí misma, enfrentándola con la novedad de la situación y llevándola a competir con otras identidades recurrentes (Echeverría, B. 2001: 170).

4.3.4.- Cohesión: toma de decisiones y manejo de conflictos

La forma en que se toman decisiones fue una pregunta en la entrevista individual que fue respondida, de la siguiente manera por una participante de *reciente ingreso*:

En grupo, todas opinamos. Pues ya estamos incluídas con ellas, y nos toman en cuenta, nadie nos hace de menos, todas somos iguales. (8)

Una de las que hemos llamado *refundante*:

Nos reunimos, el día que tenemos nuestro día de reunión, platicamos y decimos, saben qué, se trata de hacer esto y esto, lo sometemos a votación. (5)

Y finalmente las *fundadoras*:

Entre todas porque como en el grupo hay coordinadora y hay dos que la apoyan, por ejemplo Lucy, casi más ella se entera, ella era la coordinadora, ya es otra pero la conocen mucho y cualquier cosa, ella nos llama por teléfono, igual. (2)

Entre todas, es colectivo, eso sí. (9)

Entonces, la toma de decisiones es de forma horizontal, no hay un órgano de autoridad que dirija el grupo, todas las participantes están integradas en ese proceso independientemente de su antigüedad. Se destaca un papel de coordinadora, que se puede deducir es de mantener un flujo de información y convocatoria en el grupo, pero no la de jefatura o dirección.

En igual sentido, el manejo de conflictos también es una pregunta concreta realizada en la entrevista, que todas tienen más o menos el mismo espíritu:

...lo comentamos en el grupo, ahí lo valoramos y vemos a qué decisiones tomar. (9)

Para tener una visión más correcta del manejo de conflictos, se enfatizó con la siguiente pregunta: *¿Podría relatar algún caso concreto de conflicto que hayan tenido y cómo lo resolvieron?*

Es que luego hay unas que nos dicen "es que sí nos vamos a hacer esto" ... o como que lo deciden ellas, y después, bueno lo decidieron así como que el grupo, irse a dar un taller pero como que no hubo buena comunicación, como que eso se hizo como que un alboroto, no llegó a más, pero sí nos fracturó. (9)

Tuvimos un problema con dos compañeras, pero una se alejó, ya no quiso regresar, nosotros les llamamos la atención les dijimos, les platicamos, les preguntamos, vinieron con nosotras qué pasó, por qué, una cosa dijo una y otra la otra, pero dijimos pues ya pasó. Les dijimos, si sabemos que si estamos trabajando pues hay que seguir, pero al

parecer sí fue fuerte y pues se fue, que yo soy la del problema, me voy.
(2)

Primero escuchamos a la parte afectada, y decimos que platicuen y dialoguen y que resuelvan sus problemas, y si no se puede, entonces hablamos con las dos partes, y ya ellas definen si se quedan, si sus problemas son fuertes, ellas deciden si se van o se quedan, nadie les dice tú te vas a ir o tú te quedas, no, simplemente hablamos con ellas y ellas deciden. (5)

En los casos platicados, que corresponden al mismo evento, parece ser el conflicto más reciente y problemático que habían tenido hasta el momento. Se puede ver que, en primera instancia, lo que provoca conflictos son las decisiones tomadas sin consentimiento general, y en segundo término, que no se toma la decisión de expulsar a alguien del grupo sino que ante las situaciones se intenta mediar con el diálogo.

... todas tenemos nuestro carácter y pues bienvenido sea, pero hay veces que eso sí nos ha llevado un poquito en desacuerdo pero al trabajar a lo mejor tendremos desacuerdos entre unas y otras pero al trabajar en conjunto por ejemplo cuando el Foro de lo del agua y en la defensa del agua, ahí se unieron fuerzas y luchamos juntas, lo hicimos lo formamos, entre todos dimos el tiempo, dimos el estudio, nos unimos.
(1)

Ha sido que este, las diferencias, somos mujeres con diferentes experiencias, con diferentes pensamientos y diferentes edades. Pero ha ido surgiendo, o sea, sí hemos tenido roces, sí. Pero hemos ido saliendo porque cuando decimos que hacemos un objetivo, lo hacemos para un trabajo, nos enfocamos todos en eso. (9)

Lo importante aquí, es reconocer que el grupo ha generado mecanismos horizontales para manejar los conflictos internos, de tal manera que no se ponga en riesgo el proyecto general, pues subyace una conciencia de lo colectivo y del

interés comunitario, antes que individualismos egoístas. En resumidas cuentas, el grupo ejerce el poder autónomo para determinar sus formas, relaciones y proyectos y se refleja en los mecanismos horizontales y colectivos de toma de decisiones, en las relaciones de género equitativas. Lo anterior se suma a la construcción de una identidad colectiva y finalmente, descubrimos en ellas una consideración reflexiva dual del poder cuando diferencian el poder externo (heterónimo), como el del gobierno o del dinero, del poder de ellas mismas, el poder-saber y poder-hacer (poder autónomo).

4.4.- Autogestión del grupo en salud

Durante la realización de las entrevistas, tuve ocasión de mostrar con afán de compartir literatura, un libro sobre autogestión y que tras explicar que en la investigación considero el grupo como autogestivo, la entrevistada número 2 me dio su idea recién formulada.

Bueno, nomás de que la leímos ahorita, la autogestión es como de gestionar algo, de resolver algo por nosotras mismas en este caso la salud, no voy al médico sino al menos la prevención, la nutrición, la resolvemos entre nosotras, no espero que el gobierno me resuelva. (2)

De forma intuitiva y muy accesible la entrevistada dio esta reflexión que me parece puntual al respecto y bastante demostrativa del acceso al concepto como tal, siendo que la experiencia autogestiva no está dada tampoco por exigencias teóricas sino más bien como se sintetiza: “el proceso de autogestión se desarrolla autogestionando”.

4.4.1.- Comprensión de la salud en el grupo

Vamos a ver cómo es que el concepto de salud es comprendido por el grupo, pues con base en su propio concepto es que desarrollan su actividad.

Para nosotros siempre ha sido importante, la persona... En cuanto a salud, decimos que es integral, porque no nada más atendemos la salud del cuerpo, sino que también del alma, del espíritu, pues, vemos también, se nos acercan por pues a la mejor un empacho, una gripita, una tos, pero también necesita como asesoría, no somos mujeres tituladas ni con preparación, pero sí le hacemos un poco de psicólogas, nos metemos en ver en política, conocer cómo está funcionando, en la presidencia, nos acercamos, aunque a lo mejor, no nos harán caso, pero vamos, insistimos y de nuevo como que nos dicen que sí, no nos dicen cuándo, pero ahí estamos. Y si alguna cosa que tenemos dudas, pues preguntamos. (9)

Esto está marcado por la construcción de identidad, en que no se trata de un purismo sobre lo antiguo ahí donde identificamos un rescate del arraigo a lo propio, sino que al respecto de salud se integran prácticas tradicionales, alternativas y alópatas.

Tenemos esos espacios donde promovemos la medicina tradicional alternativa porque no podemos decir pues esto es que va a curar todo, si no que es integral, también puede irse con la medicina alópata pero también con la alternativa, alternamos, entonces esa es la promoción y más que nada ha sido también el testimonio propio de nosotros y con la familia porque pues experimentamos... (gr.)

De esta manera, no se trata de servicios de salud a los que se tenga acceso, sino que se mencionará inicialmente como un simple y llano “estar bien”, que integra cantidad de elementos como un complejo de lo físico y lo emocional, involucrando las situaciones de vida en cada momento.

Para mí, el estar sano es estar feliz. En primera pues es el cuerpo ... bueno nosotros decimos, no nada más es el cuerpo sino es la mente, el espíritu, el de cómo te sientes, el de cómo estás, el de tu salud, el de tu cuerpo sí, pero cómo está tu corazón, cómo está tu alma, cómo está tu espíritu, cómo está tu entorno... (9)

La salud para mí es importante para vivir bien, feliz porque si estoy sana pues vivo feliz y mi familia está contenta también, al tener salud yo, pues todos estamos contentos. Para mí eso es la felicidad y compartir eso, compartir la salud, compartir con los demás porque podemos hacer algo por ellos. (2)

Es estar bien de salud, no tener enfermedades. (4)

Es pensar bien, actuar bien, caminar, correr, trabajar, eso es estar sano. (5)

Es importante estar sana, porque yo pienso que la salud es lo mejor, pues para mí no me importa el dinero ni otra cosa, para mí es estar sana, estar contenta estar siempre bien. (6)

Estar bien conmigo misma, estar bien con todos, con mi familia, estar bien con dios, porque nuestra vida pues es de Dios. (7)

Estar bien con uno mismo y no estar enfermo de nada. Una buena salud es lo que se dice sanamente, estar bien. (8)

4.4.2.- Relaciones con gobierno

Con base en esa comprensión es que se puede contrastar su relación con la asistencia en salud por parte del gobierno. Todas responden directa y sucintamente que no hay una relación destacable con las dependencias gubernamentales, dicen “somos un grupo independiente”. Partiendo de la existencia de un centro de salud, y que por tanto tienen derecho a acudir a él de forma irrestricta, se les preguntó en lo individual: *¿Cómo calificaría el servicio que da el gobierno en materia de salud?*

Pues es asistencialismo. O sea, es “traes la enfermedad, te curo y ya” pero como para el promover, prevenir más bien dicho, antes de, no, eso

no lo tienen en cuenta (...). Y ahora con lo de esto de 'oportunidades' ps que a "todas, quiera y no, tiene que ir a revisión, tiene que ir a esto" ... entonces como que ya es mero requisito (...) yo lo veo como ya negocio, porque no es la salud en sí lo que les interesa sino es llenar requisitos. (9)

...y ahorita ve que son los que les dan oportunidades son las que más están conectadas a los centros de salud y al hospital general a donde los atienden a todos. (2)

Sí, sí hay, pero hay muy mal servicio, un pésimo servicio. A veces uno se tiene que ir hasta, si es posible 6:30 (am), para que te vayan atendiendo, llega la enfermera hasta las 9 (am) y pues a veces son muy groseros, y de hecho pues nada más reciben a 10, sabiendo que hay cinco médicos o cuatro médicos (...) Pues no está bien lo que hacen, pues si hay discriminación, a fuerza, sí discriminan. (8)

Esto resulta anecdótico pues en realidad, desde la consolidación del grupo de salud, las mujeres cada vez menos han tenido la necesidad de acudir al centro de salud.

Yo para mí no puedo calificar porque yo nunca voy, no sé si atienden bien o no, pero según dicen que no atienden bien, quién sabe, yo nunca voy. (1)

...desde que estamos aquí, no tenemos esta necesidad de irnos a pararnos a un centro de salud, que claro no estamos, decimos, siempre hemos dicho que, "el doctor está así alejadito y nunca lo vamos a necesitar", no, porque no sabemos, no sabemos el... a lo mejor por decir, curamos la gripita o lo que tenemos dolor simple, pero a lo mejor, habrá un momento en que una crisis, no sé, una fractura, una operación de apendicitis, es rápido, de emergencia o un golpe en la cabeza. Eso requiere de médico, entonces sí estamos, no estamos alejados de ellos. (9)

En sus palabras, ellas mismas detectan que no están supliendo la atención gubernamental a la salud, precisamente en padecimientos graves.

Enfermedades, pues ya más terminales. Pues que no está a nuestro alcance que no podemos, quisiéramos, pero nosotros ahí como que ya es más adelante, ya es más complicado, entonces nosotros no tenemos los medios para cuidarlos. Pero sí una palabra de ayuda, o un algo de plática o lo que sea, pues ahí estamos, ya sea con los familiares o con el enfermito. Pero sí se canaliza a otros lugares. (9)

Sin embargo, con base en el cuidado cotidiano y autónomo, los riesgos se minimizan a tal grado que en la práctica, ellas mismas no acuden al centro de salud como individuos. En el otro sentido, ya como grupo, es de esperarse que no haya ningún apoyo, incentivo o coordinación con del gobierno, vaya ni siquiera consideración.

El gobierno, casi ni nos ubica (gr.). Ni él se interesa ni nosotras tampoco nos hemos acercado y ellos tampoco que digamos que nos repriman o que no nos dejen, no, no, cada quien. (2) ... mientras que no los afectemos a ellos, o por ejemplo que empiéremos a buscarles problemas, para ellos ni existimos. (9)

En ese sentido se muestran titubeantes al plantearles una futura relación con el gobierno, ya que también son conscientes que no pueden simplemente desinteresarse de él.

Como que todavía tenemos ese temor de que, a lo mejor, vamos y nos quiten y nos roben conocimiento y se aprovechen de nuestros trabajos, de todo lo que hacemos, como que ese ha sido un poquito nuestro atorón... porque no se ha dado el motivo. No lo hemos buscado. (Por miedo). De que se puede hacer, sí se puede hacer. Planteado lo tenemos que hacer. (...), ahora ya lo estamos contemplando, ya lo estamos mirando, porque sí es necesario, sí tenemos que tener algo ahí, preguntar porque hay cosas que gubernamentales que bajan de los equipos de no sé, de la presidencia, que mandan, pero como no hay

nadie que reclame pues también esos son también perdidos, y, pero tenemos que conocerlos, para ir adentrándonos en este tema. (9)

En esta distancia con el gobierno, es comprensible por tanto que no se haya realizado exigencia o protesta en el tema de salud, con la claridad que les interesan cosas distintas y que no ven la salud con la misma perspectiva.

Porque nosotras hasta ahorita no hemos ido a ver allá porque luego han ido otros y les dicen pues qué te has tomado y luego llegan a decir qué se les da y –dicen los doctores- “ay a poco lo creen” y “que eso no sirve”, “miren eso les hizo más daño, así es que nomás es la medicina” ... (2)

Porque el gobierno, yo pienso que no le convendría estos grupos, porque sólo lo que le conviene, que haiga estudios, doctores y la medicina y a lo mejor de esto, pues como que no nos cree. (3)

Es que uno no pide tanto así para el gobierno, porque esto, lo que nosotros aprendemos, ellos no lo llevan a cabo, porque si los médicos que son médicos dicen que es malo lo que nosotros hacemos, que unas gotas o jarabes, ellos no quieren eso, ellos prefieren medicamento. (8)

Entonces, hay claridad que sus prácticas son denostadas por los médicos, y que son invisibles para el gobierno, pero tienen claro que no pueden ellas rechazarle, primero porque están lejos de equipararse a los servicios especializados de salud que el sistema nacional puede proporcionar frente a padecimientos o urgencias graves, y segundo porque como ciudadanas ven con importancia la necesidad de gestionar el buen funcionamiento de las instituciones locales. Por lo tanto, el grupo como autogestivo marca una ruptura con las prácticas de salud y con las formas estatales de organización, avocándose a resolver las necesidades más próximas por principio pensando en el crecimiento de conocimientos, técnicas y participantes.

...la misma necesidad nos llevó a formarnos, a formarnos más, por las necesidades que teníamos con los hijos, porque están chiquitos, pues una receta con un médico pues, ¿cuánto nos iba a costar? y mientras que a lo mejor le podemos quitar con un masajito o con un tecito, o con un cataplasma, ajá, ya con eso le ayudamos. (9)

4.4.3.- Praxis del grupo: necesidades y actividades de poder-curarse

A partir de aquí toma toda su fuerza la comprensión de la salud integral en la comunidad y en los individuos, por lo que no debemos pensar con base en el sentido común derivado del Estado respecto a salud: que se logra con servicios, principalmente de curación proporcionado por médicos en instalaciones específicas. En ese sentido no estamos hablando de un grupo concreto y hermético, fuera de las instituciones, que van curando personas según se lo propongan, algo así como una brigada de curadoras independientes, que esa es una idea posible que llegaría a la mente de no tener nociones de autogestión o sus experiencias.

Desde la autogestión, vamos a describir el grupo tomando dos ideas iniciales, una ruptura con las prácticas estatales y un resolver necesidades con las propias capacidades.

La necesidad es de que todo el pueblo sepa curarse, entonces para eso están los talleres, invitando a que reciban los talleres que compartimos nosotros, que todos sepan curarse y prevenir la salud y sepan qué hacer para ellos mismos y su familia pues sí nos gustaría que todo el pueblo supiera porque con los problemas económicos que hay pues ya no alcanza, para ver un médico tanta gente en nuestro pueblo que está muy pobre... (2)

...”que todo el pueblo sepa *curarse*” habla inicialmente del poder-saber y del poder-hacer, es decir, no se trata que alguien cure a otro al que no se le explica su

mal ni el remedio, sino de que las personas mismas tomen el poder de su propia salud de curarse a sí mismos, pero todos y en conjunto. En el poder-curarse reside toda la magnitud del grupo autogestivo: para poder-curarse hace falta primero tener poder, empoderarse; segundo, el poder-curarse requiere tener conocimientos de salud que sólo se adquieren en colectivo y tercero, poder-curarse sólo es posible en compartir y ejercer hábitos de salud en los individuos. Es un proceso que va del reconocer al adquirir y de éste al ejercer poder en salud, que tiene una ida y vuelta y de regreso en los ámbitos individual y colectivo. Vamos a detallar esto con los siguientes subtemas.

4.4.3.1.- Prevención y promoción en salud: red de cuidados y talleres

El grupo motor fueron quedándose en el camino, pero ahorita las que quedamos somos 4 o 5 y ya con el nuevo grupo ya vamos entre 12 y 15 personas: (Doñas) Ninfa, Toña, Irma, --- Ester, Marina, Alejandra, Yanet, Aurelia, Adelina... la mayoría somos mujeres amas de casa... (9)

El grupo se conforma con un primer motor de entre 12 y 15 personas, sin embargo...

Como promotoras que somos cada quien, se atiende a la familia, yo conmigo es mi familia, que mis papás, mis hermanas, mis sobrinos, unos que otros que sí preguntan, mis hijos, eso sí, mis hijos que son cuatro... ya participan de todo lo aprendido, estamos hablando desde la prevención, claro como estamos previniendo, pues poco nos enfermamos. (gr.) Un aproximado de 20 personas tras de una, y somos entre 12 y 15. (9)

Entonces se trata de una red conformada en aproximado de 300 personas que comparten prácticas de prevención de salud y tiene a la cabeza el grupo de promotoras de esas prácticas. Por tanto, la primera actividad sustantiva consiste en promover la salud incluyendo a más personas a la red, de tal forma que se vaya “contagiando” la autogestión.

Sí, promovemos los talleres, lo que nosotros hemos aprendido anteriormente para nuestra preparación, lo volvemos a reproducir, volvemos a hacer el llamado con las mujeres, hacemos los nuevos grupos, pues estos nuevos grupos, pues orita que hay nuevas integrantes, las estamos formando para que ellas mismas ya den su testimonio, ya den sus experiencias, para que ellas mismas se den cuenta del trabajo que hay aquí. Que no se cobra, pero también es algo que se da a la comunidad, en, pues, para ayuda mutua y superación de ellas mismas. (9)

Aquí es donde entran los talleres en los que toma forma la promoción de la salud. Estos talleres son de capacitación externa e interna. Los primeros son dados por personas externas al grupo que con base en una red de apoyo entre grupos autogestivos de salud, comparten experiencias, técnicas y conocimientos; el grupo de salud de Coronango cuenta con el apoyo del Centro Nacional de Misiones Indígenas (CENAMI) y de la red “La salud en manos del pueblo”.

(El padre Francisco Herrera) nos empezó ya, a traernos talleres de CENAMI, porque púes ya viendo, pues este, pues él ya conocía allá. (9) Sí, vienen otras personas de otros lugares, de aquí de Tlaxcaltzingo, de Ocotlán, gente de Chiapas, personas que nosotros todavía no conocemos, pero sí han venido. (8) y de otras personas que, otras promotoras que ya se han recibido sobre otra especialidad, (2)

A partir de ahí, han recibido talleres de:

- *El asesoramiento de los cinco módulos: aparato respiratorio, digestivo, enfermedades de hombre/mujer, enfermedades por exceso de trabajo y nutrición.*
- *Cuatro elementos: tierra, aire, fuego y agua*
- *Talleres de medicina*
- *Herbolaria*
- *Autoestima*
- *Homeopatía*
- *Microdosis*

- *Acupuntura*
- *Psicología*
- *Masajes*

Con base en estos conocimientos compartidos, van generando un cúmulo de conocimientos y prácticas que incorporan en la vida diaria. Lo que es base de la capacitación interna.

También hacemos talleres con las mismas compañeras nos juntamos y volvemos a compartirlo. (9)

Nos reunimos acá los miércoles y luego tenemos libros de medicina, los leemos, ahí vamos sacando otras recetas y vamos compartiendo, una vez uno no vino pues ya me comparten si es que no vine a la siguiente vez ya me comparten. (2)

Pues nos capacitan de lo que ellas saben, nos van enseñando. Nos dan orientaciones, nos dan libros, hojas, copias... (8)

En este sentido, preguntamos qué necesidades identifican de capacitación:

Lo que nos falta ahorita es un poco de psicología, para sensibilizarnos a nosotras mismas. (...) Y sí, nos falta, como el reiki, aromaterapia, masajes sí los manejamos, pero no tanto. (9) nos faltan de jabones, de parteras, nos falta de los ojos porque nos piden muchas gotas de ojos y no las tenemos. (5)

Y con un sentido de difusión e inclusión de nuevos participantes se promocionan talleres abiertos al público en general.

Sí, la hacemos por medio del micrófono o por medio del padre a las personas que quieran. (2) Por un periodo de una semana completa, cada medio año. Para compartir los talleres de práctica, cada medio año. (5)

Esta promoción a la salud se complementa con una permanente campaña de difusión desde los espacios privados de convivencia y actividades en el espacio público.

Partiendo de nosotras mismas: promover el medicamento, ir a los lugares para ir a promoverlo. (9) En la iglesia vendemos nuestros productos, que nosotros le llamamos nosotros promover, ahí ponemos nuestras tinturas, jarabes y ya las personas que conocen, se acercan y ya se pone a la venta...más antes que hacíamos kermés... (gr.)

De tal forma que la forma de autogestión en el grupo de Coronango es a través de una red de promoción y prevención en salud, a base de talleres en que de forma horizontal se comparten conocimientos y prácticas dentro de la comunidad y con organizaciones autogestivas del país con quienes se tiene relación.

Las que estamos aquí, las capacitamos pero a nosotras también nos siguen capacitando, eso sí, estamos en un continuo aprendizaje no ahí quedamos, por qué, porque también diario hay otro tipo de vivencia, otro tipo de enfermedad que nos vamos enfrentando, o en la nuestra comunidad vemos las necesidades que tiene y ya la basura, todo eso como que lo vamos analizando, entonces necesitamos capacitarnos cada día más y tener ese aprendizaje pero también ser ese aprendizaje mutuo, o sea, algunas van o participamos en otras cosas pero también aquí lo tenemos que compartir.(1)

Nosotros aquí lo que nos han enseñado las señoras, es que es una prevención, a prevenir, (...) entonces antes que ellos se enfermen o que ya están empezando es lo que les damos y ya eso es lo que les ayuda, no dejamos que avance esa enfermedad. (8)

...todas esas cosas que sí se pueden curar acá pues les decimos, de veras quieres pues vamos a hacer esto, es prevención es nada más una alternativa... (2)

4.4.3.2.- Atención

Como hemos visto la actividad primaria está en la promoción y prevención, sin embargo, ello se complementa con el importante aspecto de la atención, donde preguntamos *¿a qué personas atiende el grupo?*

... a quien sea que se acerque; algunas son de escasos recursos, algunas no tanto. Algunas sí porque pues no saben qué hacer, otras que tienen dinero, pero ya han ido a médicos y que no ha habido resultado. Claro que no atendemos enfermedades muy graves, pero al menos una alternativa. O están tomando algo, y les damos algo que alterne con lo alópata, y la medicina tradicional. (9)

Los principales productos y servicios que integran para la atención son:

- *Leche y otros preparados de soya*
- *Tinturas*
- *Jarabes*
- *Herbolaria*
- *Gotas*
- *Homeopatía*
- *Microdosis*
- *Acupuntura*
- *Pomadas*
- *Masajes*

Todo esto se aplica para la curación de diferentes padecimientos, en complemento o alternativa a la medicina alópata e inclusive aquellos males que ésta no considera.

Calentura (8)... gripa por lo regular (3)... y tos (4)... de viruela, de sarampión (1) ...si vemos que es algo sencillo pero el médico no lo cura, digamos por ejemplo con los niños, cosas como el espanto, el empacho, todas esas cosas que sí se pueden curar acá (2) ... jalarles

los pulsos... a mí se me han presentado enfermedades genitales, entonces hay que ver ese problema de estas personas y pues sí me da resultado pues sí las he sacado adelante. (5) ...gastritis, colitis, lo que es del sistema nervioso, stress, ansiedad, insomnio, dolores de cabeza, pies hinchados, varices, dolores de los músculos, coyunturas, ácido úrico, sinusitis, enfermedades del aparato respiratorio, que no pueden respirar, la bronquitis y en el digestivo, dolores de estómago, vómito, empachos. (9)

Un punto esencial dentro de la atención a la salud que brindan en el grupo, es que no se trata de una mera venta de productos o servicios por dinero, en todo momento hay una preocupación tanto por el padecimiento particular que provoca el acercamiento a ellas, como por las causas que están detrás de eso e importantemente por las condiciones generales de salud de las personas.

Las necesidades que veamos primero... como que vemos y si trae algo, a lo mejor una quemadura, un raspón, el pelo, la cara, las manos, según eso, como que estamos muy observadoras en ese tipo de cosas, como que hurgamos más en lo que cuando viene la persona y como que buscamos, pero claro, por supuesto que desde cuando ella quiera, o él o la persona que lo deseé, quiera. Cuando no nos entra, cuando no, nosotros respetamos sus decisiones. (...pero) algo más fuerte, pues alguna alternativa, no decimos “deja tu medicamento”, no al contrario “síguelo, pero alternalo con esto” con un tecito, entonces se va alternando... Bueno también si requieren, y ellas están abiertas o quien se acerque, y alguna pregunta o algo que necesiten, pues desarrollamos hasta como de psicólogas l’hacemos y todo. (9)

Entonces la atención que brinda está fundada en un profundo principio de solidaridad.

Aparte de la salud, apoyamos cuando a una persona la vemos, algún problema que tiene, le preguntamos, oye qué tiene, o qué te pasa, si en algo te podemos apoyar tú nos dices y sí vaya, sí les hemos ayudado a

personas, a lo mejor no es muy importante el consejo que se les da, pero sí lo damos a la persona que nos lo pide. (2)

4.4.3.3.- Beneficios del grupo de salud

Comprendiendo el carácter autogestivo que esencialmente tiende a la comunidad, son inicialmente los participantes de la red que se tiende por el grupo, quienes disfrutaban de los beneficios.

...como ahorita nosotros, en esto que ya estamos y que yo ya estoy cuantos años pues casi de enfermedades ya no nos engripamos mucho, ya ni calentura. (1)

...antes yo sufría mucho de gripa y eran temperaturas y hasta que no fuéramos con el médico... y –a partir del grupo- tiene como 20 años que ya no conozco una temperatura, sí me agarra tos, dolor de cuerpo, catarro, pero temperatura no. (6)

...yo tengo seguro, pero no vamos, ya nomás entre nosotras nos curamos... (2)

...hay unas que casi están enfermas, unas señoras, y siempre han visitado al médico, y el médico no es de nomás 200 pesos, 100 pesos, casi es de 300, 400 y por lo regular todas éramos amas de casa, no sabíamos ni como curarnos de una gripa o una tos, y si ya nos sentíamos mal pues al médico y ahora ya no es así, y ahora ya de que estamos en este grupo, pues ya venimos y ya no somos como antes... (8)

Pero los efectos trascienden a una salud física estable, que hemos destacado en anteriores temas y que son vitales como la transformación de las relaciones de género, y de ahí el empoderamiento que consiste en pocas palabras en el auto reconocimiento en colectivo de la voz, las capacidades propias y una profunda

moralización como la satisfacción de la autosuficiencia, el cuidado de los seres queridos y la solución de problemas comunitarios.

Y los cambios que preguntabas antes, cambios en el pueblo, que ya mucha gente conoce la leche de soya, se alimenta mejor, esos son los cambios que sí se han logrado en el pueblo, igual con la medicina, ya también ya lo aceptan, (...) ya se ha logrado y de que ya se comparte también y por eso ya hay otro grupito que otro también que quiere, (...) ya entonces es gente nueva que sí le interesa y ya quieren los talleres y por eso ya se comparte y ya se hacen nuevamente, vaya ya se integran otras personas. (...) Entonces sí hemos visto cambios y si no se ha acabado definitivamente sí no como en unos cuantos, sigue vivo. (gr.)

Pues que hay cambios, en que algunas han entrado, algunas se han ido, pero tenemos presencia en la comunidad, porque nos conocen, porque ahí ha cambiado ya de las que entramos en nutrición o en herbolaria o el conocimiento de las plantitas, pues ha sido como que no mucho la creencia, pero sí por la necesidad, por la economía que ya no les resulta tanto irse al médico, aunque hay los similares, pero le creen, ya ahora regresan, como que ha sido un nuevo auge, el renacer de las plantas, del conocimiento de los nuestro. (9)

4.4.3.4.- A partir y más allá de la salud

Ahorita nos quedamos en pura de salud, otros temas ya no, ya no hemos entrado, como el padre aquí ya no nos llama, ya nada pues ya nada más estamos en esto.(1)

Por supuesto que la preocupación primaria es la salud y el grupo se avoca a ello atentamente; no obstante, de manera periférica el grupo, reconociéndose como tal, va destacando preocupaciones y acciones que no pueden ser consideradas ajenas a la salud y por tanto se involucran en más cosas.

...aparte de salud, se puede ayudar en otras cosas. (4)

... se andan promoviendo los baños secos, entonces nosotros ya como estamos ahí en el grupo, tenemos que acompañarlas a ellas para seguir promoviendo, y ver nuestras necesidades (8)

Sí, que habiendo otras actividades nos podemos enfrentar y hacer así como grupo, (...) hemos dicho que hemos de tener siembra para lo que nos hace falta como el amaranto, como la soya, como trigo, como todas esas cosas dijimos y también en casa que debemos sembrar nuestras propias plantitas como verduras, como todo. Yo ya sí lo estoy haciendo, en casa ya allá ya siembro jitomatitos, chiles, acelga, todo eso. (1)

Las entrevistadas comentan que su compromiso con el cuidado del agua es fundamental en la localidad, no sólo del grupo, sino de toda la comunidad que ha tenido exigencias continuas con el gobierno para su defensa y en campañas para el cuidado de manantiales y ameyales que alimentan de agua al municipio.

Pues yo pienso que sí, (...) como iban a rascar otros pozos y... bueno, hubo una marcha y bueno, yo fui porque digo, yo no pienso en mí porque pues yo ya voy más para'llá, pero tengo, yo no soy casada, pero tengo sobrinos que están chiquitos, y después qué va a ser de ellos sin nada, sin nada, qué tristeza. (6)

Por ejemplo, cuando hicimos la defensa del agua en Ocotlán, por lo que querían rascar pozos profundos, en eso sí nos unimos y fuimos y marchamos. (9)

No, hemos levantado marchas y todo eso, cuando el agua que ya nos la querían privar y que mapas ya no dan para llevarla a otro lado... (1)

De tal forma que se fomenta dentro del grupo, la conciencia de ver la relación entre todas las necesidades a partir de la salud y de proponer acciones que vayan más allá de ella.

Eso sí, no estamos nada más como encerradas aquí en salud, y salud es mi rama, y no veo ni escucho más, no. Sino que estamos abiertas a

otros tipos de, que van rumbo a eso que es la salud, porque la salud es integral, es mental, es física, el medio en que nos rodeamos, mientras que esté bien la persona y el entorno, está bien todo, pero si hay un desarreglo, ahí es donde nos va perjudicando. Y ahí en las luchas, o en algo que tiene que ver. Por ejemplo, algunos de los compañeros o en sus trabajos, en la defensa de su territorio, o la defensa de que le están quitando la tierra, ahí también si se puede pues se apoya. (...) ver la comunidad, cómo está, la basura, la contaminación, el cuidado del agua, el cuidado de la basura, el promover el reciclado, las bolsas que no, tener una bolsa para ir al mandado, (...) también nos hemos dado a conocer aquí con los vecinos, si ahí tienen algún pariente o algún familiar que ha muerto, pues ahí nos acercamos, les llevamos una tinturita de amargo para lo que está pasando, para su pena... para que ellos puedan saber que ahí estamos. (9)

4.4.3.5.- Autosustento y Dificultades

Partimos de que el grupo es independiente, de tal forma que los recursos con los que cuenta son los generados por él mismo, huelga decir que no hay apoyos, donativos ni financiamientos por parte de ninguna instancia externa, gubernamental o privada. El sustento básicamente consiste en dos fuentes:

Vamos haciendo un guardadito, que se podría decir que cada miércoles que nosotros venimos, nos toca, antes era de 5 pesos, ahora es de 10 pesos, no es mucho, nunca nos han cobrado ni un centavo por lo que ella nos están enseñando. Venimos y dejamos todas las que nos juntamos, 10 pesos, de eso lo que se junta de ahí se agarra, que hace falta un medicamento, goteros, pomaderos, de ahí ya se van sacando. (8)

Y la venta de medicamentos:

Nada más vendiendo las medicinas, empezamos cooperando, de ahí a sacar las medicinas y empezamos a vender. (2) ...la gente llega a conocer el medicamento y ellos ya lo compran.... no es caro, de hecho unas gotas 25 pesos, no es caro, ora sí que al bolsillo de cada persona. (8)

...pero no cobramos la cantidad que debería de ser, porque hay veces que se nos acercan personas de bajos recursos, y pues hay veces en que nada más son 5 pesos o poquito menos, entonces baja, entonces ahí no se le puede cobrar a alguien que está muy mal, lo que a nosotros siempre nos ha interesado tu sabes, cómo te sientes, cómo estás, y no importa si no traes, tómatela y vienes después, pero que te compongas, me importas tú. (9)

Recordemos que se trata de una localidad pequeña y de escaso crecimiento económico, en que con el principio de solidaridad, el medicamento se vende en función de los alcances de las personas; y ese principio de solidaridad es el que prima en cuanto a la solución de exigencias económicas.

El trabajo de medicina, nos reunimos, el trabajo lo hacemos todas. (2) Cada quien aporta lo que tiene, por decir si vamos a hacer un medicamento, y pues como aquí tenemos plantas, que este, que tú vas a hacer esto que tu traes esto, que tú traes l'otro. Y que, si vamos a ir a algún lado, no pues que tú pagas tu pasaje o llevas tu comida, en ese modo resolvemos (...) o si vamos a adquirir algún libro, nos cooperamos todas y lo compramos. (5)

Evidentemente se trata de una colectividad, en que los recursos obtenidos son para las actividades y necesidades del grupo, no hay un enriquecimiento individual.

No tenemos una paga, simplemente para comprarnos material, para comprar más plantas, lo que necesitamos: goteros, para el funcionamiento del, para tener el botiquín. Es para puro material. (9)

Y al igual que todas las decisiones internas, el gasto se decide colectivamente.

Consensamos y decimos tenemos tanto, pues qué compramos, qué no compramos y lo demás se queda ahí. (5)

Aunque en las entrevistas se declara que una de las mayores dificultades es el dinero, ello es la expresión otras necesidades, que la que más se destaca es la contar con un lugar propio.

...aquí estamos en casa de estas personas que bondadosamente nos reciben, pero hay la necesidad de un propio espacio para poder crecer más como grupo porque aunque es un grupo consolidado, nos hace falta crecer más. ...para poder hacer más prácticas, para poder darle más atención al pueblo, bueno yo veo que muchas necesidades tenemos porque sí veo que tenemos que hacer más por nuestro pueblo y que estamos un poquito dependientes de una familia por lo económico que no tenemos. Lo económico es hasta para lo más indispensable, para esta reunión necesitamos economía, para salir, necesitamos economía, entonces lo económico es lo que nos rebasa porque ahorita todo salió de nuestros bolsillos prácticamente, entonces eso es la base principal para poder seguir caminando, la economía. (gr.)

En ese sentido, el grupo y su red no alcanzan a toda la localidad, en que un espacio se revela necesario para poder tener la estabilidad de comunicación para atraer a más personas a la autogestión en salud

No, no somos suficientes, somos como lo dice la misma palabra que dije antes, somos una alternativa. Vaya, quisiéramos como que sí, ser algo importante en la comunidad, tener más al abarcar. (9)

No son suficientes, falta mucho, porque lo que nos falta también, esa fuerza, como quien dice, convencerlas, entonces nos falta mucho, o sea que hay mucho trabajo también porque, para eso se necesitaría visitar a las personas que sentimos que tienen más necesidad, ahorita eso no lo hemos hecho. (2)

4.5.- Proyecto a futuro

Con todo lo expuesto, el mejor elemento para pensar que este proyecto tiene grandes posibilidades de continuar y fortalecerse, es el cambio que ha significado para las personas que se han atrevido a autogestionar su salud.

...en la propia casa, no aceptaban tan fácil cuando a nosotros nos dieron el taller de (...) los cuatro elementos (...) aunque mi esposo iba primero ahí con el padre, no lo creía, curarse así, hasta que ya lo necesitó él que siempre se curaba con medicina, entonces ya no le resultó, ya no le hacía efecto, es como ya lo pidió: “ponme el barro que dices que es bueno”. Entonces vimos que sí cuesta que lo acepten porque (...) desde que crecimos, nos curábamos con tierra, andábamos sin zapatos y un tropezón, aquí ya sale sangre y luego tierra, se paraba la sangre, o sea que sí era normal con toda la gente, pero ya para curarse así directamente de aquí la garganta, que el estómago pues no. Entonces ya se fue aceptando más, entonces vemos que sí nos ha costado, pero se ha logrado con la familia y ya con las otras personas porque así, por ejemplo, si nomás con nuestras hijas que ya se casaron, ya lo recomiendan también allá donde fueron a dar, con nuestros primos, con nuestras primas o vamos a otro lado, lo van aceptando. Esa es nuestra idea, de ayudar a la persona que lo necesita. (gr.)

Sin embargo, con la mirada crítica que nos propusimos desde el principio tener para esta investigación, vemos que un cambio regresivo que se está manifestando es la preocupación cada vez más enfocada en la salud, que si bien es una mirada más amplia que la que tiene el Estado, ha dejado de tener en la mira objetivos trascendentales que guíen el camino, como los ideales de liberación que fueron los que iniciaron todo el proyecto de la mano del padre Francisco Herrera.

Si bien la liberación es un objetivo “utópico” en el sentido literal de la palabra como lo que todavía “no tiene lugar”, sí marca el rumbo a seguir manteniendo una mirada amplia y profunda respecto a los esfuerzos que se van realizando. No

queremos decir que sin retomar la teología de la liberación, este grupo está condenado al estancamiento, pero nuestro análisis nos dice que al dejar de tener en mente ese ideal, en efecto se está mostrando un estancamiento en que tras 30 años de existencia no se pone claramente de manifiesto una transmisión en otros sectores de la comunidad:

- No hay transmisión intergeneracional del proyecto del grupo: aunque hay algunas mujeres más jóvenes que las fundadoras que se han integrado, el rango de edades está entre los 46 y 63 años, sólo una participante más joven sale del rango con 28 años. No hay personas jóvenes que se integren de manera activa al grupo por lo que puede tener peligro de quedarse este proyecto en la generación que lo gestó.
- No hay transmisión intergenérica: una vez que se han transformado importantemente las relaciones de género, no hay inclusión de hombres en el grupo motor sean de la edad de las mujeres participantes, de mayor o menor edad.

En otro sentido también podemos ver que hay estancamiento por otros factores:

- No hay proyecto económico: no se plantea seriamente mejorar las formas de producción de medicamentos, la adquisición de un espacio propio y mejor equipo de trabajo, que son elementos que de tenerse en prioridad podrían generarse alternativas como financiamientos, créditos o hasta negociaciones de intercambio de servicios o productos.
- No hay proyecto de difusión: en efecto, la gente de la comunidad las reconoce, pero los beneficios y formas del grupo no son ampliamente conocidos, pues la convocatoria sólo se realiza en la invitación boca a boca lo que se manifiesta en una lentitud de inclusión de nuevos miembros.

Nuestra crítica la externamos siguiendo la hipótesis de que los grupos autogestivos pueden llegar a ser autonomías, pero no es de nuestra parte una exigencia, que para esta tesis sería de carácter teórico. Más bien con base en esa hipótesis, podemos generar una crítica que observe las limitaciones y posibilidades que el grupo tiene para pensar en las condiciones que le permitan mantenerse funcionando de manera indefinida. Por lo tanto, nuestra crítica está encaminada a destacar las cuestiones que pueden estar retrasando su desarrollo, pero en ninguna medida le puede descalificar.

Finalmente nuestra crítica identifica que la politización diferenciada en las mujeres participantes es también un factor importante que evita su crecimiento y desarrollo, pues quienes tienen un papel activo son las mujeres de mayor edad y que vivieron el proceso inicial con el padre Francisco Herrera quienes en efecto internalizaron una politización de forma sustancial con las ideas de la teología de la liberación, ideas que ahora sólo están en ellas y que no transmiten de forma orgánica dentro del grupo a las nuevas participantes, sino que las relaciones al interior son predominantemente operativas.

Es trabajo de las pocas fundadoras que se mantienen en el grupo, el transmitir y ampliar la politización, conciencia histórica y objetivos profundos como fondo del empoderamiento tanto individual como colectivo que es la médula espinal del grupo de promotoras de salud de Coronango.

Esto no va a quedar ahí, sí porque por eso precisamente nosotros invitamos a otras personas que comiencen, por ejemplo, se les comparte el taller y así nos vayamos cambiando, ya si no estamos nosotros quedan las demás y así otras que apenas empiecen, pero nosotros no queremos dejar morir esto que tanto nos costó. (gr.)

Conclusiones

Pues bien, para finalizar esta investigación, vamos a culminar atendiendo a las preguntas de investigación planteadas y los supuestos preliminares con los cuales se inició la investigación:

1. ¿Qué perspectiva teórica puede posicionarnos conceptualmente de forma adecuada para comprender los procesos autogestivos del cuidado comunitario de la salud? A esta pregunta planteamos la siguiente hipótesis:

Si analizamos el concepto de poder, podemos destacar desde él, la capacidad de autodeterminación que todo individuo o comunidad posee de forma inherente para la solución de sus problemáticas.

Tras la investigación podemos concluir:

En efecto, el concepto de poder tiene una concepción de fuerza, dominación y jerarquía que se presenta de forma hegemónica y tradicional, sin embargo, ello sólo es una faceta del mismo concepto, en que destacamos que el poder se enraíza en el individuo, y sólo la suma de poderes individuales es fundamento del poder tradicional, del poder heterónimo. El poder desde el individuo es el poder autónomo, que cuando persiste en características de reconocimiento recíproco, organización horizontal, acuerdos colectivos, trasciende a un poder compartido, un poder autónomo comunitario.

El poder autónomo comunitario cuando se aplica en la solución de necesidades colectivas, promoviendo capacidades y mejoramiento de condiciones da a luz a la autogestión como acción concreta de personas organizadas de manera autónoma. Este desdoble dual del poder ha sido descubierto y descrito en el discurso teórico-filosófico en que nos hemos apoyado, sin embargo, esa doble comprensión del poder está presente en la realidad, dentro del grupo de promotoras de salud de Coronango. Ellas manifiestan esta doble comprensión del poder: el que se ejerce desde afuera por alguien con jerarquía o fuerza (dinero, gobierno) y el poder que tienen ellas mismas para organizar, hacer, solucionar necesidades, etcétera. Por

supuesto no queremos implicar que el fenómeno del “poder” está siendo teorizado por el grupo ni mucho menos que con base en su reflexión se halla constituido el mismo, sino que cabe aclarar que la perspectiva del poder como heterónimo y autónomo, nos ha permitido ahondar en las características fundamentales de este grupo de salud que en efecto y en realidad autogestionan comunitariamente la salud de forma autónoma y en ruptura con el poder heterónimo.

Por lo tanto: En efecto, el concepto de “poder” visto de manera compleja e integral, atraviesa transversalmente las prácticas en nivel macro como micro y permite comprender de manera más objetiva los procesos sociales poniendo atención desde ambos niveles, situando el análisis en el fenómeno mismo puede dar pautas tanto teóricas como prácticas para el trabajo social más productivas.

2. ¿Cómo es el desempeño del Estado en la materia de salud, para pensar su relación con los procesos autogestivos de salud comunitaria? A esta pregunta planteamos la siguiente hipótesis:

Se percibe un agotamiento del Estado en su capacidad para proteger la vida y satisfacer las necesidades sociales, entonces algunas comunidades apuestan a formas autogestivas para satisfacer sus necesidades.

Tras la investigación podemos concluir:

La hipótesis guió la investigación, sin embargo, es imprecisa. Iniciando con que el Estado ha insertado históricamente sus instituciones en las poblaciones que ya tenían desde antes, sistemas culturales de salud, con los que se ha impuesto en disputa quedando al final como vencedor y esto significa, que esos sistemas tradicionales han sido relegados, desplazados y en casos extremos han sido exterminados. Así, la cobertura en salud por parte del Estado, como fenómeno histórico nunca ha sido completa y por tanto sería incorrecto hablar de “agotamiento”. Tras el análisis vemos que el Estado invierte cada vez más recursos en mejoras a sus infraestructuras y programas sociales de servicios de

salud, por lo que tampoco correspondería hablar de un agotamiento. Sin embargo sí podemos decir que, en su papel de responsable de la protección a la salud de toda la población es insuficiente, y en la aplicación práctica de su compromiso establecido en las leyes es ineficiente, en primer lugar basándonos en las estadísticas oficiales, la salud de la población está cada vez más deplorable, no hay cobertura completa en sus programas, la atención no se garantiza en los niveles socioeconómicos más bajos ni hay resultados tangibles de promoción o prevención en salud; y en segundo lugar, con el ejemplo de Coronango, una creciente desvinculación entre sociedad y gobierno en el tema de salud, al no gestionar un responsable uso de recursos como la contaminación del agua, enorme déficit de unidades médicas y menos de la mitad de población con derechohabencia. Ahora ante un panorama cada vez más neoliberal que mediante reformas trasfigura la salud como derecho a ser una mercancía, y los servicios son la base de operación como las unidades a responder son consumidores con capacidad de pago, se evidencia que la protección a la vida y la satisfacción de las necesidades sociales son opción de consumo y no la garantía del derecho a la salud, como se plantea en la legislación mexicana (el derecho a la atención de la salud) ni en su configuración como derecho humano, por lo que la insuficiencia e ineficacia del Estado es creciente, de tal manera que los logros y compromisos que históricamente el pueblo ha logrado imprimir en sus mayores legislaciones son revertidos, y el nivel al que el Estado había llegado para proteger la salud, ahora sí, se empieza a agotar. Esto es una condición permanente en todo el país, donde la característica más evidente de esto es que el Estado pone mayores apuestas a la curación en vez de la prevención, construye hospitales, fortalece el mercado, y reforma la legislación, por lo que los rubros de la prevención junto con la promoción de salud, es lo que toca a la apuesta autogestiva que no plantea sustituir al Estado sino tomar el cuidado de la salud en las propias manos.

Por lo tanto: Hay que precisar. El Estado no se agota propiamente, se trasfigura en neoliberal agotando poco a poco los mecanismos y compromisos legislados

para proteger la salud, lo que es condición permanente y así, inevitable de ser considerado en un proyecto autogestivo, sin embargo, el tomar el cuidado de la salud en las propias manos de las comunidades que emplean formas autogestivas es la primera preocupación antes de plantar frente a la insuficiencia e ineficacia del Estado al cual no se le exige organizadamente el sí resolver las necesidades que dice tiene que resolver, sino simplemente que no interfiera en los procesos autónomos.

3. ¿Qué factores son relevantes en la construcción de procesos autogestivos que satisfagan necesidades comunitarias? A esta pregunta planteamos la siguiente hipótesis:

La percepción del agotamiento del Estado es el primer factor hacia la construcción de procesos autogestivos, en este caso para atender la salud, así como el empoderamiento de la comunidad y el fortalecimiento de su identidad colectiva.

Tras la investigación podemos concluir:

Cuando los usuarios-consumidores de los servicios de salud tienen una participación pasiva, asimétrica y subordinada en estos, son excluidos del saber médico y pierden todo poder de cuidar su salud, ello es la manifestación de la insuficiencia e ineficacia de la protección del Estado hacia la salud de la población, lo que se intensifica en las clases más bajas. Esto es una condición permanente de toda comunidad en el territorio nacional antes que un factor. En efecto, el caso del grupo de salud de Coronango confirma que el empoderamiento individual (poder-pensar, poder-hablar, poder-hacer, poder-conocer, poder-curarse) de los miembros de una comunidad les pone en posibilidades de construir procesos autogestivos que se consolidan en el fortalecimiento de la identidad colectiva. Pero a la vez revela otros factores esenciales que son:

1.- La puesta en escena de un agente de cambio. En nuestro caso estudiado, se manifiesta en un agente externo que se inserta en la comunidad promoviendo

cambios, concretamente en el padre Francisco Herrera alias “Mache” y de manera abstracta en el proyecto de la teología de la liberación. No podemos deducir que el agente de cambio sólo puede ser encarnado por alguien ajeno a la comunidad, pues la posibilidad que alguien dentro de la misma haya tomado ese papel no está negado, sin embargo, las ideas y prácticas que promuevan cambios sí tienen que ser “externos” en tanto diferentes, entendiendo que las mismas prácticas que mantienen una comunidad en una situación de rezago o déficit en el tema de salud no pueden promover una diferencia en sí mismas. En este caso el agente de cambio no es propiamente una persona, sino que a su través, la teología de la liberación es el cúmulo de ideas y prácticas que promueven cambios en la comunidad en la interrelación del padre con la congregación eclesial; no estamos desligando a la persona (padre “mache”) del proyecto (liberación), más bien estamos reconociendo que muchas personas externas pueden ingresar a la comunidad insertando ideas y prácticas diferentes, pero sólo proyectos de empoderamiento pueden propiciar cambios hacia la autogestión y autonomía.

2.- Concientización. En nuestro caso, de mano del agente de cambio se implementó un proceso denominado “análisis de la realidad” que es un elemento esencial de los proyectos de la teología de la liberación. El análisis de la realidad consiste en la evaluación del estado concreto de la localidad pero que depende de condiciones estructurales e históricas más generales: economía, política, educación, ambiente, cultura, raíces identitarias, salud. Este análisis se realiza en colectivo, difundiendo sus resultados en la comunidad permitiendo un reconocimiento comunitario de condiciones y de ello, evidenciando, entre otras cosas, acciones a implementar para la solución de problemáticas, resguardo de prácticas positivas ya existentes y rescate de tradiciones arraigadas. Así el análisis se internaliza en los individuos pertenecientes a la comunidad, elevando su compromiso con la misma, destacando las capacidades de cada uno y consolidando la identidad colectiva. Con la concientización se aclara el empoderamiento y se direcciona este hacia el ejercicio del poder autónomo.

3.- Hacer comunidad. La hipótesis da por supuesta la comunidad, que no es una abstracta aglutinación de individuos en un terreno, sino la fuerte vinculación entre habitantes de un territorio con valores de solidaridad, mutuo reconocimiento y mutua pertenencia. Por tanto, es necesario construir y afianzar los lazos de fraternidad entre vecinos de la localidad, que, en nuestro caso, toman su concreción en la Comunidad Eclesial de Base, mismo que antes del ingreso del agente de cambio no existía como tal.

Por lo tanto: Hay que complementar. Los factores involucrados en la construcción de procesos autogestivos son también, la iniciativa de un agente de cambio compartida colectivamente que promueva una concientización individualizada y generalizada para la formación de lazos comunitarios, hacer comunidad.

4. ¿En qué medida estos procesos autogestivos resuelven las necesidades en materia de salud de la comunidad? A esta pregunta planteamos la siguiente hipótesis:

Los procesos autogestivos resuelven las necesidades mínimas de salud en las comunidades, iniciando con los mismos participantes, pero su interés es crecer y para ello se deben articular con otros procesos autogestivos compartiendo conocimiento y difundiendo prácticas, con respeto a la mutua autonomía.

Tras la investigación podemos concluir:

Los procesos autogestivos resuelven necesidades que se pueden considerar “mínimas” en tanto su nivel de intensidad si se les compara, por ejemplo, con la curación de padecimientos o urgencias graves los que son atendidos por el Sistema Nacional de Salud. Pero las necesidades que llegan a resolver son más bien, mayores, en tanto su manifestación temporal, es decir, resuelven padecimientos menores pero la mayor parte del tiempo haciendo que los participantes no lleguen a requerir la consulta con médicos durante años. Los procesos autogestivos resuelven necesidades cotidianas sin poner en riesgo la

estabilidad económica, familiar y emocional de los participantes, sino que al contrario elevan los niveles de salud, felicidad y relaciones sociales positivas. Poniendo atención en resolver la prevención y promoción de salud, y haciéndolo efectivamente, caemos en cuenta que la solución de necesidades en materia de salud es en alta medida. En nuestro caso estudiado, vemos que el cuidado de la salud se resuelve inicialmente en las mujeres participantes, pero ellas construyen con sus relaciones familiares y sociales en general una red comunitaria de cuidados que se multiplica extendiéndose cada vez más, lo que se logra en efecto manteniendo relaciones de intercambio de conocimientos y prácticas así como fortalecimiento con otros procesos autogestivos articulados por el Centro Nacional de Misiones Indígenas (CENAMI) y por la red “La Salud en Manos del Pueblo”.

Por lo tanto: Hay que replantear. Los procesos autogestivos de salud resuelven padecimientos menores de forma cotidiana y constante, lo que resuelve en alta medida las necesidades de prevención y promoción en salud, articulados localmente en una red comunitaria de cuidados y articulados en un mayor nivel con una red de relaciones de intercambio con otros procesos autogestivos, que en ambos casos trasciende al grupo motor.

5. ¿En qué medida estos procesos pueden evolucionar hacia la constitución de autonomías? A esta pregunta planteamos la siguiente hipótesis:

Los procesos autogestivos tienen posibilidad de transformarse en procesos autónomos parciales o totales, lo cual depende de la capacidad que tengan para responder ampliamente a las necesidades de las comunidades.

Tras la investigación podemos concluir:

En nuestro caso estudiado no podríamos afirmar que las participantes del grupo tienen como objetivo constituir una comunidad autónoma como tal. Pensar en la autonomía como un horizonte final, puede dogmatizar el pensamiento en pensar la autonomía como un modelo estricto basado en ejemplos como la experiencia

ocupa anarquista o las autonomías indígenas, principalmente la zapatista chiapaneca. En este caso vemos un error desde la pregunta de investigación que da por supuesto que la autogestión puede evolucionar a la autonomía, y tras el análisis teórico del concepto poder, vemos que la autogestión es ya el ejercicio del poder autónomo por lo que no cabe tal evolución sino a lo mucho una intensificación, pero siempre siendo autonomía a la vez que autogestión, lo que también implica un distanciamiento del ejercicio del poder a la manera heterónoma.

Pero, así como el poder autónomo es siempre un ejercicio en presente, y la autogestión se desarrolla autogestionando, la crítica que hicimos en el último tema es pertinente, pues ahí identificamos situaciones que pueden obstaculizar o hasta terminar el proceso autogestivo que ahora vamos a retomar pero de forma positiva, no tanto para responder la pregunta de investigación planteada, sino en abundar la hipótesis propuesta.

Por lo tanto: Hay que corregir. Los procesos autogestivos son desde sus orígenes, el ejercicio del poder autónomo, que para intensificarse requiere responder ampliamente a las necesidades de la comunidad, así como incluir a cada vez más individuos sin discriminación, logrando su internalización y afianzamiento en la comunidad. Para ello requiere a su vez tener un sustento material viable, que no dependa ya de las personas precursoras, sino que se sostenga del esfuerzo de cada vez más miembros de la comunidad, cuestiones que tienen la condición para lograrse de una politización compartida, es decir, una conciencia de comunidad y su estado vislumbrando con ello sus capacidades, posibilidades y objetivos últimos.

Para finalizar, no podemos dejar de mencionar la importancia que estos procesos autogestivos significan para el Trabajo Social ya que dejan claro que, si bien existe la práctica del ejercicio profesional en instituciones estatales, no se puede simplemente negar la realidad de las comunidades que ejercen su poder

autónomo y se organizan para satisfacer necesidades de manera colectiva. Para este cierre, cabe citar a Nora Aquín en su artículo “Movimientos sociales, conflicto y trabajo social”.

Bourdieu nos invitaba insistentemente a abolir la diferencia entre los “profesionales” y “no profesionales”, y entre los profesionales de la investigación y los de la acción militante. Consideraba que el intelectual es aquel que dominando una especialidad, va a luchar en el terreno social por lo que cree justo. En su última conferencia dictada en Atenas, en el año 2001, llamaba a luchar por romper con la funesta dicotomía entre quienes se consagran al trabajo científico, realizado según métodos científicos y 103dirigido a otros científicos, y quienes se comprometen y “sacan afuera” su saber. Nos parece que, en este aspecto, el Trabajo Social tiene unas posibilidades inmensas para romper esta oposición binaria, posibilidades que todavía no han sido totalmente exploradas ni reconocidas en su real dimensión, en orden a la posibilidad de realizar investigaciones autónomas según las reglas del trabajo científico, para poder producir un saber comprometido. El desafío actual sería, entonces, producir saberes comprometidos. Los nuevos movimientos sociales necesitan de los investigadores tanto como los investigadores necesitan de los movimientos sociales. Y no sólo investigadores, sino profesionales capaces de establecer nexos, crear redes de emergencia y de conocimiento entre movimientos y organismos, pensando en la acción. (Fernández et al, 2005: 97)

Si bien, no hemos utilizado el concepto de movimiento social para el caso expuesto, quisimos presentar esta cita para resaltar la importancia del papel de los profesionales de esta disciplina para potenciar este tipo de experiencias.

Anexo: Instrumentos de Entrevista

1. Entrevista grupal

Le agradezco su disposición a colaborar en el proyecto de investigación que realizo. A continuación, le voy a hacer algunas preguntas **acerca de la organización de salud y su participación como promotora** en su comunidad. El objetivo de la investigación **es identificar las situaciones concretas que hacen que las comunidades se organicen de manera autogestiva para resolver sus necesidades en materia de salud**. Si desea que su entrevista sea anónima, por favor hágame saber para omitir su nombre en el trabajo final. Si no desea contestar alguna pregunta, no tiene que hacerlo.

Vamos a empezar con una descripción general sobre el origen, proceso de formación y permanencia del grupo de promotoras de la salud:

- ¿Podría contarme cuándo y cómo se formó el grupo?
- ¿Cuánto tiempo tiene que se formó el grupo?
- ¿Para usted qué es el grupo de salud? ¿Cómo lo definiría?
- ¿Quiénes integran el grupo? ¿Qué se necesita para ser parte del grupo?
- ¿Qué cambios ha habido en la conformación del grupo desde que se formó?
- ¿Cuáles han sido los problemas que ha tenido el grupo para operar y seguir operando?
- ¿El grupo ha trabajado sin interrupciones desde que se formó?
- ¿Considera que el grupo seguirá trabajando en el futuro?

2. Entrevista individual

a) Sobre las actividades y su cobertura

- ¿Qué actividades realiza el grupo?
- ¿Qué tipo de personas atiende?
- ¿Cuántas personas atiende el grupo de salud?
- ¿Cuántas personas no atiende?
- ¿Cuántas debería atender?
- ¿Considera que la capacidad del grupo es suficiente o se requiere de mayor capacidad de atención?

b) Sobre la percepción de las actividades y necesidades que resuelven

- ¿Qué es para ustedes estar sano o tener buena salud?
- ¿Qué tipo de necesidades resuelve a las personas que atiende el grupo? (no sólo las de atención a la salud)
- ¿Qué importancia tiene la atención de estas necesidades (las mencionadas) para la salud de las personas?
- ¿Considera que las actividades que realiza en el grupo son suficientes para proteger y aliviar la salud de las personas de la comunidad?
- ¿Qué tipo de necesidades de atención a la salud de las personas no atiende el grupo, o no puede atender? ¿por qué?
- ¿Considera que hay otras actividades importantes que el grupo podría o debería realizar, aunque no sean en materia de salud?
- ¿Qué cree que harían las personas que actualmente atiende el grupo si este no existiera?

Ahora me gustaría tocar el tema de la autogestión.

- ¿Se coordinan ustedes con las dependencias gubernamentales?
- ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

- ¿Hay centros de salud o clínicas cercanas en su comunidad?
- ¿Cómo calificaría el servicio que da el gobierno en materia de salud?
- ¿Llevan a cabo ustedes acciones de protesta para demandar al gobierno servicios de salud?
- ¿Han realizado algún tipo de petición al gobierno para que les dé o mejore los servicios de salud?
- ¿Por qué decidieron organizarse autogestivamente y no solamente demandar servicio del gobierno?
- ¿Qué significa para usted la palabra “poder”?
- ¿Ustedes tienen poder?

c) Respuesta del gobierno

- ¿Cuál ha sido la respuesta / reacción del gobierno ante su proceso organizativo?
- ¿Ha habido algún tipo de apoyo, incentivo, fomento?
- ¿Ha habido rechazo o indiferencia hacia el grupo?
- ¿Ha habido represión o intimidación de algún tipo?
- ¿Podría relatar alguna anécdota sobre alguna dificultad que hayan tenido con alguna institución de gobierno?

d) Financiamiento

- ¿Cómo solventa el grupo sus necesidades económicas?
- ¿Tienen algún tipo de apoyo de ONGs, programas de gobierno, instituciones, etc.?
- ¿Han solicitado algún tipo de apoyo?
- ¿Han recibido algún tipo de donativo?
- ¿Cómo se distribuyen los recursos?
- ¿Cómo se decide en qué se gasta?

e) Capacitación

- ¿Han recibido algún tipo de capacitación externa?
- Si sí, ¿qué tipo de capacitación?
- Si sí, ¿quiénes los han apoyado en la capacitación?
- ¿Cómo es el proceso de capacitación interna?
- ¿Cuáles son sus necesidades en cuanto a la capacitación?

Vamos a hablar ahora un poco sobre los procesos internos en el grupo:

f) Toma de decisiones

- ¿Cómo se toman las decisiones al interior del grupo?
- ¿Cómo resuelven los conflictos al interior del grupo?
- ¿Podría relatar algún caso concreto de conflicto que hayan tenido y cómo lo resolvieron?

g) Género

- ¿Cuál es el papel de las mujeres en el grupo?
- ¿Cuál es el papel de los hombres?
- ¿Por qué piensa usted que el grupo de salud está integrado principalmente por mujeres?
- ¿Cree que los hombres podrían realizar también las actividades del grupo de salud?
- ¿Usted ha tenido problemas con su pareja por formar parte del grupo de salud? ¿Se ha modificado su relación de pareja desde que se integró al grupo?

Ahora le voy a decir una serie de palabras. Por cada una, le voy a pedir que me diga mínimo tres palabras que para usted estén asociadas con la palabra que yo le diga.

(Dar un ejemplo: **Problema (dificultad, tiempo, dinero, etc.)**)

Lista de palabras:

Salud	_____	_____	_____
Enfermedad	_____	_____	_____
Comunidad	_____	_____	_____
Poder	_____	_____	_____
Gobierno	_____	_____	_____
Autogestión	_____	_____	_____
Pueblo	_____	_____	_____
Organización	_____	_____	_____
Mujer	_____	_____	_____
Hombre	_____	_____	_____
Familia	_____	_____	_____
Hogar	_____	_____	_____
Trabajo	_____	_____	_____

Finalmente, le voy a hacer algunas preguntas más específicas sobre su persona, ya no sobre el grupo de salud en general, sino sobre usted como integrante del grupo o como promotora de salud:

- ¿Cómo se integró al grupo?
- ¿Cuánto tiempo tiene en el grupo?
- ¿Por qué se interesó en formar parte del grupo?

Sobre la situación familiar y socioeconómica de las promotoras (incluidas las cuestiones de género)

1) Datos sociodemográficos de la persona y su hogar

- Edad, estado civil
- Trabaja, recibe ingresos
- Cónyuge, edad y actividad económica que realiza

- Número y edad de los hijos (si los tiene), actividad de los hijos (trabajan, estudian)

2) Datos socioeconómicos del hogar:

- Vivienda, si es propia o rentada, si cuenta con servicios (agua, electricidad, drenaje), tamaño (número de cuartos);
- Si tiene electrodomésticos (estufa, refrigerador, lavadora, televisión, radio, etc.);
- Si tiene automóvil propio; si en el hogar tienen automóvil;
- Si tiene computadora.

Bibliografía

- ABBAGNANO, Nicola. *Diccionario de Filosofía*, Fondo de Cultura Económica, México. 1961.
- ADAMOVSKY, Ezequiel y otros. *Repensar la política en la era de los movimientos y las redes*. Icaria. Barcelona. España. 2007
- ADORNO, Theodor y Max Horkheimer. *La industria cultural. Iluminismo como mistificación de masas*. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina. 1988.
- BORÓN, Atilio. *Imperio & Imperialismo*. CLACSO. Buenos Aires. Argentina. 2002.
- CEBALLOS Garibay, Héctor. *El arte de la polémica*. Coyoacán, México. 1997.
- CHÁVEZ Carapia, Julia del Carmen. *La participación social en la ciudad de México. Una redimensión para delegaciones políticas y municipios*. Editorial Plaza y Valdés. ENTS/UNAM. México. 2001.
- CHÁVEZ Carapia, Julia del Carmen. *Perspectiva de Género*. Plaza y Valdés. México. 2004.
- CAHUICH Campos, Martha Beatriz. *Salud Popular. Un estudio sobre participación social en salud México (últimas décadas del siglo XX)*. Tesis Doctoral, ENAH, México, 2008.
- CAHUICH Campos, Martha Beatriz. *Una visión distinta del mundo. Ensayo historiográfico sobre el proceso de la salud popular en México a finales del siglo XX*. Tesis de Maestría, ENAH, México, 2002.
- DUSSEL, Enrique. *20 tesis de política*. Siglo XXI, México. 2006.
- ELADIO, C., et al, *Salud y Comunidad en la Otra Latinoamérica*. Ediciones Equipo Multidisciplinario Salud y Comunidad. El Salvador. 2008.
- ENGELS, Federico. *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. SARPE. Barcelona. España. 1983.
- ESTEBAN, Mari Luz. *Reproducción del cuerpo femenino: discursos y prácticas acerca de la salud*. Tercera Prensa, España. 2001.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad: La Voluntad de Saber*. Londres, Penguin. 1998.

FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. La piqueta. Madrid. España. 1998.

FRENK, Julio, Rafael Lozano et al. *Economía y salud: propuestas para el avance del Sistema Nacional de Salud en México*. Funsalud, Informe final. México. 1994.

FRENK, Julio. *Reformar sin reformar*. Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas, compilación. Funsalud. México. 1997.

GONZÁLEZ, Alejandra, Guillermo Soberón, Julio Frenk, Michael Reich y Adolfo Martínez. *La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud*. Serie Economía y Salud: Documentos para el análisis y la convergencia 13. Fundación Mexicana para la Salud, México. 1995.

GRAMSCI, Antonio. *Cuadernos de la cárcel*. Casa Juan Pablos. México. 2009.

HAMILTON et al. *El federalista*. Fondo de Cultura Económica. México. 2001.

LEVY, Daniel. *Crónica de la autonomía universitaria en México*. The Hispanic American Historical Review, Vol. 60, No. 2. 1980.

LOCKE, John. *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. Tecnos. Madrid. España. 2006.

MADAN, T. M. *Involucramiento comunitario en las políticas de salud; aspectos socio-culturales y dinámicos de las creencias en salud*. En Social Science and Medicine. 1987.

MARX, Karl. *Obras escogidas*. Fundamentos, 2 vols. Madrid. España. 1975.

MÉNDEZ, Nelson y Alfredo Vallota. *Bitácora de la utopía. Anarquismo para el siglo XXI*, Caracas, Biblioteca UCV. 2001.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención*. Caracteres estructurales. Antologías Universitarias en Campos R. 1992.

- MENÉNDEZ, Eduardo. *Participación Social ¿Para Qué?*, Editorial Lugar, Argentina, 2006.
- MIQUEO, C., TOMÁS, C., BARRAL, M. J. *Perspectivas de género en salud*. Minerva Ediciones, España. 2001.
- MOORE, Henrietta L. *Antropología y feminismo*. Cátedra, Madrid. 1991.
- REYGADAS, Rafael. *Universidad, autogestión y modernidad*. UNAM, Centro de Estudios sobre la Universidad, México. 1988.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. *El contrato social*. Atalaya. Barcelona. España. 1993.
- SAYAVEDRA, Gloria y Eugenia Flores. *Ser Mujer, un riesgo para la salud: del malestar y enfermar al poderío y la salud*. Red de Mujeres. México. 1997.
- TAMEZ, S. Y VALLE I. *Desigualdad social y reforma neoliberal en salud*, en Revista Mexicana. México. 2009.
- TAYLOR, S. Y BOGDAN R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. 1986
- TETELBOIN, Carolina. *La transformación neoliberal del sistema de salud, Chile: 1973-1990, reformas primera generación*. Universidad Autónoma Metropolitana. México. 2003.
- UGALDE, Antonio. *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica, Participación Social ¿Para qué?*, Coordinadores: Menéndez Eduardo, Spinelli Hugo, Lugar Editorial, Argentina. 2006.
- UGALDE, Antonio. *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica*. Cuadernos Médicos Sociales, Rosario N° 41, Argentina. 1987.
- WEBER, M. *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica. México. 2005.

Páginas web consultadas/ Mesografía

Ransoli Osio, Ivonne. Metodología de un diagnóstico comunitario para fundamentar el trabajo de un telecentro rural en las necesidades comunitarias: propuesta y piloteo. Tesis, Ciencias de la educación, UDLAP, Puebla, México, 2004. P. 104-106

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/ransoli_o_i/capitulo4.pdf

CONEVAL, Resultados de medición de pobreza, 2014.

http://www.coneval.gob.mx/SalaPrensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. (Texto vigente 2015).

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. www.inegi.gob.mx

Ley General de Salud, México.

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Lineamientos y Criterios Generales para la Definición, Identificación y Medición de la Pobreza, 2010.

http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/DiarioOficial/DOF_lineamientos_pobrezaCONEVAL_16062010.pdf

Secretaría de Salud del Estado de Puebla. <http://ss.pue.gob.mx/>

Organización mundial de la Salud <http://www.who.int/es/>

Notas periodísticas de internet

Diario Cambio. *Se cuartea centro de salud construido bajo esquema peso a peso en Coronango*. Por Ixchel Rivera. 15/09/25.

<http://www.diariocambio.com.mx/2015/regiones/angelopolis/item/24024-se-cuarte-centro-de-salud-construido-bajo-esquema-peso-a-peso-en-coronango>

La Jornada de Oriente. *Cinco de los siete manantiales del municipio de Coronango están contaminados*. 25 de mayo de 2015. Por Yadira Llaven.

http://www.lajornadadeoriente.com.mx/noticia/puebla/cinco-de-los-siete-manantiales-del-municipio-de-coronango-estan-contaminados_id_8166.html

Másnoticiasdiario. *Reubican por cuatro meses centro de salud de Coronango*.

Extra. 14/07/23. <http://www.masnoticiasdiario.com/2014/07/reubican-por-cuatro-meses-centro-de.html>

Metropolitano. *Crimen ecológico en Coronango; responsabilizan a Hermelinda Macoto y constructoras*. 7 de abril de 2015. Por Marisa Nolasco

<http://www.metropolitanopuebla.com/noticia.php?id=1249>

Metropolitano. *Demuelen centro de salud de Coronango; en total desmantelarán tres*. Por Quezalli Long. 14/07/18.

<http://www.metropolitanopuebla.com/noticia.php?id=666>

Municipios Puebla. *Operan a medias centros de salud en municipios de Puebla*.

Corresponsales. 15/01/22. <http://municipiospuebla.com.mx/nota/2015-01-22/interiores/operan-medias-centros-de-salud-en-municipios-de-puebla>

Sexenio Puebla. *Inaugura Moreno Valle Centro de Salud en Coronango*. Por Fabiola Reynoso. 14/12/10.

<http://www.sexenio.com.mx/puebla/articulo.php?id=38442>

Imágenes obtenidas de: <https://es.wikipedia.org/>